

SENATE



SÉNAT

CANADA

Second Session
Forty-first Parliament, 2013-14

Deuxième session de la
quarante et unième législature, 2013-2014

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

SOCIAL AFFAIRS,
SCIENCE AND
TECHNOLOGY

AFFAIRES SOCIALES,
DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Chair:

The Honourable KELVIN KENNETH OGILVIE

Président :

L'honorable KELVIN KENNETH OGILVIE

Wednesday, January 29, 2014
Thursday, January 30, 2014

Le mercredi 29 janvier 2014
Le jeudi 30 janvier 2014

Issue No. 4

Fascicule n° 4

Second and third meetings on:

Study on prescription pharmaceuticals in Canada

Deuxième et troisième réunions concernant :

L'étude sur les produits pharmaceutiques
sur ordonnance au Canada

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Kelvin Kenneth Ogilvie, *Chair*

The Honourable Art Eggleton, P.C., *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Buth	Dyck
* Carignan, P.C. (or Martin)	Eaton
Chaput	Enverga
Cordy	Segal
* Cowan	Seidman
(or Fraser)	Seth
	Stewart Olsen

* Ex officio members

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

Pursuant to rule 12-5, membership of the committee was amended as follows:

The Honourable Senator Buth replaced the Honourable Senator Bellemare (*January 29, 2014*).

The Honourable Senator Eaton replaced the Honourable Senator Tannas (*January 29, 2014*).

The Honourable Senator Tannas replaced the Honourable Senator Eaton (*January 29, 2014*).

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES
ET DE LA TECHNOLOGIE

Président : L'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie

Vice-président : L'honorable Art Eggleton, C.P.

et

Les honorables sénateurs :

Buth	Dyck
* Carignan, C.P. (ou Martin)	Eaton
Chaput	Enverga
Cordy	Segal
* Cowan	Seidman
(ou Fraser)	Seth
	Stewart Olsen

* Membres d'office

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité :

Conformément à l'article 12-5 du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

L'honorable sénatrice Buth a remplacé l'honorable sénatrice Bellemare (*le 29 janvier 2014*).

L'honorable sénatrice Eaton a remplacé l'honorable sénateur Tannas (*le 29 janvier 2014*).

L'honorable sénateur Tannas a remplacé l'honorable sénatrice Eaton (*le 29 janvier 2014*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, January 29, 2014
(9)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:24 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Kelvin Kenneth Ogilvie, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Bellemare, Chaput, Cordy, Eggleton, P.C., Enverga, Ogilvie, Seidman, Seth, Stewart Olsen and Tannas (10).

In attendance: Sonya Norris, Analyst, Parliamentary Information and Research Service.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 19, 2013, the committee continued its study on prescription pharmaceuticals in Canada. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 3.*)

WITNESSES:

Health Council of Canada:

Dr. Ingrid Sketris, Councillor.

Canadian Patient Safety Institute:

Hugh MacLeod, Chief Executive Officer;

Emily Musing, Board Member.

The chair made a statement.

Dr. Sketris and Mr. MacLeod each made a statement and, together with Ms. Musing, answered questions.

At 5:52 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, January 30, 2014
(10)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:31 a.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Kelvin Kenneth Ogilvie, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Buth, Chaput, Cordy, Dyck, Eaton, Eggleton, P.C., Enverga, Ogilvie, Seidman, Seth and Stewart Olsen (11).

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 29 janvier 2014
(9)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 24, dans la pièce 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Bellemare, Chaput, Cordy, Eggleton, C.P., Enverga, Ogilvie, Seidman, Seth, Stewart Olsen et Tannas (10).

Également présente : Sonya Norris, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 19 novembre 2013, le comité poursuit son étude sur les produits pharmaceutiques sur ordonnance au Canada. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 3 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

Conseil canadien de la santé :

Mme Ingrid Sketris, conseillère.

Institut canadien pour la sécurité des patients :

Hugh MacLeod, directeur général;

Emily Musing, membre du conseil de direction.

Le président ouvre la séance.

Mme Sketris et M. MacLeod font chacun un exposé, puis, avec Mme Musing, répondent aux questions.

À 17 h 52, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le jeudi 30 janvier 2014
(10)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 31, dans la pièce 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Buth, Chaput, Cordy, Dyck, Eaton, Eggleton, C.P., Enverga, Ogilvie, Seidman, Seth et Stewart Olsen (11).

In attendance: Sonya Norris, Analyst, Parliamentary Information and Research Service.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 19, 2013, the committee continued its study on prescription pharmaceuticals in Canada. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 3.*)

WITNESSES:

Canadian Institute for Health Information:

John Wright, President and CEO;

Michael Gaucher, Director, Pharmaceuticals and Health Workforce Information Services.

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health:

Brian O'Rourke, President and CEO.

Mr. Wright and Mr. O'Rourke each made a statement and, together with Mr. Gaucher, answered questions.

At 12 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

Également présente : Sonya Norris, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Également présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 19 novembre 2013, le comité poursuit son étude sur les produits pharmaceutiques sur ordonnance au Canada. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 3 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

Institut canadien d'information sur la santé :

John Wright, président et directeur général;

Michael Gaucher, directeur, Services d'information sur les produits pharmaceutiques et la main-d'œuvre de la santé.

Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé :

Brian O'Rourke, président et directeur général.

MM. Wright et O'Rourke font chacun un exposé, puis, avec M. Gaucher, répondent aux questions.

À midi, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Jessica Richardson

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, January 29, 2014

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:24 p.m. in order to study prescription pharmaceuticals in Canada.

Senator Kelvin Kenneth Ogilvie (*Chair*) in the chair.

[*Translation*]

The Chair: Welcome to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

[*English*]

My name is Kelvin Ogilvie. I am a senator from Nova Scotia and chair of the committee. I would like to have my colleagues introduce themselves.

Senator Eggleton: I am Art Eggleton, senator from Toronto and deputy chair of the committee.

Senator Seth: Asha Seth from Toronto, Ontario.

[*Translation*]

Senator Bellemare: I am Diane Bellemare, senator, from Montreal, Quebec.

[*English*]

Senator Enverga: Tobias Enverga from Ontario.

Senator Stewart Olson: Carolyn Stewart Olsen from New Brunswick.

Senator Tannas: I am Scott Tannas, from Alberta.

The Chair: I want to welcome our witnesses today and thank you so much for being here. Before I invite you to make your opening remarks, I want to say a few words. First of all, I want to welcome the committee back since the last session. I hope everybody is in fine form.

I also want to recognize that we are starting a new phase of our four-part study on prescription pharmaceuticals. The heading for our study is “the nature of unintended consequences.” We have what we hope is an excellent work plan for the session. I would also advise the committee that tomorrow in the chamber I will be submitting the report on our third phase, which we actually completed in late spring. However, because of the way Parliament operates, we’re only able to introduce it now and so that will be introduced tomorrow in Senate.

I would like to invite from the Health Council of Canada, Dr. Ingrid Sketris, who is a councillor and no stranger to our committee, to proceed with her opening remarks.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 29 janvier 2014

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd’hui, à 16 h 24, pour étudier les produits pharmaceutiques sur ordonnance au Canada.

Le sénateur Kelvin Kenneth Ogilvie (*président*) occupe le fauteuil.

[*Français*]

Le président : Je vous souhaite la bienvenue au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

[*Traduction*]

Je m’appelle Kelvin Ogilvie. Je suis un sénateur de la Nouvelle-Écosse et je préside le comité. J’invite mes collègues à se présenter.

Le sénateur Eggleton : Je m’appelle Art Eggleton, je suis un sénateur de Toronto et le vice-président du comité.

La sénatrice Seth : Asha Seth, de Toronto.

[*Français*]

La sénatrice Bellemare : Diane Bellemare, je suis une sénatrice de Montréal, Québec.

[*Traduction*]

Le sénateur Enverga : Tobias Enverga, de l’Ontario.

La sénatrice Stewart Olson : Carolyn Stewart Olsen, du Nouveau- Brunswick.

Le sénateur Tannas : Scott Tannas, de l’Alberta.

Le président : Je souhaite la bienvenue aux témoins et les remercie de leur présence. Mais avant de les inviter à prononcer leur allocution liminaire, j’aimerais dire quelques mots. Tout d’abord, bienvenue en ce début de session. J’espère que tout le monde est en forme.

Nous commençons une nouvelle phase de notre étude en quatre parties sur les produits pharmaceutiques sur ordonnance. L’étude a pour titre « la nature des effets inattendus ». Je crois que nous avons un excellent plan de travail pour la session. Je présenterai demain à la Chambre le rapport sur la troisième phase que nous avons en fait terminée à la fin du printemps. Mais, compte tenu du mode opératoire du Parlement, nous ne pouvons le présenter que maintenant.

J’invite maintenant Mme Ingrid Sketris, du Conseil canadien de la santé, et qui n’en est pas à son premier témoignage, à prononcer son allocution liminaire.

Dr. Ingrid Sketris, Councillor, Health Council of Canada: It is a pleasure to be here today and speak to the topic of health professionals and safe prescription pharmaceutical use and to address methods of preventing the unintended consequences of pharmaceuticals.

For my presentation today I will limit my comments to a few areas of relevance to the health professional and discuss steps which can be considered to improve the safety, effectiveness and affordability of drug therapy for Canadians. These include involving health care professionals in quality initiatives, implementing models of care to facilitate the provision of integrated care and providing adequate tools and supports. Following my presentation, I would be happy to answer questions.

By way of background, I'm a licenced pharmacist in Nova Scotia, and a professor of pharmacy at Dalhousie. I'm a fellow of the Canadian Society of Hospital Pharmacists, American College of Clinical Pharmacy, and the Canadian Academy of Health Sciences. I practiced in hospital pharmacy for 20 years and now am a pharmacy teacher and researcher.

From 2000 to 2011, I held a chair in pharmaceutical policy. My research includes examining methods to improve the safe, effective and affordable use of drugs. Today I'm here both as a pharmacist and as a councillor with the Health Council of Canada. The Health Council commissioned a paper on optimal prescribing and medication use in Canada, which we provided. The report was in response to the 2004 First Ministers 10-year plan and related to the National Pharmaceuticals Strategy action item to enhance action to influence the prescribing behaviour of health care professionals so that drugs are used only when needed and the right drug is used for the right problem.

I will speak to the framework in the report and update you with newer studies and data from other Health Council reports.

There are many opportunities to improve the quality of prescribing medication use in Canada. The Health Council report provides examples of underuse, overuse, inappropriate use and misuse of prescription drugs, and variations and drug use within and across jurisdictions. It identifies barriers and facilitators and reviews approaches and evidence to improve prescribing and medication management.

Ingrid Sketris, conseillère, Conseil canadien de la santé : Je suis très heureuse de me trouver ici aujourd'hui pour aborder le sujet des professionnels de la santé dans le contexte de l'utilisation sécuritaire des produits pharmaceutiques d'ordonnance, ainsi que celui des méthodes de prévention des conséquences non voulues de l'utilisation de ces produits.

Dans cette présentation, je limiterai aujourd'hui mes commentaires à certains domaines qui intéressent les professionnels de la santé, et j'exposerai les mesures envisageables dans le but d'améliorer l'innocuité, l'efficacité et l'accessibilité économique de la pharmacothérapie pour les Canadiens. Celles-ci comprennent notamment la participation des professionnels des soins de santé à des initiatives axées sur la qualité, la mise en place de modèles de soins qui facilitent la prestation de soins intégrés de haute qualité, et la mise à disposition d'outils et de soutiens adéquats. C'est avec plaisir que je répondrai aux questions après ma présentation.

Pour me situer, je suis pharmacienne autorisée de la Nouvelle-Écosse et professeure de pharmacie à l'Université Dalhousie. Je suis membre de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, de l'American College of Clinical Pharmacy et de l'Académie canadienne des sciences de la santé. J'ai exercé en tant que pharmacienne d'hôpital pendant 20 ans, et en ce moment, je suis enseignante et chercheuse en pharmacie.

De 2000 à 2011, j'ai été titulaire d'une chaire de recherche en politiques sur les produits pharmaceutiques. Ma recherche comprend notamment l'étude de méthodes qui améliorent l'utilisation sécuritaire, efficace et économique des médicaments. Je suis ici aujourd'hui à la fois comme pharmacienne et comme conseillère du Conseil canadien de la santé. Le Conseil de la santé a commandé un mémoire sur la prescription et l'utilisation optimales des médicaments au Canada, que nous lui avons remis. Ce rapport faisait suite au Plan décennal de 2004 des premiers ministres et se référait à une mesure de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques qui prévoyait d'intensifier l'intervention pour influencer les habitudes de prescription des professionnels de la santé de sorte que les médicaments soient utilisés uniquement lorsque le besoin est réel et que le médicament convienne bien au problème.

Mon exposé abordera le cadre de ce rapport et vous offrira des renseignements sur des études plus récentes et des données tirées d'autres rapports du Conseil de la santé.

Il existe de nombreuses possibilités d'améliorer la qualité du système de prescription et d'utilisation des médicaments au Canada. Le rapport du Conseil de la santé offre des exemples de sous-utilisation, de surutilisation, d'utilisation inappropriée et d'utilisation abusive des médicaments d'ordonnance et de variations dans l'utilisation des médicaments tant à l'intérieur des secteurs de compétence qu'entre ceux-ci. Y sont répertoriés les obstacles et les éléments facilitants, et on y examine les approches qui améliorent la prescription et la gestion des médicaments, ainsi que leurs preuves scientifiques.

Health care professionals need to be further involved in quality improvement initiatives involving prescription drugs. Federal and national organizations such as Health Canada; Canada Health Infoway; Canadian Institute for Health Information; Canadian Patient Safety Institute; Canadian Agency for Drugs, Technology in Health; Canadian Foundation for Healthcare Improvement; Canadian Institutes for Health Research; and provincial organizations and initiatives such as the Saskatchewan Health Quality Council and Drug Evaluation Alliance of Nova Scotia, play roles in measuring and improving the effectiveness and safety of prescription drugs used by patients.

However, many of the provisional initiatives are small in scale, and there are limited mechanisms to work across organizations and jurisdictions.

Other countries take a more national approach to providing prescribing advice and information. For example, the U.K. has a National Institute for Health and Care Excellence Medicines and Prescribing Centre to provide information and prescribing advice and has developed a single competency framework for prescribing for all professionals — doctors, dentists and non-medical prescribers.

The National Prescribing Service, funded since 1998 by the Australian government's Department of Health develops educational campaigns for health care professionals and consumers on quality use of medicines.

A promising Canadian development is a Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network, involving 476 sentinels — that is, participating primary care practitioners using electronic health records — with data for over 500,000 patients in eight provinces. It is undertaking a number of quality initiatives, including pharmaceutical use in managing chronic disease.

The health care system needs models of care that are team-based, patient-centred and integrated. In the past, much of health care was acute and episodic, but now patients receive prescription pharmaceuticals over long periods of time to prevent disease and treat multiple chronic diseases.

These prescription drugs are prescribed in emergency departments, acute care, primary care and continuing care by several prescribers. Not only are family and specialist physicians and dentists able to prescribe, but, in some provinces, nurse practitioners, midwives, optometrists, podiatrists and pharmacists

Les professionnels des soins de santé doivent participer davantage aux initiatives d'amélioration de la qualité qui portent sur les médicaments d'ordonnance. Les organisations fédérales et nationales, telles que Santé Canada, l'InfoRoute Santé du Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Institut canadien pour la sécurité des patients, l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, les Instituts de recherche en santé du Canada, ainsi que des organisations et des initiatives provinciales comme le Conseil de la qualité en santé de la Saskatchewan et l'Alliance pour l'évaluation des médicaments de la Nouvelle-Écosse contribuent à mesurer et à améliorer l'efficacité et l'innocuité des médicaments d'ordonnance pris par les patients.

Toutefois, bien des initiatives provinciales sont à petite échelle, et les mécanismes de collaboration entre les différentes organisations et instances gouvernementales sont limités.

D'autres pays partent d'une perspective plus nationale lorsqu'il s'agit de faire des recommandations et de donner des informations sur les médicaments. Par exemple, au Royaume-Uni, le Medicines and Prescribing Centre du National Institute for Health and Care Excellence fournit les renseignements et les recommandations; il a élaboré un unique cadre de compétences en matière de prescription qui s'adresse à tous les professionnels — médecins, dentistes et prescripteurs non médicaux.

Le National Prescribing Service, que finance le ministère de la Santé du gouvernement australien depuis 1998, organise, pour les professionnels des soins de santé et les consommateurs, des campagnes de sensibilisation sur l'utilisation de qualité des médicaments.

Un projet canadien prometteur, le Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires, compte 476 sentinelles — médecins de soins primaires participants, utilisateurs des dossiers de santé électroniques — qui fournissent des données sur plus de 500 000 patients dans huit provinces; il a entrepris un certain nombre d'initiatives sur la qualité, notamment sur l'utilisation des médicaments dans la gestion des maladies chroniques.

Le système de soins de santé a besoin de modèles de soins fondés sur le travail d'équipe, axés sur le patient, et intégrés. Antérieurement, les soins de santé étaient largement actifs et épisodiques, mais dorénavant, les patients reçoivent des produits pharmaceutiques d'ordonnance pour de longues périodes, dans le cadre de la prévention des maladies et du traitement de maladies chroniques multiples.

Ces médicaments sont prescrits par plusieurs prescripteurs, dans les services des urgences, les soins actifs, les soins primaires et les soins continus. Non seulement les médecins de famille, les spécialistes et les dentistes peuvent rédiger des ordonnances, mais certaines provinces autorisent également les infirmières

can, which increases access to prescription drugs, but also complexity.

Dr. Robyn Tamblyn from McGill, who appeared as a witness earlier, published a paper called, *Do too many cooks spoil the broth?*, which documented that 18 to 28 per cent of potentially inappropriate drug combinations were due to concomitant prescribing by different physicians. In another publication, she and colleagues noted that patients with more than one pharmacy were more likely to have an omission in their drug list in the emergency department.

In a Nova Scotia study, led by Latter, we asked physicians, pharmacists and diabetes educators about the advice they would give to adult type 2 diabetes patients about diabetes test strips and showed variability in recommendations, so they got different advice from the different professionals. They noted this could be decreased by interdisciplinary continuing education programs.

The Department of Health and Wellness in Nova Scotia has since funded an education program: *Self-Monitoring Blood Glucose: Are We Singing from the Same Song Sheet?* Health care professionals need up-to-date credible information, tools and supports to make decisions about drug therapy at the time of prescribing and dispensing, in addition to having the knowledge and skills provided in their health professional training and continuing professional development.

There are over 16,000 individual drug products on the Canadian market, and new evidence is published daily. Health care professionals need electronic health records, with clinical decision support systems that allow electronic prescribing to improve quality of care, avoid preventable drug-related morbidity and provide value for money from pharmaceutical expenditures.

The Health Council's 2013 Progress Report notes that the uptake of electronic prescribing varies from 10 per cent in Newfoundland and Labrador to 58 per cent in Alberta.

When compared with nine other countries, Australia, Germany, the Netherlands, New Zealand, United Kingdom, France, Switzerland, Norway and the United States, Canada ranks seventh, with the Netherlands at number 1 with 98 per cent electronic prescribing.

Among these same countries, Canada ranks ninth out of ten countries on the measure of being able to easily generate a list of patient medications, including those prescribed by other physicians, at 43 per cent.

praticiennes, les sages-femmes, les optométristes, les podiatres et les pharmaciens à prescrire des médicaments précis, ce qui élargit l'accès aux médicaments d'ordonnance, mais accroît aussi la complexité du système.

Robyn Tamblyn, de l'Université McGill — qui a comparu récemment comme témoin —, a publié un article intitulé *Do too many cooks spoil the broth?* où elle constatait qu'entre 18 et 28 p. 100 des combinaisons de médicaments potentiellement inappropriées résultaient de coprescriptions rédigées par des médecins différents; dans une autre publication, elle souligne que les patients qui faisaient affaire avec plus d'une pharmacie étaient davantage exposés au risque d'une omission dans la liste des médicaments figurant au dossier du service des urgences.

En Nouvelle-Écosse, une étude dirigée par Latter a demandé à des médecins, à des pharmaciens et à des éducateurs spécialisés en diabète quel conseil ils donneraient à des adultes atteints du diabète de type 2 à propos des bandelettes réactives pour diabétiques; cette recherche a montré une variabilité des recommandations, qui, remarque-t-on, pourrait être réduite si des programmes interdisciplinaires de formation continue étaient mis en place.

Depuis, le ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse a financé un programme de formation intitulé *Self-Monitoring Blood Glucose : Are We Singing from the Same Song Sheet* pour ces intervenants. Outre les connaissances et les compétences que leur offrent la formation professionnelle et l'éducation permanente en santé, les professionnels de la santé ont besoin d'informations, d'outils et de services de soutien à jour et crédibles pour prendre des décisions en matière de pharmacothérapie lorsqu'ils prescrivent ou délivrent des médicaments.

On compte plus de 16 000 produits médicamenteux donnés sur le marché canadien, et de nouvelles preuves scientifiques paraissent chaque jour. Les professionnels de la santé ont besoin de dossiers de santé électroniques dotés de systèmes de soutien à la décision clinique qui permettent de prescrire par voie électronique, afin d'améliorer la qualité des soins, d'éviter la morbidité liée aux médicaments susceptible d'être prévenue et d'offrir un bon rapport qualité-prix pour les dépenses pharmaceutiques.

Le Rapport de progrès 2013 du Conseil canadien de la santé constate que l'adoption de la prescription électronique varie de 10 p. 100 à Terre-Neuve-et-Labrador à 58 p. 100 en Alberta.

Si on le compare avec neuf autres pays (l'Australie, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni, la France, la Suisse, la Norvège et les États-Unis), le Canada se classe septième, les Pays-Bas obtenant la première place avec 98 p. 100 de prescriptions électroniques.

Parmi ces mêmes pays, le Canada arrive en neuvième position sur dix pays, avec 43 p. 100 pour le critère de la capacité à établir facilement une liste des médicaments d'un patient, y compris ceux prescrits par d'autres médecins.

All provinces are moving to drug information systems, which will allow physicians and pharmacists to be informed about medications prescribed and dispensed by others, but, for this potential to be realized, health care professionals need to understand its relevance and use it when they care for patients.

The electronic drug information management systems also need to provide evidence on the risks, benefits and uncertainty related to prescription drug use for specific indications and patient populations in formats that are useful to the health care professionals and patients and for shared decision-making between health professionals and patients.

Some Canadian electronic pharmacy and health records systems use drug information databases adapted from the United States, where the availability of the drugs, their indications, side effects, regulatory warnings and pricing may differ.

Gaikwad led a Nova Scotia study published in 2007 to determine the potential of alerts triggered by electronic medical records systems to identify serious drug interactions and avoid spurious ones in common drug interaction pairs.

What we found was that there were issues related to missing and outdated information in the databases, as well as database function discrepancies. An interesting Canadian development to generate knowledge is the Canadian Network for Observational Drug Effect Studies, CNODES, which conducts research on drug safety and effectiveness to fill some of the information gaps related to real world drug use and provides this knowledge to both national and international users.

Up-to-date, readable, relevant prescription information also needs to be provided to patients in addition to verbal counselling. In the 2010 Commonwealth Fund survey, 74 per cent of patients said that medication side effects were explained by a doctor, and 69 per cent reported that their doctor reviewed their medications prescribed at least annually.

In summary, there's a need for national coordination of approaches to improve the quality of prescribing, including the involvement of health care professions in system-wide quality-improvement initiatives. Health career professionals and patients also need to be given the tools and supports to prevent unintended consequences of prescription drug therapy.

Toutes les provinces adoptent des systèmes d'information sur les médicaments qui permettent aux médecins et aux pharmaciens d'être au courant des médicaments prescrits et délivrés par d'autres professionnels, mais pour réaliser ce potentiel, il faudra que les professionnels de la santé comprennent son intérêt et s'en servent lorsqu'ils soignent leurs patients.

Les systèmes électroniques de gestion de l'information sur les médicaments doivent aussi pouvoir fournir des données sur les risques, sur les avantages et sur l'incertitude liés à l'utilisation de médicaments d'ordonnance pour des indications et des populations de patients spécifiques, sous une forme utile aux professionnels des soins de santé et aux patients, ainsi qu'à la prise de décisions en commun.

Certains systèmes canadiens de dossiers de santé et de dossiers pharmaceutiques électroniques utilisent des bases de données d'information sur les médicaments adaptées des États-Unis, où la disponibilité des médicaments, leurs indications, leurs effets secondaires, les mises en garde réglementaires et les prix peuvent être différents.

Gaikwad a dirigé en Nouvelle-Écosse une étude, publiée en 2007, qui visait à déterminer le potentiel d'alarmes déclenchées par les systèmes de dossiers de santé électroniques pour signaler des interactions médicamenteuses graves et en éviter de fausses dans des paires de médicaments causant couramment des interactions médicamenteuses.

L'étude a signalé des problèmes liés à des informations manquantes ou dépassées ainsi qu'à des divergences découlant du fonctionnement des bases de données. Dans le contexte de la création de connaissances, le Canadian Network for Observational Drug Effect Studies, le CNODES, effectuée des recherches sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments dans le double but de combler les lacunes dans l'information sur l'utilisation réelle des médicaments et de fournir ces renseignements aux utilisateurs d'ici et de l'étranger.

Outre les conseils donnés verbalement, il faudrait aussi présenter aux patients des informations à jour, lisibles et appropriées sur les médicaments d'ordonnance. Dans le Sondage international 2010 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé, 74 p. 100 des patients ont indiqué que les effets secondaires des médicaments leur avaient été expliqués par un médecin et 69 p. 100 ont déclaré que leur médecin passait en revue leurs médicaments au moins une fois par an.

En résumé, une coordination nationale des approches est nécessaire afin d'améliorer la qualité de la prescription, avec notamment la participation des professionnels des soins de santé à des initiatives d'amélioration de la qualité à l'échelle du système. Ces professionnels, de même que les patients, ont besoin qu'on leur fournisse les outils et les services de soutien qui éviteront les conséquences non voulues de la pharmacothérapie d'ordonnance.

These things are needed to achieve better health outcomes for Canadians from prescription pharmaceuticals. Thank you for the opportunity to present, and I would be happy to answer any questions.

The Chair: I will now turn to the Canadian Patient Safety Institute, and I welcome Hugh MacLeod, who is Chief Executive Officer; and Emily Musing, who is a board member.

Hugh MacLeod, Chief Executive Officer, Canadian Patient Safety Institute: Thank you, and good afternoon. My name is Hugh MacLeod. I'm the CEO of the Canadian Patient Safety Institute, but today I'm here as a patient, as a husband, as a father, as a grandfather and as a very concerned citizen.

With me today is Emily Musing, the CPSI board member and Executive Director of Pharmacy, Clinical Risk and Quality at University Health Network. We thank you for the opportunity.

As you know, a pharmaceutical prescription system encompasses four main strategies: First, research and development; second, regulatory review; third, medication manufacturing, distribution and marketing; and fourth, medication use. Each stage contains multiple critical control points by which quality, safety and efficiency can be addressed and in which breakdown occurs.

I think it further reinforces Dr. Sketris' point that a holistic approach is needed. The focus of our opening remarks is unintended consequences related to the use of prescription pharmaceuticals. Yes, we are making progress. However, in our markers at CPSI, the harm meter is still on the wrong side, and the progress is far too slow.

The bottom line is that medication reconciliation and medication management failures impact on a variety of quadrants — first and foremost, the patient, the resident, the client, and the family.

What's the impact? Loss of life, prolonged disability, temporary harm, complicated recovery time, confusion about treatment plans, loss of income, and added personal costs. What about the costs to the overall health care system in general? Prolonged recovery time increases bed utilization, which means that someone doesn't have a bed. There are increased costs and staff time due to re-work, including legal costs, increased readmissions post-discharge, and complications and confusion in crowded ER spaces. Therefore, there is reduced access and

Ces éléments sont nécessaires si l'on veut permettre aux Canadiens d'obtenir de meilleurs résultats de santé grâce aux médicaments d'ordonnance. Merci de m'avoir accordé la possibilité de faire cette présentation. Je serai heureuse de répondre à vos questions.

Le président : J'invite maintenant à prendre la parole Hugh MacLeod et Emily Musing, respectivement directeur général et membre du conseil de direction de l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

Hugh MacLeod, directeur général, Institut canadien pour la sécurité des patients : Bonjour et merci. Je m'appelle Hugh MacLeod et je suis le directeur général de l'Institut canadien pour la sécurité des patients, mais je témoigne aujourd'hui à titre de patient, d'époux, de père, de grand-père et de citoyen très inquiet.

Je suis accompagné d'Emily Musing, membre du conseil d'administration de l'ICSP et directrice générale des services pharmaceutiques, de la gestion des risques cliniques et de la qualité des soins au Réseau universitaire de santé. Nous vous remercions de nous donner l'occasion de venir témoigner devant le comité.

Comme vous le savez, le système d'ordonnance de produits pharmaceutiques comprend quatre grandes étapes : premièrement, la recherche et le développement, deuxièmement, l'examen réglementaire, troisièmement, la fabrication, la distribution et la commercialisation du médicament et quatrièmement, l'utilisation du médicament. Chaque étape contient de nombreux points de contrôle critiques où les problèmes de qualité, d'innocuité et d'efficacité peuvent être résolus et où des défaillances peuvent survenir.

Je crois que cela renforce la nécessité de l'approche holistique que faisait valoir madame Sketris. Notre discours d'ouverture sera axé sur les conséquences imprévues liées à l'utilisation de produits pharmaceutiques d'ordonnance. Nous avons bel et bien réalisé des progrès. Malheureusement, le compteur enregistre toujours des problèmes et les changements se produisent à un rythme beaucoup trop lent.

En fin de compte, les erreurs liées à la réconciliation médicamenteuse et à la gestion des médicaments touchent tout le monde : les patients, les résidents, les clients et les familles.

Avec quelles conséquences? Des pertes de vie, de l'invalidité prolongée, des préjudices temporaires, la prolongation du temps de convalescence, la confusion à propos du plan de traitement, la perte de revenu et une augmentation des coûts personnels. Et qu'est-ce que cela coûte au système de santé en général? La prolongation du temps de convalescence et l'augmentation de l'utilisation des lits, l'augmentation des coûts et des heures travaillées par le personnel étant donné que le travail est refait, y compris les coûts juridiques, les réadmissions et les visites à

services to other folks, which means resulting wait times, whether it is in the ER or for surgery.

What about societal costs? Loss of productivity in terms of outcomes, workplace absenteeism and a growing new dilemma that is bigger than absenteeism, “workplace presenteeism,” the cognitively impaired, not only by the illness but also by the anxiety, stress and perhaps the drugs that they’re on. Then there are the increased costs to medical plans, erosion of public confidence, and the impact on other social services, whether it be education, social services or the justice system.

I think the challenge we have in front of us was captured very well in 2001, in a sentinel document that gave rise to the 100,000 Lives Campaign in the United States and Ross Baker’s work in Canada that put some quantitative figures on the level of harm.

Remember, this is 2001, and there’s a really important statement here.

The science and technologies involved in health care — the knowledge, skills, care interventions, devices, drugs — have advanced more rapidly than our ability to deliver them safely, efficiently and effectively.

That was 2001. Think about the new complexity of our health care system, its pace and the wonder of wonder drugs and technology, but now individuals presenting at a much earlier age with co-conditions. No one now presents with one condition and as a result of co-conditions, multiple drug treatment plans.

If complexity was an issue in 2001, I suggest to you it is a greater issue today. We did not pay attention in 2001. We must pay attention today.

This means all of us. All of us in this room and other rooms have either legal or moral authority to promote safe medication practice; some have both. Collectively, I believe we have the power to make health care accountable to the patient, the resident and the client that we are here to serve.

Posing questions and critically examining the current state of affairs, as you are doing in these hearings, is very important and beginning to look at the holistic conditions that give rise to the problem and the challenge we have in front of us. We recognize that it will not be easy to confront some historical, systemic, behavioural barriers for change but they must be confronted. We raise a number of high-level summary things that we think have to be done.

l’urgence, les complications et la confusion dans les salles d’urgence bondées, et, partant, la diminution de l’accès aux services pour les autres patients et l’augmentation des temps d’attente que ce soit dans les salles d’urgence ou pour la chirurgie.

Et les coûts pour la société? La perte de productivité, l’absentéisme au travail et le nouveau dilemme de plus en plus fréquent et pire que l’absentéisme, le « présentéisme », le déficit cognitif, non seulement à cause de la maladie, mais aussi de l’anxiété, du stress et peut-être des médicaments que l’on prend. À cela, il faut ajouter l’augmentation des coûts pour les régimes d’assurance-maladie, la diminution de la confiance du public et les conséquences sur les autres secteurs de la société, qu’il s’agisse de l’éducation, des services sociaux ou de la justice.

Je pense que le défi que nous devons relever a été extrêmement bien décrit en 2001, dans un document précurseur qui a abouti à la campagne des 100 000 vies aux États-Unis et aux travaux de Ross Baker au Canada, grâce auxquels on a fait ressortir des données quantitatives sur les niveaux de préjudices causés.

Ne l’oubliez pas, il s’agit d’une déclaration vraiment importante faite en 2001 et je cite :

La science et la technologie associées aux soins de santé — les connaissances, les compétences, les interventions, les dispositifs et les médicaments — ont progressé plus rapidement que notre capacité de les offrir de manière sûre, efficace et efficiente.

C’était en 2001. Imaginez la nouvelle complexité de notre système de soins de santé, le rythme de son évolution et la merveille des médicaments miracles et des nouvelles technologies. Or aujourd’hui, les patients présentent à un âge beaucoup plus jeune des troubles concomitants qui nécessitent des traitements multiples.

Si la complexité posait problème en 2001, je vous le dis, le problème est encore plus grave aujourd’hui. Nous n’avons pas prêté attention à cet avertissement en 2001. Aujourd’hui, nous devons le faire.

Par « nous », j’entends nous tous. Nous avons tous, ici et ailleurs, l’autorité juridique ou morale de promouvoir des pratiques d’utilisation sécuritaire des médicaments, certains d’entre nous ont les deux. Collectivement, nous avons le pouvoir d’obliger les professionnels de la santé à rendre des comptes aux patients, aux résidents et aux clients à qui ils doivent offrir des services.

Il est essentiel de poser des questions et de jeter un œil critique sur la situation actuelle — ce que vous faites d’ailleurs dans le cadre de ces audiences. Il importe au plus haut point d’examiner l’ensemble des éléments qui ont abouti au problème et aux obstacles que nous devons surmonter. Nous reconnaissons qu’il ne sera pas facile de faire face aux obstacles historiques, systémiques et comportementaux afin de changer les choses, mais il faut le faire. C’est pourquoi nous vous présentons ici un résumé des mesures critiques à prendre.

I know this sounds very elementary but we have to get serious. We have to get serious in that we have a medication safety issue. Almost everyone being cared for in health care today is on some kind of pill. The cost of readmission is prohibitive. The error prevention strategies for high-risk medication like insulin, opioids and Warfarin et cetera are not implemented in a concurrent way across Canada. Research shows that 50 per cent of adverse events involve communications and 50 per cent of those events involve medication.

Second, medication safety is about healthy relationship patterns and interactions between people at all levels of the continuum of care. Medication safety is often about the interaction between people and technology. Patient safety outcomes are the result of the interactions between providers and the patients, clients and residents they are there to serve. Therefore, medication safety delivery is largely about the way providers interact not only with themselves, but the patients and the clients, the hand-offs from operating room to recovery room, to patient care unit and discharge.

Third, cultural and behavioural changes are required. As staffing models change — and they're always changing in the health care system — and the patient safety complexity continues to increase with aging, we need a conversation about the level of medication knowledge. We need to ensure that there is access to clinical pharmacists, not only at academic and teaching hospitals. We must do a better job of educating the consumers not only about their medication, but the risk. Caring for my belief, a personal medication list should become as routine as putting on a seat belt.

Fourth, we need to focus on the elephants in the room. We have misplaced competition and ego, both passive and aggressive, among health care providers. Often this is a lack of understanding and appreciation of each other's role in this very important continuum that we're talking about.

We need policy and operational direction; it often can be fragmented and erratic at best. We need to include the patient, the family and the client voice as we move forward because they are the recipient of the care but also the recipient of the harm when that takes place.

Sixth, we need to leverage technology and transfer information to patients and allow patient input into their needs and their preferences. We need to allow access by prescriber and patient to sufficient information about the drug efficacy, its adverse effects, correct prescribing of dose and frequency en route, correct

Ce que je vais dire semble élémentaire, mais il faut le prendre au sérieux, car l'innocuité des médicaments est une affaire grave. Presque tous les patients traités dans le système de santé prennent un ou plusieurs médicaments. Le coût des réadmissions est prohibitif. Les stratégies de prévention des erreurs pour les médicaments comportant un risque élevé (insuline, opioïdes, warfarine, et cetera) ne sont pas pleinement mises en œuvre dans tout le système de santé canadien. Les recherches montrent que 50 p. 100 des événements indésirables sont liés aux communications et que 50 p. 100 sont liés aux médicaments.

Deuxièmement, l'innocuité des médicaments est une question de saines relations et de saines interactions à tous les niveaux de la chaîne de soins. L'innocuité des médicaments est souvent une question d'interactions entre les personnes et la technologie. Les résultats au plan de la sécurité des patients découlent des interactions entre les fournisseurs de soins et les patients, les clients et les résidents. En conséquence, la distribution sécuritaire de médicaments concerne principalement la manière dont les fournisseurs de soins interagissent non seulement entre eux, mais avec les patients et les clients, lors des transferts de la salle d'opération à la salle de réveil, à l'unité de soins et à la sortie du service hospitalier.

Troisièmement, des changements culturels et des changements comportementaux s'imposent. Étant donné que les modèles de dotation changent — et ils changent sans cesse dans le système de soins de santé — et qu'il devient de plus en plus complexe d'assurer la sécurité des patients en raison du vieillissement, nous devons discuter du niveau de connaissances médicales requis. L'accès à des pharmaciens cliniciens pose problème dans la majeure partie du système, sauf dans les grands établissements tertiaires et d'enseignement. Nous devons par ailleurs renseigner davantage les consommateurs sur les médicaments qu'ils prennent en les sensibilisant aux risques qui y sont associés. Le fait d'avoir une liste personnelle de médicaments devrait être une pratique courante, au même titre que porter une ceinture de sécurité.

Quatrièmement, nous devons nous concentrer sur les évidences que nous ne voyons pas. Nous n'avons pas assez ciblé la concurrence ou l'égo, tant passif qu'agressif, entre les professionnels de la santé. Certains des problèmes sont causés par la mauvaise connaissance ou compréhension du rôle de chaque profession quant à la gestion des médicaments et par le manque d'intégration dans l'ensemble du continuum de soins.

Nous devons modifier les politiques qui sont souvent fragmentées et erratiques. Nous devons tenir compte de l'avis des patients, de la famille et des clients qui, s'ils sont bénéficiaires de nos soins peuvent aussi en subir les effets indésirables.

Sixièmement, nous devons nous servir de la technologie pour transmettre de l'information aux patients et leur permettre d'indiquer leurs besoins ou leurs préférences. Il faut que le médecin et le patient puissent avoir accès à une quantité suffisante d'informations sur l'efficacité du médicament, ses effets

dispensing and administration, and on patient education to understand about medication and recognizing adverse events.

Finally, we need to focus on our health care workforce, the impact of absenteeism. We have more people off today in health care on sick leave, Workers' Compensation, and long-term disability than in the past. The old claims used to be musculoskeletal and soft tissue. The new claims are anxiety and stress-related. One of the largest hits on the pharmaceutical plans of health care organizations is prescriptions for health care workers to deal with anxiety and stress. I think we're talking about drugs on the other side, but we also have an issue within health care about the health of our providers and delivering that care.

In summary, we need leadership. We need leadership to understand that culture at the organizational and unit levels is key. There is a difference between a shift and a unit and it is bigger than the organization.

We need leadership to understand that entitlement, expectations and emotions sometimes trump the evidence. Where am I going here? To say it another way, silence, unawareness, indifference, and complacency are the greatest enemies of patient safety improvement from my perspective.

Finally, we need leadership from government. We need leadership from boards, industry, the professions and we need leadership from the delivery system to come together to find a resolution. The neat thing about Canada is that we have an abundance of skills, talents and passion. We lack the vehicle to bring that skill together in a way where people can park their egos at the door, sign up and say, "I want to contribute to this to ensure that we make a safe environment for the patient, the client, and the resident."

Thank you for the invitation to present today. I look forward to the conversation.

The Chair: Thank you very much. I am going to open the floor to my colleagues.

Senator Eggleton: Let me start with Dr. Sketris. You noted at some considerable length in your presentation about the need for electronic recordkeeping and it is something that this committee has been very vocal about in past. We have had several reports where we have said, "Look, we have to get on with doing this in a bigger way." It has been very slow getting to the points that would put us in the top echelon of these countries that you mention as opposed to the bottom, where we are.

What do you think we need in order to get a breakthrough here? What does the council think we can do? I know there's another agency that deals directly with electronic recordkeeping, but surely you have to be interested in doing something further about this. What do you think needs to be done?

indésirables, la prescription correcte de la dose, sa fréquence de prise, sa voie d'administration et son dosage afin que le patient puisse reconnaître ses effets et ses effets indésirables.

Enfin, nous devons nous concentrer sur notre main-d'œuvre et sur les conséquences de l'absentéisme. Nous n'avons jamais eu autant de gens en congé de maladie, pris en charge par la Commission des accidents de travail ou en congé d'invalidité. Autrefois, on se plaignait de douleurs musculosquelettiques et de tissus mous, aujourd'hui les plaintes les plus courantes sont liées à l'angoisse et au stress, qui constituent le gros des réclamations chez les travailleurs de la santé. Nous parlons certes des médicaments, mais il y a aussi le problème de la santé des travailleurs qui prodiguent des soins.

En résumé, nous avons besoin de leadership pour comprendre que la culture, au niveau de l'organisation et au niveau des unités, est la clé du changement. Il y a une différence entre un poste de travail et une unité, et elle est plus grande que l'organisation.

Il faut un leadership pour comprendre que les droits acquis, les attentes et les émotions l'emportent quelquefois sur les faits. Où vais-je en pensant ainsi? Autrement dit, l'ignorance, le silence, l'indifférence et la complaisance sont parfois et à mon avis les plus grands ennemis dans la lutte que nous menons pour améliorer l'innocuité des médicaments.

Finalement, il faut un leadership de la part du gouvernement et en particulier de la part des conseils d'administration, des professionnels et de l'industrie pour qu'ensemble, ils puissent trouver une solution. Nous avons un atout au Canada, les compétences, les talents et la passion ne manquent pas. Mais il nous faut trouver le moyen qui permettra aux gens de renoncer à leur ego et de prendre l'engagement suivant : « Je veux contribuer à créer un environnement sécuritaire pour le patient, le client et le résident. »

Merci de m'avoir invité à témoigner et je me réjouis à la perspective du débat que nous allons tenir.

Le président : Merci beaucoup, je vais céder la parole à mes collègues.

Le sénateur Eggleton : Je vais commencer avec madame Sketris. Dans votre exposé, vous avez abondamment parlé de la nécessité de la gestion électronique des dossiers. Le comité a fermement défendu cette idée. Dans plusieurs rapports, nous avons fait valoir qu'il fallait procéder à une plus grande échelle. Cela prend beaucoup de temps pour passer, parmi les pays que vous avez mentionnés, de la catégorie des plus mauvais, dans laquelle nous sommes aujourd'hui, à celle des meilleurs.

Que devrions-nous faire pour qu'il y ait une percée? Que devrions-nous faire selon le conseil? Je sais qu'une autre agence s'occupe directement de la tenue électronique de dossiers, mais vous souhaitez sans doute aller plus loin dans cette direction. Que devrions-nous faire à votre avis?

Dr. Sketris: The approach needs to continue to be coordinated. If you look at Canada, we're developing our own drug information system in Nova Scotia, for example. Prince Edward Island and Newfoundland developed theirs. If you look at some of the other countries, that would be done at a national level. There certainly has been learning from one province to the other, but the provinces are quite small and the skill sets and complexity of both the electronic health record and the database to go with it are complex.

We either have provinces developing their own systems on the clinical decision support side, or small companies, whereas some of the other countries would have a much more national approach. For example, in the UK, the National Prescribing Centre works on the electronic clinical decision support systems to support the electronic health records across the country.

Senator Eggleton: Do you feel there need to be monetary incentives? Do they use that in other countries?

Dr. Sketris: I was in Australia on sabbatical in the 1990s when they first introduced the electronic health record to family physicians. Now it is way over 90 per cent use, but they started with a monetary incentive. When Tufts Medical Center went electronic in Boston, they backfilled with other physicians. For six months, they gave physicians so many hours a day to learn the system and backfilled somebody to take care of their patients. There are a number of ways to try and increase the uptake.

Senator Eggleton: You mentioned Australia and in your presentation you also mentioned the U.K. Now you have told us that you spent some time in Australia. Is there anything else in terms of the general subject of unintended consequences, not only the electronic records, which we can learn from the Australians rather than reinventing the wheel? If you had to choose one or two things you think are particularly solid, good practices, what would you pick out?

Dr. Sketris: I like their National Prescribing Service for a number of reasons. First, for the public education programs they do. For example, they had a program that looked at trying to decrease antimicrobial use for colds. They had a program of information for consumers, and they had little packages of Kleenex. Their message was that, when you have a cold, you may not need an antimicrobial. Sometimes rest, fluids and Kleenex are what you need. They would roll out that kind of program across the whole country. They would do it with public media. They would do it with things like our *Canadian Living* magazine. They would do it with health care professionals. They would launch the same campaign across the country, and they would pick a couple of subjects a year and try to make an impact.

Senator Eggleton: Thank you for that. Mr. MacLeod, you are quite definite and passionate about this, I can tell. You suggested a number of things in your presentation that you think need to be done. A lot of them are relevant to health care providers and the practitioners. We don't have direct responsibility here for those

Mme Sketris : Il faut continuer de coordonner l'approche. Au Canada, et notamment en Nouvelle-Écosse, nous élaborons notre propre système d'information sur les médicaments. L'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve ont le leur. Dans d'autres pays, on procède au niveau national. Les provinces ont certainement appris les unes des autres, mais elles sont de taille bien modeste et les séries de compétences requises tant pour les dossiers de santé électroniques que les bases de données qui s'y rattachent sont très complexes.

Il y a deux cas de figure. D'une part les provinces, ou de petites entreprises, élaborent leur propre système pour appuyer les décisions cliniques; d'autre part, des pays ont une approche beaucoup plus nationale. Au Royaume-Uni par exemple, le National Prescribing Centre opère des systèmes électroniques à l'appui des décisions cliniques auxquelles sont rattachés tous les dossiers de santé du pays.

Le sénateur Eggleton : Pensez-vous qu'il faudrait avoir des incitatifs financiers? Est-ce que d'autres pays y ont recours?

Mme Sketris : J'étais en congé sabbatique en Australie dans les années 1990 lorsque le pays a instauré le dossier médical électronique pour les médecins de famille. Aujourd'hui, il est utilisé à plus de 90 p. 100, mais lors de son lancement, il y avait un incitatif financier. Lorsque le centre médical Tufts de Boston est passé à l'électronique, on a libéré les médecins de leurs occupations plusieurs heures par jour pour qu'ils puissent apprendre à utiliser le système. Il y a donc plusieurs moyens d'augmenter la participation.

Le sénateur Eggleton : Dans votre exposé, vous avez parlé de l'Australie et aussi du Royaume-Uni. Vous avez d'ailleurs séjourné en Australie. Sur la question générale des effets inattendus des médicaments et mis à part les dossiers électroniques, y a-t-il quelque chose que l'on pourrait apprendre des Australiens plutôt que de réinventer la roue? Y a-t-il une ou deux pratiques particulièrement utiles que vous choisiriez?

Mme Sketris : J'aime bien leur service national d'ordonnances pour diverses raisons, notamment pour leurs programmes de sensibilisation du public. L'un d'eux par exemple visait à faire baisser l'usage des antimicrobiens pour les rhumes. On y présentait au public des petits paquets de Kleenex en faisant passer le message que lorsqu'on a un rhume, on n'a pas forcément besoin d'un antimicrobien. Souvent, du repos, des liquides et des Kleenex suffisent. Ce genre de programmes était présenté dans tout le pays avec l'appui des médias et notamment de magazines tels que notre *Canadian Living*. Avec l'appui des professionnels de la santé, il lançait chaque année sur un ou deux sujets des campagnes dans tout le pays.

Le sénateur Eggleton : Merci. Monsieur MacLeod, je constate que vous avez des idées bien arrêtées sur le sujet et que celui-ci vous passionne. Dans votre exposé, vous avez proposé un certain nombre de mesures dont beaucoup concernent les fournisseurs de soins de santé et les praticiens, qui ne relèvent pas de nous, mais

practitioners. The provinces do, but we do have, of course, a key involvement in drugs. Have you talked to the provinces about this, and what kind of reception do you get from them? Can you persuade them, at least, that, if the federal government isn't going to come to help deal with this, they might, through the council of ministers, do more coordination and sharing of best practices and moving along these lines that you suggest?

Mr. MacLeod: That is a very good question, and we do interface with every province, with the health quality councils. Our board is made up of a good representation of the country, whether at an associate deputy minister level or regional health authority level, and medication safety is one of the significant topics across the country.

So what do we have in common? Our approaches may be different, but we all understand the size of the dilemma and the challenges that are before us and we are all looking for solutions from each other.

In terms of dealing with the provider piece, it is larger than that coal-face provider. As a good friend of mine said, it takes 15 seconds to fill out a prescription. It takes 45 minutes to do an assessment.

Now, the pace sometimes and the rush raise, for me, some alarm bells. He also says to me — and he's a practitioner — "Have we created a love affair with drugs in general, as opposed to stepping back and saying that drugs are usually coming to reduce and relieve harm or pain?" Pain comes from a variety of things. It comes from personal injury, motor vehicle accidents, et cetera. Do we go upstream, at the same time, to understand what is causing this, and is the prescription the only remedy to deal with that pain? I don't think we're having enough conversations about that. That's not only on a policy level, but that is also at an individual level.

Senator Eggleton: I have one final question. Are you doing anything in terms of educating the practitioners, the doctors who provide all of these prescriptions and, perhaps, are not paying enough attention to the quantum and the interaction of them all?

Emily Musing, Board Member, Canadian Patient Safety Institute: I think that there is more and more information out there, coming at a faster and faster rate, to the point where, for any one physician, it is very hard to maintain expertise linked to drug use for all of their patients. At the same time, the other problem is that we live in an age where our patients have changed with regard to their interest in taking a role in decision making for their care and their idea of having access to information to make those decisions, through the Internet, through social media. Information is out there. Unfortunately, some of this information is not peer reviewed. It is not necessarily things that are appropriate for use in making that decision. So we're living in an age where there's a lot of information out there, which may not be correct information, while, at the same time, the health care professionals who need to make the decisions on care may not

des provinces. En revanche, nous sommes concernés au plus haut chef par les médicaments. Avez-vous communiqué vos idées aux provinces et comment ont-elles été accueillies? Pouvez-vous au moins les convaincre du fait que, si le gouvernement fédéral ne les aidera pas dans ce dossier, elles pourraient, par le truchement du conseil des ministres, coordonner et partager davantage les pratiques exemplaires et s'aligner sur les principes que vous proposez?

M. MacLeod : C'est une excellente question. Nous sommes en contact avec toutes les provinces, au niveau des conseils sur la qualité des soins de santé. Il y a une bonne représentation du pays, que ce soit au niveau des sous-ministres associés ou des pouvoirs sanitaires régionaux, et l'innocuité des médicaments est l'un des grands thèmes traités dans tout le pays.

Qu'avons-nous en commun? Il se peut que nos approches diffèrent, mais nous avons tous conscience de l'ampleur du dilemme et des défis qui nous attendent, et nous nous tournons les uns vers les autres pour trouver des solutions.

Pour ce qui est des praticiens, ils font bien plus que de donner de simples bonbons. Comme le disait un bon ami, cela prend 15 secondes pour remplir une ordonnance, mais 45 minutes pour faire un diagnostic.

Ce qui m'inquiète par contre, c'est le rythme effréné des consultations. Cet ami — qui est praticien — me disait aussi : « Est-ce que nous ne sommes pas en train d'avoir une histoire d'amour avec les médicaments? Ne devrions-nous pas plutôt prendre du recul et admettre que les médicaments sont là pour réduire et soulager la douleur? » La douleur a bien des causes. Ce peut être une blessure, un accident de voiture, et cetera. Ne devons-nous pas remonter le fil des événements pour comprendre les causes premières et est-ce que l'ordonnance est le seul moyen de traiter la douleur? Je pense qu'on ne discute pas assez de ce sujet. On devrait le faire, non seulement au niveau collectif, mais aussi individuel.

Le sénateur Eggleton : J'ai une dernière question. Faites-vous quoi que ce soit pour éduquer les praticiens et les médecins qui font toutes ces ordonnances et qui ne portent peut-être pas suffisamment attention aux quantités et aux interactions?

Emily Musing, membre du conseil de direction, Institut canadien pour la sécurité des patients : Je pense qu'on a accès à de plus en plus d'informations et à un rythme de plus en plus rapide au point qu'il est très difficile pour un médecin de conserver son expertise sur tous les médicaments qu'il donne à ses patients. Parallèlement, et c'est aussi un problème, les patients ont changé d'attitude par rapport aux décisions de santé qu'ils prennent et se tournent aujourd'hui vers l'Internet et les médias sociaux. Malheureusement, l'information qui s'y trouve n'est pas vérifiée par des pairs et ne permet pas de prendre des décisions éclairées. Nous vivons donc à une époque où il y a certes énormément d'informations, mais pas toujours exactes. Parallèlement, les professionnels des soins de santé qui doivent prendre les décisions peuvent se retrouver dans des situations où ils n'ont ni le temps ni les compétences pour le faire. C'est là qu'entre en jeu l'interaction

themselves have the time or the expertise. That's where the interaction between professions comes into play, the role of pharmacists, nurse practitioners and physicians. They are the people who really need to interact in a concerted and coordinated way so that you are making full use of the expertise around the table.

The role that CPSI takes is to ensure that there is that connectivity, that the patient is involved in that discussion and that the tools are out there. You spoke earlier with regard to technology and bringing that forward. I think one of the issues with using technology as the way to solve issues is that technology is very expensive, and, without a national coordinated effort as to how we bring forward technology, the people who will be able to afford the technology — large acute care hospitals from which I myself come — will say, "We have the money. We're going to bring this technology in." We need a coordinated, national effort to ensure that that technology is useful across the continuum of care between different health care professions for the good of the patient.

Senator Eggleton: Coordinated, national effort.

Mr. MacLeod: I think your question and the response from Emily ties back nicely to that 2001 warning about the speed of technology and the access to information. The pace is beginning to outstrip our human capacity to actually deliver safely and effectively.

Senator Stewart Olsen: Thank you for being here. I have a few questions. You may have touched on them, but, for clarification, is there a concentrated effort for an online, central database of the current medications? Right now, I'm speaking of practitioners. I'm really not speaking of the public, but it could be. Suppose you are a nurse practitioner. You have done your exam, and you're thinking of prescribing something. Is there some way you can tap that in, get on the web and get the information you are going to need right there, clearly and concisely — what it does, adverse reactions, contraindications? Does someone monitor that and keep that available? I recognize I'm not asking for a national anything. That's something very difficult, but, in this case, I think it would behoove pharmaceutical companies to put some money into this kind of database. Anyway, I'm just asking: Does that exist?

entre les professionnels, notamment les pharmaciens, les infirmières praticiennes et les médecins. Ce sont eux qui doivent agir de façon concertée et coordonnée pour que l'on puisse utiliser pleinement l'expertise mise à disposition.

Le rôle qu'assume l'ICSP consiste à veiller à ce que ce lien existe, à ce que le patient participe à ce dialogue et à ce que les outils soient disponibles. Vous avez parlé plus tôt de la technologie et de sa mise en œuvre. Je pense que l'une des difficultés liées à l'utilisation de la technologie comme moyen idéal de résoudre les problèmes tient au fait que la technologie coûte très cher et qu'en l'absence d'un effort coordonné à l'échelle nationale pour définir la façon dont nous mettrons en œuvre la technologie, les gens qui auront les moyens d'acheter la technologie, c'est-à-dire les grands hôpitaux de soins actifs dont je proviens moi-même, déclareront qu'ils disposent de l'argent nécessaire et qu'ils mettront en œuvre la technologie dans leur milieu. Il faut qu'un effort soit coordonné à l'échelle nationale pour garantir que, pour le bien des patients, la technologie bénéficie à tout l'éventail des soins prodigués par divers professionnels de la santé.

Le sénateur Eggleton : Un effort coordonné à l'échelle nationale.

M. MacLeod : Je pense que votre question et la réponse d'Emily sont joliment liées à l'avertissement lancé en 2001 concernant l'accès à l'information et la vitesse à laquelle les technologies évoluent. Le rythme de cette évolution commence à dépasser la capacité des humains à assurer une prestation efficace et sécuritaire des services.

La sénatrice Stewart Olsen : Je vous remercie de votre présence. J'ai quelques questions à vous poser. Il se peut que vous ayez effleuré ces sujets, mais, pour éviter toute ambiguïté, pourriez-vous me dire si des efforts ont été conjugués pour créer en ligne une base de données centralisée des médicaments actuellement disponibles? En ce moment, je parle des praticiens. Je ne pense pas vraiment au public, mais ce pourrait être le cas. Imaginez que vous êtes une infirmière ou un infirmier praticien. Vous avez fini d'examiner le patient, et vous songez à prescrire un médicament. Avez-vous un moyen de consulter ce genre d'information, d'accéder à Internet et d'obtenir les renseignements dont vous aurez besoin juste à ce moment-là, des renseignements recensés de façon claire et concise — comme l'usage du médicament, ses effets indésirables et les contre-indications qui s'y rattachent? Quelqu'un contrôle-t-il ces renseignements, et maintient-il leur disponibilité? J'admets ne pas demander une application offerte à l'échelle nationale. Il est très difficile de mettre une telle chose en place, mais, dans le cas présent, j'estime qu'il incomberait aux compagnies pharmaceutiques d'investir un peu d'argent dans ce genre de base de données. Quoi qu'il en soit, je vous demande simplement si cela existe.

I know that, years ago, there used to be the blue books, but that can't keep up with today. So I'm just wondering what there is today. Is there something centralized that people can access?

The Chair: While you're thinking, we dealt with this one fairly extensively in our last study, and there are linkages through Health Canada's website to those issues. I'm just giving you time if there's something else you want to add.

Senator Stewart Olsen: Yes, I have read that, and I'm just wondering.

The Chair: The international ones you mentioned, Australia and other places that have this. I'm just filling the void here in case they have something new to add to the documentation we got in the last study.

Now, you have had a chance to think. Have you got an answer for the senator beyond what I've just summarized?

Dr. Sketris: I think the E-CPS — the blue book — is now online. So that's useful, and medical practitioners can access it. There also is the Cochrane Library, which some provinces, New Brunswick and Nova Scotia, for example, subscribe to, so that's another evidence-based source.

Senator Stewart Olsen: But there is no one central up-to-date thing that would be rolling up-to-date?

Ms. Musing: There are different products out there but no one database.

Senator Stewart Olsen: I know, but I think a concentrated effort on something like that might be good. The other thing — and I think Senator Eggleton touched on this — is the education provided to health care practitioners. How does that happen? Who puts that together? Would each institution put together what they actually teach their practitioners, or is there some way of centralizing that kind of attack on this?

Dr. Sketris: Australia has a national prescribing curriculum that can be accessed by any medical school in Australia.

Senator Stewart Olsen: That's good, but what do we have?

Dr. Sketris: Each school does their own curriculum. They have standards to meet but they do their own curriculum, so they don't share it quite that way, as other countries do.

Je sais qu'autrefois, il y avait les livres bleus, mais cette approche ne peut pas progresser au rythme d'aujourd'hui. Par conséquent, je me demande ce qui existe de nos jours. Y a-t-il une source d'information centralisée à laquelle les gens peuvent accéder?

Le président : Pendant que vous réfléchissez, je précise qu'au cours de notre dernière étude nous avons examiné cette question assez à fond, et que des liens vers des pages portant sur ces enjeux figurent partout dans le site web de Santé Canada. Je vous accorde simplement du temps au cas où vous souhaiteriez ajouter quelque chose d'autre.

La sénatrice Stewart Olsen : Oui, j'ai lu cela, et je m'interroge simplement.

Le président : Vous avez mentionné des pays internationaux qui ont accès à cela, dont l'Australie et d'autres endroits. Je ne fais que combler le vide en ce moment, au cas où ils auraient de nouveaux renseignements à ajouter à la documentation que nous avons réunie au cours de la dernière étude.

Maintenant que vous avez eu la chance de réfléchir, avez-vous une réponse à donner à la sénatrice qui va plus loin que ce que je viens de résumer?

Mme Sketris : Je pense que l'E-CPS — le livre bleu — est maintenant offert en ligne. Les médecins peuvent donc y avoir accès, ce qui est utile. Il y a aussi la bibliothèque Cochrane, à laquelle sont abonnées certaines provinces, notamment le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse. C'est donc une autre source de données probantes.

La sénatrice Stewart Olsen : Mais aucun répertoire centralisé n'est tenu à jour?

Mme Musing : Cette question est très différente.

La sénatrice Stewart Olsen : Je sais, mais, selon moi, il serait bon de concentrer nos efforts sur un projet de ce genre. L'autre question qui me préoccupe — et je pense que le sénateur Eggleton l'a abordée brièvement — a trait à l'éducation des professionnels de la santé. Comment cela se déroule-t-il? Qui met cette éducation au point? Est-ce que chaque institution met au point la matière qu'elle enseigne à ses professionnels, ou y a-t-il une façon de centraliser ce genre de processus d'attaque à cet égard?

Mme Sketris : L'Australie a élaboré un programme d'étude en matière de prescription auquel ont accès toutes les écoles de médecine de l'Australie.

La sénatrice Stewart Olsen : C'est bien, mais de quoi disposons-nous?

Mme Sketris : Chaque école possède son propre programme d'études. Les écoles ont des normes à respecter, mais elles élaborent leur propre programme d'études. Par conséquent, elles ne les mettent pas vraiment en commun, comme cela se fait dans d'autres pays.

Mr. MacLeod: There are a number of initiatives taking place across the country. I believe in your package we provided a backgrounder on Safer Healthcare Now!, which is a national program with CPSI but is really led by hundreds of people across the country. It's a starter kit, a GSK, if you will, for that front line on medication safety.

We're also now working with a variety of universities, both at the nursing-school level and the physician and pharmacy level, to embed into the curriculum design — these are our future leaders — the importance of medication safety, and really being quite deliberate there. We are getting good traction, not fast enough or deep enough, but we are getting people to pay attention to the need for our future health care providers to pay attention to medication safety.

I would say that there are multiple collaboratives taking place across the country where folks are trying to reach out at multiple levels — the care provider level, middle management level, CEO and board level — about elevating the conversation on medication safety and safety writ large. Ten years ago the primary conversation taking place at boards was fiscal. The conversations taking place now are on quality and patient safety. Is it deep enough and far enough? No. But at least the shift has begun to take place, where wicked questions are being asked by the board — as they should be — to their CEO about what kind of improvements we're making. I am also aware there is good work at the college level.

Ms. Musing: Certainly I know that the College of Physicians and Surgeons worked with CPSI to develop an actual patient safety competency listing that now various faculties, whether it's physicians, pharmacists or nurses, have taken to heart, to look at that as the gold standard of how to build curriculum and ensure this happens.

The other thing that is happening across Canada is this whole concept of inter-professional education. Part and parcel of that is not only bringing people together to talk about a disease state and how to treat that with medications, but how to get the different professionals to work together and understand each other's roles. So, in essence, they are able to do much better in caring for that patient, identifying what their medication needs are and prescribing the correct medications and following up on that.

M. MacLeod : Un certain nombre d'initiatives sont mises en œuvre à l'échelle nationale. Je pense que dans votre trousse, nous avons ajouté une fiche d'information sur Soins de santé plus sécuritaires maintenant!, c'est-à-dire un programme qui est offert à l'échelle nationale en collaboration avec l'ICSP, mais qui, en réalité, est dirigé par des centaines de facultés des quatre coins du pays. Il s'agit là d'une trousse d'initiation, un GSK, si vous voulez, destinée aux intervenants de première ligne dans le domaine de la sécurité médicamenteuse.

De plus, nous collaborons maintenant avec diverses universités afin d'ancrer dans la conception des programmes d'études des infirmières, des médecins et des pharmaciens, c'est-à-dire nos chefs de file de l'avenir, l'importance de la sécurité médicamenteuse, et ce, de manière très délibérée. Nous suscitons l'intérêt des gens, même si cet intérêt n'est pas suffisamment profond et ne se manifeste pas assez rapidement. Nous réussissons tout de même à attirer l'attention des gens sur la nécessité pour nos futurs fournisseurs de soins de santé de prêter attention à la sécurité médicamenteuse.

Je dirais que plusieurs efforts de collaboration sont déployés à l'échelle nationale, dans le cadre desquels les intervenants tentent d'inciter les gens à plusieurs échelons — les fournisseurs de soins de santé, les cadres intermédiaires, les directeurs généraux et les conseils d'administration — à stimuler la conversation au sujet de la sécurité médicamenteuse et de la sécurité en général. Il y a dix ans, les conseils d'administration discutaient surtout de questions financières. Ils discutent maintenant de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Ces conversations sont-elles assez approfondies, et vont-elles assez loin? Non. Mais, au moins, des changements ont commencé à se produire, en ce sens que les conseils d'administration posent, comme il se doit, des questions difficiles à leurs directeurs généraux à propos des types d'améliorations que nous apportons. Je suis également au courant de l'excellent travail qu'accomplissent les ordres et les collèges.

Mme Musing : Je sais que l'Ordre des médecins et chirurgiens collabore avec l'ICSP afin de dresser une véritable liste de compétences relatives aux patients qui tient maintenant à cœur à diverses facultés, que ce soit des facultés de médecine, de pharmacie ou de sciences infirmières. Elles la considèrent comme la façon par excellence d'élaborer un programme d'études, et elles veillent à l'appliquer.

L'adhésion au concept d'éducation interprofessionnelle est un autre phénomène observé à l'échelle nationale. Cela ne consiste pas seulement à réunir les gens, afin qu'ils discutent d'un problème de santé et de la façon de le soigner à l'aide de médicaments, mais aussi à trouver un moyen de convaincre divers professionnels de travailler ensemble et de se familiariser avec le rôle des uns et des autres. Donc, en déterminant les médicaments dont les patients ont besoin, en leur prescrivant les médicaments appropriés et en assurant un suivi, ils sont essentiellement en mesure de mieux soigner les patients.

Senator Stewart Olsen: Who maintains a list — and I know this was covered before — of the adverse drug reactions? Really we are kind of hiving down in this study on that. I was a bit shocked in the report that I read that there wasn't a really good reporting mechanism. I was shocked by that because I thought there was. I thought there was and that it was compiled and kept in this central area so people could review and understand steps that needed to be taken.

Mr. MacLeod: I will take it at a high level first.

You're quite correct: there's not enough of that sharing. Almost every province has some form of an incident-reporting system. That information, though, is contained within the province and most of it is not shared across. Manitoba is the outlier in that: they actually share their incident reports.

The reason we know that is because at CPSI, 18 months ago, we went out to 23 world leaders and asked them. This would be NHS, the ministry in France, Belgium, Hong Kong, Australia, Harvard, a variety of folks, to say, "You're issuing, on an ongoing basis, incident reports that deal with not only medication but safety issues writ large. Will you give us your sentinel document?" We then summarized that document, using the WHO classification system, and we created a portal called Global Patient Safety Alerts. Today we have over 1,500 alerts on that portal with 5,200 recommendations to prevent it from happening.

ISMP Canada, which actually tracks some of this, is one of the inputs from Canada, and the other one is Manitoba. We're now trying to work with Alberta, Saskatchewan and Ontario. Give us your alerts to put on this portal to share with folks so they can be armed with trends that are beginning to develop, et cetera.

My simple analogy is that if a Boeing 737 were to land in Vancouver and a mechanic found an orange wire dangling from the left motor, within a nanosecond an alert would go out to the system. Where is our alert system for the health care? We should have that same discipline, to go back to your point. This is not to accuse folks, but to forewarn them. More importantly, what have you done with that alert to ensure we don't have a reoccurrence of that issue again? That's what we're attempting to do through the global patient alert system.

I think the other organization you can speak to, ISMP Canada, is also doing some tracking on adverse events.

La sénatrice Stewart Olsen : Qui tient à jour la liste — et je sais que ce sujet a été abordé auparavant — des effets indésirables des médicaments? En réalité, nous cherchons un peu à cerner cet aspect dans le cadre de notre étude. Dans le rapport que j'ai lu, j'ai été un peu choquée de constater qu'il n'y avait pas vraiment de bon mécanisme de signalement. Cela m'a choquée parce que je pensais qu'il existait une liste et qu'elle était dressée et conservée dans ce lieu central, de manière à ce que les gens puissent l'examiner et comprendre les mesures à prendre.

M. MacLeod : Je vais répondre à cette question à un niveau élevé d'abord.

Vous avez tout à fait raison. Il n'y a pas suffisamment d'échanges de ce genre. Presque toutes les provinces disposent d'un système de signalement des incidents, d'une sorte ou d'une autre. Toutefois, ces renseignements sont conservés dans la province, et la plupart d'entre eux ne sont pas communiqués à l'ensemble du pays. Le Manitoba est un cas particulier à cet égard : il communique ses rapports d'incidents.

Nous le savons parce qu'il y a 18 mois, à l'ICSP, nous avons rencontré 23 chefs de file mondiaux dans ce domaine, à savoir les services de santé nationaux de la Grande-Bretagne, les ministères de la France, de la Belgique, de Hong Kong et de l'Australie, l'Université Harvard et un éventail de gens, et nous leur avons dit ce qui suit : « Vous publiez régulièrement des rapports d'incidents qui traitent non seulement de médicaments, mais aussi de questions de sécurité en général. Nous fournirez-vous votre liste d'événements sentinelles? » Nous avons ensuite résumé ces documents à l'aide du système de classification de l'OMS, et nous avons créé un portail intitulé « Alertes mondiales sur la sécurité des patients ». Aujourd'hui, le portail affiche plus de 1 500 alertes, accompagnées de 5 200 recommandations pour prévenir ces incidents.

ISMP Canada, qui surveille en fait certains de ces incidents, est l'un des contributeurs canadiens; l'autre est le Manitoba. Nous tentons maintenant de travailler avec l'Alberta, la Saskatchewan et l'Ontario. Nous leur disons : « Permettez-nous d'afficher vos alertes sur le portail afin de les communiquer aux gens. Ainsi, ils pourront connaître les tendances qui commencent à se manifester, et cetera. »

L'analogie simpliste que j'utilise est la suivante : si un Boeing 737 atterrissait à Vancouver et qu'un mécanicien découvrirait, par la suite, un fil orange dépassant du réacteur gauche, une alerte serait diffusée instantanément. Où est notre système d'alerte pour les soins de santé? Pour reprendre votre argument, nous devrions suivre la même discipline. Je ne cherche pas à accuser les gens, mais plutôt à les prévenir. Et ce qui importe encore plus, je veux savoir ce qu'ils ont fait à la suite de l'alerte pour s'assurer que le problème ne se reproduirait pas. C'est ce que nous tentons d'accomplir à l'aide des alertes mondiales sur la sécurité des patients.

Je pense que l'autre organisation à laquelle vous pouvez parler, à savoir ISMP Canada, surveille aussi un peu les événements liés aux effets indésirables des médicaments.

Ms. Musing: Originally, the collection of adverse medication events was dealt with in a voluntary way, but certainly it's — depending on the province — moving toward mandatory reporting, which I think is a good thing. First we need to collect the data and then, as Hugh says, we need to make that data accessible, not only to the province collecting it but to everyone.

Dr. Sketris: The information is available to the health care professional, but do they have to go into the portal? Ideally it would be on a computerized physician-decision support system when it's relevant so, as soon as they're prescribing, a real-time alert will come up and they'll know it's a valid alert.

[Translation]

Senator Bellemare: I have not been sitting on this committee for a very long time. I did not participate in the examination of research in this area. I am a little naive. I listened to you and the problem to be solved really seems enormous to me. The holistic approach does really seem like the way to go.

The issue of leadership is a big one in Canada, in particular in light of the fact that you have the provinces and the federal government and agencies that do not communicate. As an economist who has thought a little about the new technologies — perhaps that is what your “Global Alert System” is — I think that the Web 2 can indeed allow us to share a lot of information; there could be wikis for the prescriptions, and people could then have access to that. However, all of that does obviously have to be monitored so that the information is always validated, but everyone could contribute.

Wikis are the future. I do not understand why they are not used more in the medical field. Clearly, good will is required. I would like to know what you think of that and about their use in this complex context. You referred to that and my colleagues also put some questions to you. The complexity of it all requires that the information be coordinated through some mechanism, but the individual also has to take responsibility, because the person involved can prevent mistakes. If we could find a way to have people turn up at the drugstore with their card and be the ones with the information on all of their medications, that would be good. Wherever the person went, he could present his medication record. Has this type of approach been looked at?

[English]

Dr. Sketris: During our Health Council of Canada National Symposium on Quality Improvement, we had a patient present, and he always carried around his neck a USB stick with all of his information. He was an IT professional and he said it took him about six months to put together the information so it would be ready for him and he could always present it.

Mme Musing : À l'origine, la collecte des événements liés à des réactions indésirables à des médicaments était faite de manière volontaire, mais, selon la province, elle est certainement en train de devenir obligatoire, ce qui, selon moi, est une bonne chose. Nous devons d'abord recueillir les données, puis, comme Hugh le dit, nous devons les rendre accessibles à tous, pas seulement à la province qui les recueille.

Mme Sketris : Les renseignements sont à la disposition des professionnels de la santé, mais doivent-ils consulter le portail? Idéalement, les données pertinentes devraient être intégrées dans un système informatisé de soutien des médecins, de manière à ce qu'une alerte survienne en temps réel dès qu'ils prescrivent un médicament. Ainsi, ils sauront que l'alerte est valide.

[Français]

La sénatrice Bellemare : Je siège à ce comité depuis peu. Je n'ai pas participé à la réflexion sur la recherche en ce domaine. Je suis un peu naïve. Je vous ai écoutés et le problème que l'on doit résoudre semble vraiment immense. L'approche holistique est effectivement très souhaitable et souhaitée.

Le problème de leadership est important au Canada, en particulier avec les provinces puis avec le gouvernement fédéral et les agences qui ne se parlent pas. En tant qu'économiste qui a un peu réfléchi aux nouvelles technologies — c'est peut-être ça votre « Global Alert System » — je crois que le Web 2 peut permettre effectivement de partager beaucoup d'informations et de faire des wikis pour les prescriptions et on pourrait accéder à cela. Toutefois, il faut évidemment que ce soit contrôlé de manière à ce que l'information soit validée tout le temps, mais chacun pourrait y mettre du sien.

Les wikis, c'est l'avenir. Je ne comprends pas que ce ne soit pas plus utilisé dans le domaine médical. C'est sûr que ça demande une bonne volonté. Je voudrais avoir votre réaction là-dessus et sur leur utilisation dans cette complexité. Vous y avez touché et mes collègues vous ont aussi questionné. Lorsqu'on examine la complexité, il est évident qu'il faut un véhicule pour que l'information soit coordonnée, mais l'individu doit essayer de se prendre en main également parce que c'est la personne qui peut éviter les erreurs. Si on pouvait trouver une façon pour que ce soit l'individu qui arrive à la pharmacie avec sa carte et que ce soit lui qui ait l'information sur tous ses médicaments. Peu importe où il va, il présente son passeport de médicaments. Est-ce que ce sont des avenues qui ont été explorées?

[Traduction]

Mme Sketris : Au cours du colloque sur la qualité organisé par notre Conseil canadien de la santé, un patient était présent. Il portait constamment à son cou une clé USB contenant tous ses renseignements. Il s'agissait là d'un professionnel de la TI, et il a indiqué qu'il avait mis environ six mois à réunir les renseignements pertinents, de manière à ce qu'ils soient à sa disposition et prêts à être présentés en tout temps.

I think the other thing you brought up about Web 2.0, a number of people are exploring Twitter, Facebook and all those things for both patient engagement and engagement between patients and health professionals.

Mr. MacLeod: I will go to your second question first and then come back to the first one.

On the whole topic of complexity, I don't think we understand complexity. I think we move too quickly for a quick fix without really understanding the root of the problem. It is scary and big but if you unpack it properly and layer it back, it usually has the components. You need prevention, education and you need to look at the prescription and treatment. You need to look at monitoring, surveillance, enforcement and the proper levers for both legislation and regulation. You need research to validate and you need evaluation. But there is another piece you need on complexity to understand our system. I spoke earlier about the changes in demographics, in cultural aspects which get to health literacy.

Recently, I was both fortunate and unfortunate; I was with a family member for 14 hours in an ER. I got to play amateur anthropologist and watch everything that was happening around me. I was astounded how confusing it was for the majority of the people in the ER, particularly for the elderly and those new to Canada trying to understand our language and jargon in our signage.

We have to understand complexity first before we move forward. If we were to unpack it properly, there is an abundance of skill in this country. Start assigning people and get them, in a collaborative way, to take the elements and park the turf and ego. We are not 200 million as a population. You would think if any country can do it, it should be Canada. On the first piece, we do not understand complexity and often rush too quickly on one narrow band and get surprised by the law of unintended consequences.

On the other piece, I agree with you. We are in a new era of technology. Let's use that as a drive forward but ensure that it has proper backing with good evidence. As was said earlier, unfortunately the consumer has a wide audience and new library, and often it is not anchored in good evidence. We have to use the speed of technology but with a discipline you've

Je pense qu'en ce qui concerne l'autre question que vous avez soulevée à propos de Web 2.0, un certain nombre de gens envisagent la possibilité d'utiliser Twitter, Facebook et toutes les autres applications de ce genre pour faire participer les patients au processus et pour faciliter le dialogue entre les patients et les professionnels de la santé.

M. MacLeod : Je vais répondre à votre deuxième question en premier, puis je reviendrai à la première.

En ce qui concerne la complexité, je ne crois pas que nous la mesurons. J'estime que nous tentons de trouver une solution miracle au problème, sans en comprendre vraiment la source. Le problème est gigantesque et terrifiant, mais si on le décortique correctement et qu'on l'assemble de nouveau, couche par couche, il comporte habituellement des composantes. La prévention et l'éducation sont nécessaires, et il faut étudier les processus de prescription et de traitement. On doit penser au contrôle, à la surveillance, à la mise en application et aux leviers appropriés tant sur le plan de la législation que sur le plan de la réglementation. Il faut effectuer des recherches pour la validation, et on a besoin de procéder à des évaluations. Toutefois, pour comprendre notre système, un autre élément de la complexité est nécessaire. J'ai parlé plus tôt des changements observés dans la démographie et les aspects culturels, changements qui se rapportent à la littératie en matière de santé.

Dernièrement, j'ai été à la fois chanceux et malchanceux; j'ai passé 14 heures dans une salle d'urgence avec un membre de ma famille. Cela m'a permis de jouer les anthropologues amateurs et d'observer tout ce qui se passait autour de moi. J'ai été abasourdi de voir à quel point le processus était déroutant pour la majorité des gens qui se trouvait à l'urgence, en particulier les personnes âgées et les nouveaux arrivants au Canada qui s'efforçaient de comprendre notre langue et le jargon que nous employons sur nos affiches.

Il nous faut comprendre la complexité du problème avant d'aller de l'avant. Si nous décortiquions le problème convenablement, les compétences requises pour s'en occuper ne manqueraient au Canada. Commençons par affecter des gens à cette tâche, puis demandons-leur de prendre en charge les éléments dans un esprit de collaboration, en mettant de côté leur ego et en ignorant les questions de compétences. La population du Canada ne s'élève même pas à 200 millions d'habitants. On penserait que, si un pays était en mesure de régler ce problème, ce devrait être le Canada. Premièrement, nous ne comprenons pas la complexité du problème et, souvent, lorsque nous nous avançons précipitamment sur un terrain étroit, la loi des conséquences imprévues nous prend par surprise.

En ce qui concerne l'autre sujet, je suis d'accord avec vous. Nous vivons dans une nouvelle ère technologique. Servons-nous de cet avantage pour aller de l'avant, mais assurons-nous que nos mesures sont appuyées par des données probantes. Comme il a été mentionné plus tôt, le consommateur a malheureusement accès à un vaste auditoire et une nouvelle bibliothèque et, souvent, cette

probably never seen before in the rigour to ensure it stands up to the evidence base. We have technology that we need to exploit in a positive way.

[Translation]

Senator Bellemare: Who could take the lead in this matter?

[English]

Mr. MacLeod: The first answer is that leadership is in every room I go into to. I see too much nodding that this is what we should do. By the time they get to their cars they think about their own region or territory and forget what they had nodded to do. There are people nodding now and saying it's time for action. I would hope that part of your deliberations will begin to lay out a potential framework, a blueprint for people to say, "You are not pushing it down to me, but I can begin to hang my work on this framework and get other people to hang on it" and see a collective push as opposed to an individual one.

Senator Seth: Thank you for such an interesting topic. I have a little change of topic here. One of the most unintended consequences of prescription drugs is addiction and abuse. In your opinion how can it be changed, adopted or prevented and reduced? Can you elaborate?

Dr. Sketris: That is a very complex issue that has many aspects. I will talk about one.

Nova Scotia has a prescription monitoring program as some other provinces do. Before physicians prescribe, they can look at every other prescription prescribed by anyone else in the province to try and determine the past history and have a sense as to whether or not the prescription they're writing is appropriate as one step in the process.

Senator Seth: Would you like to answer?

Mr. MacLeod: Sure. I'm going to start my answer by putting a framework first. You are quite correct. We have an addictions problem. In some cases we call it a "prescription problem" but in many areas it has become an addiction problem. If that is true, we also have to say there is accountability for the manufacturer because they are the ones marketing. There is accountability for the provider, patients, family and government.

bibliothèque ne repose pas sur des données probantes. Nous devons tirer parti de la rapidité de la technologie, mais, pour nous assurer que nos mesures résistent à une analyse fondée sur des données probantes, nous devons le faire avec une rigueur dont vous n'avez probablement jamais été témoins. Nous disposons de la technologie dont nous avons besoin pour l'exploiter de manière constructive.

[Français]

La sénatrice Bellemare : Qui pourrait prendre le leadership dans cette matière, d'après vous?

[Traduction]

M. MacLeod : La première réponse à votre question est que le leadership se manifeste dans chaque salle que je visite. Je vois trop de gens hocher la tête pour indiquer que c'est ce que nous devrions faire. Cependant, une fois assis dans leur voiture, ils ne pensent qu'à leur propre région ou territoire et oublient ce qu'ils ont accepté de faire. Il y a des gens qui hochent la tête maintenant et qui disent qu'il est temps de passer à l'action. J'espère que, dans le cadre de vos délibérations, vous commencerez à établir un cadre potentiel, un objectif au sujet duquel les gens pourront dire qu'on ne leur impose pas des changements, mais qu'on leur fournit un cadre auquel ils peuvent commencer à rattacher leur travail et convaincre d'autres personnes de faire de même. Nous observerons ainsi un élan collectif plutôt qu'individuel.

La sénatrice Seth : Je vous remercie d'aborder un sujet aussi intéressant. Je veux maintenant modifier légèrement le sujet. La dépendance est l'une des conséquences les plus imprévues des médicaments d'ordonnance. À votre avis, comment peut-on modifier, prévenir ou atténuer cette conséquence? Pouvez-vous vous étendre sur le sujet?

Mme Sketris : C'est une question très complexe qui comporte de nombreux aspects. Je vais parler de l'un d'entre eux.

La Nouvelle-Écosse mène un programme de surveillance pharmaceutique, comme d'autres provinces. Avant de prescrire un médicament à un patient, les médecins peuvent examiner tous les médicaments qui lui ont été prescrits par tous les autres médecins de la province, afin de déterminer en une étape leurs antécédents pharmaceutiques et la pertinence de leur prescription.

La sénatrice Seth : Aimerez-vous répondre à la question?

M. MacLeod : Bien sûr. Pour répondre à votre question, je vais présenter d'abord un cadre. Vous avez tout à fait raison. Nous faisons face à un problème de dépendance. Dans certains cas, nous le qualifions de « problème de prescription », mais, dans bien des cas, c'est devenu un problème de dépendance. Si cela est vrai, nous devons également préciser que les fabricants assument une certaine responsabilité à cet égard, car ce sont eux qui commercialisent ces médicaments. Les fournisseurs de soins de santé, les patients, les familles et les gouvernements se partagent cette responsabilité.

As I said in my opening remarks, in a crazy way we also have gotten into a love affair with drugs. My children and grandchildren live in California and watching the television there is obscene. Every second ad is for some kind of drug. Now there is a cure for everything and, if not, there is a drug invented to find the illness to care for.

Everybody has accountability and responsibility for this. We have always glamorized it. I recently went to see the movie *The Wolf of Wall Street*. What is the opening scene? The way to stay on top of the market trading is to take cocaine so you're up. We have glamorized addictions. I know we can't resolve that overnight but we need an honest conversation about the state of where we are at.

The issue is beyond prescription in many of these areas. The recent stats in Ontario in terms of deaths last year connected to opioid use are haunting at 500 people. To me, that is a serious addiction problem. We need to be big enough to have that conversation, take it square on and find out how to resolve it.

Senator Seth: Often I notice the professional or the providers of the prescription when the patient goes to ER for an accident. The first thing I see is that a narcotic is prescribed. And it is a long prescription for a month. They come back to the general practitioner's office and often need a repeat by the time they get addicted. This is another common thing and I have no solution on how to avoid this.

Mr. MacLeod: That's why I said it takes 15 seconds to fill out a prescription and 45 minutes to do a full assessment.

I will simply leave that on the table.

Senator Chaput: My question has been partly answered but I still want to push a bit further. You talked about a blueprint. In the presentation you heard about the national perspective and the coordination of whatever needs to be done to ensure we get that blueprint. As you said, sir, people agree and nod but then who takes the lead. I would like your thoughts on the leadership or the role of the federal government in this initiative. Push your thoughts a bit further. How do you see the leadership of the federal government?

Mr. MacLeod: There is a lot of work to be done, but I'm encouraged. Maybe I am an optimist by nature, but I had the pleasure on Friday to attend a symposium hosted by the minister on this very topic. The minister was there for the full day and participated in the round table conversations.

She had the right people at the table: justice, the police, the provider community, the colleges and researchers. It is evident from the conversation that took place that this is an important agenda item for the ministry and the minister. I began to see

Comme je l'ai dit en ouverture, nous avons aussi une histoire d'amour avec les médicaments, curieusement. Mes enfants et petits-enfants vivent en Californie, et regarder la télévision là-bas est scandaleux. Une publicité sur deux porte sur un médicament quelconque. Il existe désormais un remède pour tout, et dans le cas contraire, on invente un médicament pour trouver une maladie à soigner.

Tout le monde a des comptes à rendre et est responsable de la situation. Nous avons toujours idéalisé la dépendance. J'ai vu le film *Le Loup de Wall Street* récemment, et vous savez ce que raconte la première scène? Que vous devez prendre de la cocaïne pour tenir le rythme à la bourse. Nous avons glorifié les dépendances. Je sais que le problème ne se réglera pas du jour au lendemain, mais nous devons franchement nous demander où nous en sommes.

Le problème va au-delà des ordonnances dans bien des cas. L'an dernier en Ontario, 500 décès étaient attribuables à la consommation d'opioïdes, un chiffre cauchemardesque. À mes yeux, il s'agit là d'un grave problème de dépendance. Nous devons avoir les moyens d'en parler, de nous y attaquer de front et de trouver comment le résoudre.

La sénatrice Seth : Je remarque souvent le professionnel de la santé qui rédige l'ordonnance lorsqu'une victime d'accident est admise à l'urgence. La première chose qu'il fait, c'est lui prescrire un narcotique. Et le patient en a pendant tout un mois. On voit souvent ces patients retourner voir leur médecin généraliste pour obtenir une nouvelle ordonnance puisqu'une dépendance s'est installée. Voilà une autre situation courante que j'ignore comment éviter.

M. MacLeod : Voilà pourquoi j'ai dit qu'il faut 15 secondes pour rédiger une ordonnance et 45 minutes pour effectuer un examen complet.

Je vais simplement m'arrêter ici.

La sénatrice Chaput : Vous avez déjà répondu partiellement à ma question, mais j'aimerais entrer un peu plus dans les détails. Vous avez parlé d'un plan directeur. Dans la présentation, il a été question d'une perspective nationale et d'une coordination pour nous assurer d'avoir un tel plan directeur. Comme vous l'avez dit, monsieur, les gens sont d'accord et hochent la tête, mais se demandent ensuite qui doit prendre l'initiative. J'aimerais savoir ce que vous pensez de l'autorité ou du rôle du gouvernement fédéral à cet égard. Veuillez pousser l'analyse un peu. Quel devrait être le rôle du gouvernement fédéral à ce chapitre?

M. MacLeod : Il y a beaucoup de travail à faire, mais j'ai bon espoir. Je suis peut-être de nature optimiste, mais j'ai eu le plaisir vendredi d'assister à un symposium que la ministre a organisé sur cette question, justement. Elle y a passé la journée entière et a participé aux tables rondes.

Des personnes compétentes étaient réunies : des représentants du système de justice, de la police, du milieu de la santé, des collèges et du milieu de la recherche. D'après ce qui s'est dit, on voit bien que ce point à l'ordre du jour est important aux yeux de

significant leadership on this file on that day. They are looking at what would be a holistic approach to dealing with the issue and everything from prevention to research and treatment, et cetera.

I'm encouraged by that. The proper framework for regulatory and legislative change will probably come out of the deliberations, but that alone won't do it because you can't prescribe behaviours and people will do workarounds. The federal government has a role to play and they're demonstrating it. The provider and professional communities also have a role, the royal colleges, CNAs, societies of pharmacists and the regional health authorities. If there is one thing in common across the country, it is medication safety writ large. What's not in common is the approach. What's not in common is the transparency of the sharing of information, as we talked about earlier. And what's not in common yet is everybody marshaling together to work in a collaborative fashion as opposed to one province saying, "This is the B.C. way versus the Ontario way." What about using your way to create a Canadian way and a pathway going forward?

Are there hurdles? Yes, some of this is historical and behavioral, but I do think progress is being made because people are beginning to understand the importance of this file.

Senator Chaput: What would be the next step that you would like the federal government to take? You mentioned this meeting with the minister. What's the next step?

Mr. MacLeod: I would like to see some action coming out of that day, and I think that day was a call to action.

But I think the work you are doing and that you are reporting in terms of this blueprint can be a nice complementary piece saying we've gone through a series of critical examinations by bringing people to this table, and that could be a reinforcement of the importance not only of the topic but of action to move it forward.

Senator Seidman: Thank you for being here. I'd like to ask you about a particular study that you did, the Canadian Patient Safety Institute, the one called *Safety at Home: A Pan-Canadian Home Care Study*. I'd like to ask you about that particularly because home care, care in the community, is becoming a larger and larger issue. It will, of course, become an even larger issue as we all continue to age.

I'd like to ask you specifically about medication management. One item that you put forward and I think is particularly revealing, if I might bring it up, you say on page 16 of your report that Table 4 presents the types of adverse events that were identified through chart review. It shows that the most frequent adverse event was an injurious fall but that medication was a contributing factor in almost 25 per cent of these cases, including falls.

la ministre et de son ministère. J'ai commencé à constater une grande détermination dans le dossier à cette occasion. Ces gens cherchent une façon holistique d'aborder la question et tout ce qui l'entoure, comme la prévention, la recherche, le traitement, et ainsi de suite.

Je trouve que c'est encourageant. Les délibérations permettront probablement de définir le cadre des changements réglementaires et législatifs, mais ce ne sera pas suffisant puisqu'on ne peut pas prescrire un comportement et que les gens trouveront le moyen de contourner le système. Le gouvernement fédéral a un rôle à jouer; il le démontre bien. Le milieu des professionnels de la santé aussi, qu'il s'agisse des collèges royaux, des infirmières auxiliaires autorisées, des pharmaciens ou des autorités régionales en matière de santé. S'il y a une chose qui ne change pas d'un bout à l'autre du pays, c'est l'utilisation sécuritaire des médicaments de façon générale. Ce qui change, c'est la démarche. C'est la transparence de l'échange d'information, comme nous l'avons dit tout à l'heure. Et ce que tout le monde ne fait pas encore, c'est réunir leurs efforts et collaborer plutôt que de laisser la Colombie-Britannique ou l'Ontario faire chacune les choses à sa façon. Pourquoi ne profiteriez-vous pas de votre pouvoir pour créer une façon de faire canadienne et pour orienter la suite des choses?

Y a-t-il des obstacles? Bien entendu. Même si une partie du problème est historique et comportementale, je pense que les choses progressent à mesure que les gens commencent à saisir l'importance du dossier.

La sénatrice Chaput : D'après vous, quelle devrait être la prochaine étape pour le gouvernement fédéral? Vous avez parlé de la rencontre avec la ministre. Quelle est la suite des choses?

M. MacLeod : J'aimerais que cette journée pousse à l'action, puisqu'il s'agissait selon moi d'un appel à l'action.

Mais que je pense que vos travaux et votre rapport au sujet du plan directeur peuvent constituer un complément intéressant. Vous pourriez dire que vous avez réalisé une série d'exameness essentiels en convoquant des témoins. Voilà qui pourrait rappeler l'importance du sujet, mais aussi l'importance de passer à l'action et de faire bouger les choses.

La sénatrice Seidman : Merci d'être avec nous. J'aimerais vous parler de l'étude *La sécurité à domicile : une étude pancanadienne sur la sécurité des soins à domicile*, que vous avez réalisée à l'Institut canadien pour la sécurité des patients. Je m'y intéresse parce que les soins à domicile et au sein de la collectivité prennent de plus en plus d'importance. Bien sûr, l'enjeu sera encore plus vaste à mesure que nous vieillirons tous.

J'aimerais vous parler plus particulièrement de la gestion des médicaments. Si vous me permettez de le mentionner, un des éléments particulièrement révélateurs de votre rapport est le tableau 4 de la page 16, qui présente le genre d'événements indésirables identifiés à travers l'examen des dossiers médicaux. Il montre que les événements indésirables les plus fréquents sont les chutes ayant provoqué des blessures, et que les médicaments ont contribué à près de 25 p. 100 des incidents, y compris les chutes.

That is one example, but I would like to discuss this particular study and what you think we can do to deal with this important problem.

Mr. MacLeod: Thank you for that. It was with multiple partners we did that study. It's actually the first study of its kind in the world on home care, and I will use a non-clinical description of what it said to me when I read the report. What it said to me — I started in health care in 1980 — we have acute care services now being delivered in a home care environment 24/7, often by family members, unregulated and regulated staff. So we have toxic cancer drugs, IV pumps, machines doing work that 10 years ago was done in a hospital. Therefore, the potential for harm is huge. Often we talk about an indicator called falls, but one of the contributors to the falls could be medication.

The report, where you put a spotlight on us, indicates the level of harm that is currently taking place in home care, the level of harm that could continue to take place in home care, and if we don't really begin to address it, we will have very busy ERs, which again goes back to the impact of not paying attention to the fullness of a system because then we get overcrowding in ERs.

Do you want to speak to some of the medication issues in home care, Ms. Musing?

Ms. Musing: The other issue that people don't often think about is not only does medication play a role in actually causing the fall, in turn putting a person at higher risk for the fall, but it places a person at a higher risk when they do have a fall.

We have a lot of patients in acute care or in their own homes who are on anti-coagulants, for good reason. However, when they have a fall, they are at much higher risk for having hematomas or some form of hemorrhage, which may or may not be recognized initially. Especially when they are not in an acute care setting, fast action is not taken to do some sort of a CT scan to see whether there is something that needs to be corrected or dealt with or whether the person needs surgery as an afterthought.

There are a lot of links among safe medication use, appropriate medication use and understanding how that has an impact on something like falls and the implications of having a fall.

Mr. MacLeod: If I could add to this, going back to your question about action and the important role that you are playing, creating the right narrative for your report, from my perspective, is crucial, which is telling the story differently.

For example, I've sat down with ministers and talked about readmission post-discharge, and depending on the province, it is suggested that 20 to 23 per cent of readmission is directly related to medication safety mishaps post-discharge. The trouble is we haven't built the story line, so I tell the minister what happens wherein when that person comes back in, they will be in a bed longer, and now you have taken a bed out of service. You have

Ce n'est qu'un exemple, mais j'aimerais discuter de cette étude et de ce que nous pouvons faire selon vous pour résoudre ce problème majeur.

M. MacLeod : Je vous remercie de votre question. Nous avons réalisé l'étude avec divers partenaires. À vrai dire, c'est la première étude au monde sur les soins à domicile, et je vais vous décrire en termes simples ce que j'ai compris à la lecture du rapport. Ce que j'en ai compris — moi qui suis dans le milieu de la santé depuis 1980 —, c'est que des soins actifs sont maintenant prodigués à domicile 24 heures par jour, 7 jours par semaine, souvent par des membres de la famille encadrés ou non. On est en présence de médicaments toxiques contre le cancer, de pompes à perfusion et de machines qui remplacent ce qu'on faisait dans les hôpitaux il y a 10 ans. Le risque d'accident est donc considérable. Les chutes sont souvent un indicateur, mais n'oublions pas qu'elles peuvent être attribuables aux médicaments, entre autres.

Le rapport que vous mettez en lumière indique les préjudices actuellement liés aux soins à domicile et qui pourraient encore être subis. Si nous ne commençons pas sérieusement à agir, nos urgences seront alors bondées. Voilà qui nous ramène aux conséquences de ne pas évaluer toutes les facettes du système, ce qui peut engorger les urgences.

Voulez-vous parler de certains problèmes liés à la médication dans les soins à domicile, madame Musing?

Mme Musing : Ce qu'on oublie souvent, c'est que le médicament, en plus de contribuer à la chute et d'augmenter le risque de chute, expose la personne à un risque accru lorsqu'elle finit par chuter.

Bien des patients en soins actifs ou à domicile prennent des anticoagulants, et avec raison. Mais lorsque ces personnes chutent, elles courent un risque bien plus grand de souffrir d'un hématome ou d'une hémorragie quelconque, qui peut être décelée ou non sur le coup. Si le patient ne se trouve pas dans un établissement de soins actifs, impossible d'intervenir rapidement pour réaliser un tomodensitogramme afin de vérifier s'il faut prendre des mesures ou pratiquer une chirurgie, au bout du compte.

Les liens sont nombreux entre le fait d'utiliser les médicaments de façon sécuritaire et appropriée et de comprendre les répercussions de ces comportements sur un événement comme une chute, de même que ses conséquences.

M. MacLeod : Si vous me le permettez, j'aimerais revenir sur votre question concernant l'action et votre rôle déterminant. Je pense que votre rapport doit absolument avoir le bon ton et raconter l'histoire autrement.

Par exemple, j'ai discuté de réadmission après la sortie de l'établissement avec des ministres. Selon la province, il semble que 20 à 23 p. 100 des réadmissions sont directement liées à des accidents concernant l'utilisation sécuritaire des médicaments après la sortie de l'établissement. Le problème, c'est que la trame de l'histoire n'est pas encore tissée. J'ai donc raconté à la ministre ce qui se passe lorsqu'un patient revient : il occupe un lit plus

probably knocked someone off the OR slate, so now you've got an increased wait time. Because of that bed now being reoccupied, you have probably created some ER internal medicine congestion. Oh, by the way, your costs have just gone up.

So we're not painting a strong enough picture with the totality of the impact. We tend to treat patient safety as something separate. It's not; patient safety is cost, it impacts wait times and it impacts quality.

I would hope when you put the narrative together, people see the connectivity of all the pieces because if not then people will gravitate again to a silo approach in trying to deal with the issue. I think by your questions you understand this is a holistic piece that must be layered.

Senator Seidman: If I might, then, you've raised a critical point when you say it's about the narrative and how it's presented. How, then, would you suggest the narrative is presented in order to ring the right bells?

Mr. MacLeod: Well, if you start a narrative to determine who we are doing this for, whether it's for the patient, the resident and the client, that can help begin to shape the narrative because then everything goes around about their patient experience, which could include the preventive side, the treatment side, the follow-up side, et cetera.

So I am always encouraged when I see the focal point is why are we doing this? We are doing this for the patient experience, and then you wrap everything else around that.

Senator Cordy: Your presentations have been excellent and practical, so thank you very much.

I know that you have both spoken about medication management, and Dr. Sketris, you spoke about the Health Council report about underuse, overuse, inappropriate use and misuse. I think we talk a lot about overuse and misuse but not necessarily a lot about inappropriate use or underuse, which can be just as bad for the patient as the other two.

In your report you spoke about the barriers, the facilitators and the reviews. What do you do with the information at the Health Council? I know you put it in a report and it goes out, but who do you give the information to when you gather it? It's very relevant and important.

Dr. Sketris: For this report we had a symposium where we invited people from the health professions and others to discuss it. I think various people have done various things around addressing the issue of medication management.

longtemps, qui ne peut être utilisé pour personne d'autre. On empêche probablement quelqu'un de subir une opération, ce qui allonge le temps d'attente. Puisque le lit est occupé à nouveau, il y a probablement un engorgement aux urgences et en médecine interne. Au fait, les coûts viennent d'augmenter aussi.

Le portrait ne reflète pas l'ensemble des répercussions. Nous avons tendance à traiter la sécurité des patients séparément, alors qu'il n'en est rien : la sécurité des patients influence bel et bien le coût, le temps d'attente et la qualité des services.

Lorsque vous rédigez votre rapport, j'espère que le lien entre tous ces éléments sera perceptible, sans quoi chacun continuera de vouloir régler le problème en vase clos. Compte tenu de vos questions, je pense que vous comprenez qu'il s'agit là d'un enjeu holistique formé de couches multiples.

La sénatrice Seidman : Si vous me le permettez, vous avez soulevé un point décisif en disant que tout dépend de la formulation et de la présentation du rapport. Dans ce cas, comment nous suggérez-vous de présenter l'information pour interpeller les gens?

M. MacLeod : Eh bien, déterminer le destinataire, qu'il s'agisse du patient, du médecin résident ou du client, vous aidera à commencer votre rapport. Le reste se rapportera à l'expérience du patient, et peut inclure un volet sur la prévention, les traitements, le suivi, et ainsi de suite.

Je trouve toujours encourageant de connaître le point central : pourquoi rédigeons-nous le rapport? Si vous décidez que c'est pour le patient, tout le reste en découlera.

La sénatrice Cordy : Vous nous avez présenté d'excellents exposés pratiques, et je vous en remercie infiniment.

Je sais que vous avez tous deux parlé de gestion des médicaments. Mme Sketris a mentionné le rapport du Conseil canadien de la santé, qui s'attardait à la sous-utilisation, la surutilisation, l'utilisation inappropriée et l'utilisation abusive des médicaments. Nous parlons beaucoup de la surutilisation et de l'utilisation abusive des médicaments, mais bien moins de leur utilisation inappropriée ou de leur sous-utilisation, même si ces problèmes peuvent être tout aussi néfastes pour le patient que les deux premiers.

Il est question dans votre rapport d'obstacles, d'éléments facilitants et d'examen. Au Conseil canadien de la santé, que faites-vous de l'information? Je sais que les renseignements sont publiés dans un rapport, mais à qui remettez-vous l'information que vous recueillez? Elle est fort pertinente et bien importante.

Mme Sketris : Dans le cadre de ce rapport, nous avons organisé un symposium où nous avons invité des professionnels de la santé et d'autres secteurs pour en discuter. Je pense que diverses personnes ont pris différentes mesures pour résoudre la question de la gestion des médicaments.

One thing that has happened across Canada is that pharmacists are starting to have an increased scope of practice. Pharmacists are now starting to prescribe — Nova Scotia is one of the provinces — for a specific number of indications. Also in Nova Scotia, if a patient is on a certain number of medications or if they have particular chronic diseases, then the pharmacist can sit down with that patient and review all of their medications. There are a number of things going on related to making sure that all of the medications are reviewed on a regular basis.

Senator Cordy: That is extremely important. It is interesting that this committee, when Senator Kirby was the chair, actually did a health care study, and we talked about the importance of pharmacists being part of the health care team. I'm from Nova Scotia, and they also give flu shots. So I think really good things are happening in terms of including pharmacists as part of health care teams. I know somebody who took a prescription to a pharmacist in Nova Scotia. The pharmacist said, "No, this will conflict with something else you're taking" and actually phoned the doctor and said, "I will not fill this prescription," which was really good of the pharmacist. So it is great to see those things happening.

Speaking of including pharmacists, I actually was listening to CBC this morning, and they were talking about seniors and home care and the community, as a whole, being mindful of the possible deterioration of a client coming to the bank or to wherever it might be. We have done a good job, I think, in Canada, for airport security, of saying that, if you see an empty suitcase, let somebody know.

Should we be doing the same kind of thing with the general public if they see a senior? Schools will often look after children and report things that may not be as good as they should be, or they should be reporting that. Should we be getting communities to look into this?

This morning's guest who was being interviewed was actually at work for the bank and said that you see the seniors coming in and occasionally you'll notice their cleanliness or that they're wearing the same clothes all the time or that they're just not looking well. So that can be reported to a health care worker. Should we be doing those things?

Ms. Musing: Some of that is being done currently, and that is one of the reasons why it is wonderful that there is this increased scope of practice for pharmacists because the pharmacist is one health care professional who is easily accessible to patients and actually sees those patients in their home environment because they're in the community. Often, that individual may not be coming in for a prescription. They may be coming in to buy something else within that pharmacy, but it is an opportunity for that pharmacist to have that relationship. They're often the people who notice that something is slightly off with Ms. Smith; she's not acting in the same way. Their thoughts will immediately go to, "Is it something to do with their medications?" But that

Partout au Canada, le champ d'activité des pharmaciens commence à s'élargir. Les pharmaciens commencent à émettre des ordonnances — en Nouvelle-Écosse, par exemple — pour un certain nombre d'usages. Dans cette province, si un patient prend plusieurs médicaments ou souffre d'une maladie chronique, le pharmacien peut le rencontrer pour passer en revue tous ses médicaments. Un certain nombre d'initiatives visent actuellement à revoir régulièrement l'ensemble des médicaments.

La sénatrice Cordy : C'est d'une importance capitale. Fait intéressant, lorsque le sénateur Kirby était président, notre comité avait réalisé une étude sur les soins de santé où nous parlions de l'importance d'intégrer les pharmaciens à l'équipe soignante. Je viens de la Nouvelle-Écosse, et nos pharmaciens administrent également les vaccins contre la grippe. Je pense donc que l'intégration des pharmaciens aux équipes soignantes est très positive. Je connais quelqu'un qui a présenté une ordonnance à un pharmacien de la Nouvelle-Écosse; celui-ci a refusé de lui donner le médicament sous prétexte qu'il allait interagir avec un autre de ses médicaments. Il a même appelé le médecin pour lui dire qu'il n'allait pas exécuter l'ordonnance, ce qui était très gentil de sa part. Ce genre de chose est intéressant.

Au sujet de l'intégration des pharmaciens, on parlait justement des aînés et des soins à domicile à CBC/Radio-Canada ce matin, et on incitait l'ensemble de la population à la vigilance quant à la détérioration possible de l'état de santé d'un client à la banque ou ailleurs. Je pense que le Canada a fait du bon travail du côté de la sécurité dans les aéroports, où l'on sait qu'il faut aviser quelqu'un en présence d'une valise vide, par exemple.

Ne devrions-nous pas sensibiliser le grand public de la même façon au sujet des aînés? Les écoles s'occupent souvent des enfants et signalent ce qui cloche; c'est du moins ce qu'elles devraient faire. Devrions-nous inciter la population à prêter attention à nos aînés?

L'invité qui était interviewé ce matin travaille justement pour une banque. Lorsque des aînés se présentent, il lui arrive de remarquer leur propreté ou le fait qu'ils portent toujours les mêmes vêtements, ou qu'ils ne semblent tout simplement pas en forme. Ce genre d'information pourrait être communiquée à un professionnel de la santé. Devrions-nous aller jusque-là?

Mme Musing : Certains le font déjà, et voilà une des raisons pour lesquelles il est merveilleux que le champ d'activité des pharmaciens s'élargisse. Le pharmacien est un professionnel de la santé facile d'accès pour les patients, qu'il voit dans leur milieu puisque c'est là qu'il pratique. Il se peut même que le patient ne vienne pas à la pharmacie pour renouveler son ordonnance. Même s'il vient acheter autre chose, le pharmacien a l'occasion de consolider la relation. C'est souvent lui qui remarque quelque chose qui cloche chez Mme Smith : elle se comporte différemment. Il se demandera immédiatement si c'est lié à ses médicaments, mais peut aussi renvoyer la patiente à son équipe de santé familiale ou à son médecin de famille, qui pourra l'examiner

pharmacist then also has the ability to connect that patient back to their family health team or their family practice physician to actually do that assessment or to send that person to the emergency department. So that is happening.

Senator Cordy: I see the report in your presentation, Dr. Sketris, about the Commonwealth Fund International Health Policy Survey, and 74 per cent of patients noted that side effects were explained by a doctor or a staff person, 69 per cent that their doctor reviewed the medications every 12 months. Were these stats for the Commonwealth, or were they specifically for Canada?

Dr. Sketris: Specifically for Canada.

Senator Cordy: And 74 per cent doesn't sound that bad in one way, but then there's 26 per cent who are not receiving any discussion whatsoever about the medication that they're taking. How do we deal with that?

Dr. Sketris: I think part of it is the question. If they're practicing, for example, in Ontario or Alberta, they have family health teams. It could be that the physician didn't explain the medication side effects, but either the pharmacist did or they also met with the nurse practitioner. Maybe, with the way the question is worded, it could be under-reporting as well.

Senator Cordy: Yes.

Dr. Sketris: Still, ideally, it should be 100 per cent. Once you get a medication, you need to know both about its benefits and risks in order to take it appropriately.

Senator Cordy: What we have heard happens is that, if it's not working properly, a patient will put it in a drawer and get something else. Anyway, thank you very much.

The Chair: I want to go over some of these things again. You have all covered a number of things that we have been dealing with throughout these studies and, indeed, some of that goes back to our review of the Canada Health Accord, where they first arose in terms of us identifying them as significant issues. Very clearly, one common action category that flows through everything is communication.

Communication has many dimensions to it in terms of actually making it happen, and it is also dependent upon the right things being communicated to the right people at the right time with regard to the right issue. In the complexity of the health care system, that's not an easy thing.

Let me just go over a few things, and then I will get you to respond in some way.

lui-même ou l'envoyer à l'urgence. C'est ce qui se passe actuellement.

La sénatrice Cordy : Je vois que dans votre exposé, madame Sketris, vous évoquez le rapport du Sondage international du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé, selon lequel 74 p. 100 des patients ont indiqué que les effets secondaires des médicaments leur avaient été expliqués par un médecin ou un membre du personnel et 69 p. 100 ont déclaré que leur médecin avait passé en revue leurs médicaments sur une période de 12 mois. Ces statistiques valent-elles pour tout le Commonwealth ou seulement pour le Canada?

Mme Sketris : Seulement pour le Canada.

La sénatrice Cordy : Le chiffre de 74 p. 100 ne semble pas si mal, d'une certaine façon, mais il signifie qu'il y a 26 p. 100 des gens qui ne se font pas expliquer du tout les médicaments qu'ils prennent. Comment pouvons-nous remédier à la situation?

Mme Sketris : Je crois que la question elle-même nous donne une partie de la réponse. En Ontario ou en Alberta, par exemple, il y a des équipes de santé familiale. Il se peut que le médecin lui-même n'ait pas expliqué au patient les effets secondaires des médicaments, mais que le pharmacien l'ait fait ou encore une infirmière praticienne. Il se pourrait donc que la façon dont la question est formulée nous donne une réponse sous-représentative.

La sénatrice Cordy : Oui.

Mme Sketris : N'empêche que dans un monde idéal, la proportion devrait être 100 p. 100. Lorsqu'on se fait prescrire un médicament, il faut en connaître à la fois les avantages et les risques pour le prendre comme il faut.

La sénatrice Cordy : D'après ce qu'on entend, si un médicament ne donne pas les résultats escomptés, le patient va le mettre dans un tiroir et prendre quelque chose d'autre. En tout cas, merci beaucoup.

Le président : J'aimerais récapituler un peu. Vous avez tous abordé diverses questions sur lesquelles nous nous penchons dans le cadre de nos études, et il faut dire que certaines nous renvoient à l'examen que nous avons réalisé sur l'Accord canadien sur la santé. C'était alors la première fois que nous ciblions ces éléments comme des enjeux importants. Il est très clair que l'une des mesures communes dans à peu près tout, c'est la communication.

Il y a beaucoup de dimensions nécessaires à la communication pour obtenir les résultats escomptés, et encore faut-il communiquer les bons renseignements aux bonnes personnes au bon moment sur la bonne question. Compte tenu de la complexité de notre régime de soins de santé, ce n'est vraiment pas simple.

Permettez-moi de faire quelques observations, après quoi je vous laisserai le temps de répondre.

We heard you mention some of the alerts that are going out in the provinces. We have heard that before, but the real issue is, in the case of pharmaceuticals and also, of course, medical devices, that, unless the actual experience of a patient is reported in some way, it can't form any aid in advising future patients.

Clinical trials are done for both prescription pharmaceuticals and medical devices, but they're clinical trials on a very defined population.

The real clinical trial of either of these occurs once it is approved and gets in the general population. We have argued, as vigorously as we're capable of in polite language, in our previous reports, that we must do a far better job of collecting the reactions of individual patients. The evidence shows, depending on which document you read, a figure of somewhere between 1 per cent, as an optimistic term, and 3 per cent. Occasionally, you see that 10 per cent of adverse reactions are reported. Frankly, we think it is in the 3 per cent or less category.

So we have proposed a number of ways that this could be improved in terms of collecting this information. They're all based on an electronic system. It is not easy for a patient to even know that they have the right to submit an observation on why they stopped taking their medication — because they felt really miserable in the middle of the night or whatever else it was. It is not easy for them to know what to do because they're not provided with any of that information. We have argued that they should be provided with clear electronic access to Health Canada to make this report.

Second, we have identified, throughout all of these reports, the report on health care and our first three studies in this area, the role that pharmacists are playing and the role they could play. We believe that they are a key, if not critical, link in this whole issue. We have recommended the issues with regard to electronic collecting of the information and disseminating it through the pharmacists and giving the doctors much more information on the actual status of the drug as opposed to what they pick up from pharmaceutical representatives, all the way through to the pharmacist being involved in this kind of situation.

We have talked further today about information and the delivery in the provincial system, but, on a national basis, we have the Canada Health Infoway system that is supposed to have been developing these health records, essentially the passport with regard to the health issue. We have heard all kinds of reasons why that can't advance or haven't advanced fast enough to be incorporated. Many of those are due to the silos in the medical system and the reaction of the individual practitioners with regard to cooperating.

Vous nous avez mentionné le déclenchement d'alarmes dans les provinces. Ce n'est pas la première fois qu'on nous en parle, mais le véritable problème, pour les produits pharmaceutiques et les appareils médicaux, bien sûr, c'est que si l'expérience du patient n'est pas consignée quelque part, elle ne peut pas nous aider à conseiller les patients futurs.

Il y a des essais cliniques à la fois sur les médicaments sur ordonnance et sur les appareils médicaux, mais ils se limitent à des populations bien définies.

Le véritable essai clinique n'a lieu que lorsqu'un produit ou un appareil est approuvé et qu'il est rendu accessible à la population générale. Nous avons fait valoir le plus vigoureusement possible en langue polie, dans nos rapports précédents, qu'il y a énormément de place à l'amélioration pour recueillir des données sur les réactions individuelles des patients. La littérature scientifique nous apprend, selon le document qu'on lit, que les données recueillies ne représentent qu'entre 1 p. 100, pour être optimistes, et 3 p. 100 des cas. Occasionnellement, jusqu'à 10 p. 100 des effets néfastes sont signalés. En toute honnêteté, nous croyons que la réalité est plutôt en deçà des 3 p. 100.

Nous avons donc proposé diverses mesures pour améliorer la collecte d'information. Elles se fondent toutes sur un système électronique. Il n'est pas facile pour un patient ne serait-ce que de savoir qu'il a le droit de transmettre une observation sur les raisons qui l'ont poussé à arrêter de prendre un médicament (parce qu'il se sentait vraiment mal au milieu de la nuit ou pour quelle qu'autre raison que ce soit). Il n'est pas facile pour le patient de savoir qu'il peut le faire, parce qu'on ne l'en informe pas. Nous soutenons que les patients devraient avoir clairement accès à Santé Canada par voie électronique pour signaler ce genre de choses.

Ensuite, dans tous ces rapports, le rapport sur les soins de santé comme nos trois premières études en la matière, nous avons parlé du rôle que les pharmaciens jouent et pourraient jouer. Nous croyons qu'ils sont un lien clé, voire même essentiel. Nous avons fait des recommandations en faveur de la collecte électronique de renseignements et de leur diffusion par les pharmaciens aux médecins pour que ceux-ci soient beaucoup mieux renseignés sur les effets véritables d'un médicament plutôt que de se limiter au portrait que leur en dépeignent les représentants pharmaceutiques. Il est donc important que le pharmacien fasse partie de l'équation.

Nous avons également parlé aujourd'hui de l'information et de sa diffusion dans le régime provincial, mais à l'échelle nationale, l'Inforoute Santé du Canada est censée créer des dossiers de santé électroniques, principalement le passeport santé. On nous a donné toutes sortes de raisons pour expliquer pourquoi ce projet ne peut pas avancer ou n'a pas avancé assez vite pour voir le jour. On nous parle principalement du cloisonnement du système médical et de la réaction de médecins qui ne collaborent pas comme on le voudrait.

The biggest single barrier appears to be the obsession with privacy. Now, all Canadians report, on their income tax, all their personal information. We know it's not a perfect system, but surely to goodness the health records system can be made as private as that is. There is no reason why it has not advanced further. Until we get there, we won't be able to achieve many of the things that you have identified here today. Many of us — I have done it myself — I have my data on a little data pin. But that's because I'm prepared to do that. We have to go further in this particular area.

You mentioned the issue of things being out there on Twitter. Senators mentioned Wikipedia and so on. We know that those systems are risky for the reasons you have indicated. Wikipedia is not a managed editorial system. Individuals can edit the information on Wikipedia, but it is still a source that most people go to first for information.

We have driven the population, because they're way ahead of the delivery system in terms of gaining information. It's not the individual's fault that they're going out there in chat groups and these areas. They know the information must be available. They want to get it, and they're even forming groups.

We heard in our last study about colitis groups that are getting together over the Internet, forming chat groups and sharing information and so on. Yet there isn't a mechanism for that to be delivered to Health Canada and disseminated back to the practitioners that's working. We have argued for that. Based on your testimony, we're going to be arguing more strongly. We're escalating our recommendations in this area as we go forward.

Now we come to the home-care issue. Here's another two-sided issue. Medical evidence shows that people who are able to recover at home recover faster and better than they do in an institution. In fact, being in an institution isn't free of complications. Indeed, evidence shows that if you are in a ward of four people and there are already three patients there when you arrive, within 24 hours you have the flora and fauna of the other three people in the room.

You've identified problems with home-care issues. Again, to a fair degree, it's communication and the responsibility when patients are returned home with regard to the medications they are being treating with. I'm going to finish this up and come to you.

I want to make sure that I don't forget to say this: After you leave here, when you think about the things that I'm going through, summarizing what my colleagues and you have dealt with today, if you think of mechanisms — you have said someone has to take charge, you can't nod your head and go out in the

Le plus grand obstacle semble être l'obsession de la protection des renseignements personnels. Pourtant, tous les Canadiens déclarent, dans leur déclaration de revenus, tous leurs renseignements personnels. Nous savons bien que ce n'est pas un système parfait, mais ma foi, le système de dossiers de santé électroniques pourrait être au moins aussi privé. Il n'y a pas de raison pourquoi ce projet n'est pas plus avancé. Tant que ce système ne sera pas en place, nous ne pourrons pas atteindre bon nombre des résultats que vous espérez, d'après vos exposés d'aujourd'hui. Nous sommes nombreux — et j'en suis — à avoir leur dossier sur une clé USB, mais c'est parce que je le veux bien. Il faut aller beaucoup plus loin dans ce domaine.

Vous avez mentionné les renseignements qu'on peut trouver sur Twitter. Des sénateurs ont mentionné Wikipédia aussi, entre autres. Nous savons que ces sources d'information sont risquées, pour les raisons que vous avez évoquées. L'information qui se trouve dans Wikipédia n'est pas rigoureusement révisée. N'importe qui peut réviser de l'information entrée dans Wikipédia, mais c'est tout de même une source d'information première pour la plupart des gens.

La population n'a pas le choix de se tourner vers ces sources d'information, parce qu'on y trouve des renseignements beaucoup plus vite que dans le système officiel. Ce n'est pas de la faute de la personne qui consulte des forums de discussion et ces sites. Les gens savent que l'information doit se trouver là. Ils veulent l'obtenir et ils forment même des groupes.

Dans le cadre de notre dernière étude, on nous a parlé de groupes qui se forment sur Internet pour échanger sur la colite. Ils clavardent et s'échangent toute sorte de renseignements. Pourtant, il n'existe pas de mécanisme pour que ces renseignements soient transmis à Santé Canada, puis aux médecins. C'est ce que nous réclamons. Après avoir entendu votre témoignage, nous allons le réclamer encore plus fort. Nos recommandations deviennent de plus en plus vives au fur et à mesure que le temps avance.

Il y a ensuite toute la question des soins à domicile. Là encore, il y a deux façons de voir les choses. Les études médicales nous montrent que les gens qui peuvent vivre leur convalescence chez eux se rétablissent plus vite et mieux qu'ils ne le feraient en institution. En fait, l'institutionnalisation ne se fait pas sans complication. En effet, les données scientifiques nous montrent qu'un patient placé dans une chambre de quatre personnes où il y a déjà trois patients va avoir la flore et la faune des trois autres personnes dans son intestin au bout de 24 heures.

Vous avez nommé des problèmes liés aux soins à domicile. Encore une fois, tout dépend en grande partie de la communication et du partage des responsabilités quand les patients rentrent à la maison pour ce qui est des médicaments qu'ils doivent prendre. Je vais m'arrêter ici et vous céder la parole.

Je ne voudrais absolument pas oublier de vous dire ceci : après votre départ, si vous pensez aux choses dont je viens vous parler, pour résumer les discussions que mes collègues et moi venons d'avoir avec vous, et que vous pensez à des mécanismes (vous avez dit que quelqu'un devait prendre le leadership), vous ne pouvez

parking lot and forget everything. There have to be recommendations of good ideas to go forward that organizations and leaders can pick up.

So, after you leave here, if you think, based on your experience of specific things — and don't necessarily go to the 30,000 feet and everything included, even if we can get single examples that can become best practices they can act as catalysts for the future.

Finally, you included the Osler quote in your document. What is really fascinating about that is that that was in 1904. What it really means is individual patient and patient-oriented health care. Here we are moving into the era where individual patient health care can be applied. But it comes back to one of the things I said at the outset that if there are hundreds of thousands of prescriptions for serious pharmaceuticals, and we are getting 1 per cent or less than 3 per cent of adverse reactions to them reported, the adverse reactions are almost certainly coming out of the subsets of the population, that is individual category people that weren't included in the first area. That means we need to collect that data critically so that the advice can go to the practicing physician, to the pharmacists and others that are dealing directly with those prescriptions to give the advice based on the individual character of the patient. The Osler statement was from 1904.

That's an overall summary of much of what we've covered here today, and that is in your documents and you have elaborated on it. I'm going to turn it back to you and tell you that we don't want to pass the buck in this committee when we write this report. This is our summary report of four documents. What we want from you, and all the other witnesses who come before us, even pieces of steps, little steps or bigger shoes, whatever it turns out to be, we want those things that help us make recommendations that can actually lead to change.

Mr. MacLeod: Wow. Can I start? That was a great summary. And it also magnifies the challenge, but with that challenge is the opportunity. I think you're also seized with a great opportunity here.

While you were talking I was thinking about my travel here. I had to fly here. I won't say the airline, but if the airline had a big banner to say, "Oh, by the way, today we're 95 per cent safe," I don't think I would have gotten on the plane.

I get really concerned with even a 2 per cent error. We should strive for 100 per cent error-free, knowing full well we may not get there. That builds complacency, where people say, "I'm at 85 per cent of hand hygiene compliance." That's not good enough. It should be 100 per cent. That's my first advice.

pas simplement hocher la tête, sortir du stationnement et tout oublier. Vous devez recommander vos bonnes idées pour que les organisations et les dirigeants les reprennent.

Bref, quand vous partirez d'ici, si vous avez des idées, d'après votre expérience particulière (même si elles ne visent qu'un aspect de l'équation), ce serait bien que vous nous donniez des exemples concrets de ce qu'on pourrait inclure aux pratiques exemplaires pour en faire des catalyseurs pour l'avenir.

Enfin, vous avez cité le Dr Osler dans votre mémoire. Cette citation date de 1904, c'est vraiment fascinant. Il parlait en fait de l'importance du patient et de soins de santé axés sur le patient. Nous en sommes maintenant à une époque où les soins de santé peuvent vraiment être axés sur le patient. Mais tout revient à une chose que je vous ai dite au départ, c'est-à-dire que s'il y a des centaines de milliers de prescriptions de produits pharmaceutiques puissants, mais que seulement 1 à 3 p. 100 des réactions négatives à ces produits sont déclarées, ces réactions s'expriment presque sûrement dans les sous-groupes de population, c'est-à-dire dans les catégories de gens qui n'ont pas été inclus dans les premiers essais. Cela signifie aussi qu'il faut absolument recueillir des données pour informer les médecins praticiens, les pharmaciens et les autres professionnels directement en contact avec ces prescriptions afin qu'ils puissent faire des recommandations au patient en fonction de ses caractéristiques personnelles. Le Dr Osler a fait cette déclaration en 1904.

C'était donc un petit résumé général de tout ce que nous avons abordé aujourd'hui, tout se trouve dans vos documents, et vous nous en avez parlé plus en détail. Je vais donc vous céder la parole, en précisant que nous n'avons pas l'intention de nous défilier de nos responsabilités lorsque nous rédigerons notre rapport. Il s'agit du rapport sommaire de quatre documents. Ce que nous attendons de vous et de tous les autres témoins qui comparaitront devant nous, c'est que vous nous fassiez part de toutes vos idées, des petites comme des grandes, pour nous aider à formuler des recommandations qui pourront véritablement susciter un changement.

M. MacLeod : Wow. Est-ce que je peux commencer? C'était un excellent résumé. Le défi semble d'autant plus grand, mais avec lui vient l'occasion de nous dépasser. Je pense que vous saisissez vous aussi une excellente occasion.

Pendant que vous parliez, je pensais à mes déplacements pour venir jusqu'ici. J'ai pris l'avion. Je ne nommerai pas la société aérienne, mais si elle inscrivait sur une grande bannière « soit dit en passant, aujourd'hui, nos avions sont sécuritaires à 95 p. 100 », je ne pense pas que j'aurais pris l'avion.

Je suis vraiment inquiet, même quand la marge d'erreur n'est que de 2 p. 100. Il faut viser la perfection, même si nous savons très bien que nous n'y arriverons probablement pas. C'est trop facile de tomber dans la complaisance et de dire : « Je suis à 85 p. 100 les règles d'hygiène des mains. » Ce n'est pas assez. Chacun devrait s'y conformer à 100 p. 100. C'est ma première recommandation.

The Chair: The worst is that the percentage goes down the higher up you go.

Mr. MacLeod: Exactly. The second piece is you led with communications. I'm a junky for leadership studies, I teach in many schools. A friend of mine, Ron Short, had a wonderful line in a book called *Learning in Relationship*, because that's what I think we're talking about here. You learn in a relationship.

He said that what goes on between people defines what an organization is. I think what goes on between people defines what a health care system is. If the relationship patterns are healthy, if the hand-offs, the communications, are healthy, magic happens. I think sometimes we don't understand that, with all of our drive to technology and devices, we're a touch business. Always have been, always will be. We deliver services through people.

If we truly understand the people side of our business, the cultural side of our business, really impact it and promote it and not have tolerance when it goes off keel, I think that's crucial.

You talked about leadership. If you identify whatever your themes are, because I'm sure coming out of this you will have a series of themes, everything from prevention on the front end to research, et cetera. You know the organizations in Canada. Boldness would be to say that we think the following organizations should take the lead. And, oh, by the way, maybe they should talk to the following organization to staff that lead to begin action, and I think you name them. I think we know who they are. Canada Health Infoway has a role, CIHI has a role, Accreditation Canada with Standards and ROP has a role, the colleges have a role, CPSI has a role. After you've identified your themes, say who should be in that lead pack to drive this agenda. Almost embarrass them into it by identifying that they have the capacity to do this.

The other piece is going back to home care. Again, do you understand the connectivity of all these pieces? Home care is the future. It's not about the sickness model. We have to move beyond the sickness model, and I think it's important for you, in your deliberations, to actually say that, because everybody is talking about it, and be deliberate. It is no longer a sickness model. It's a different model. But that means really paying attention to what is taking place within that home-care environment and having an honest conversation with the consumer about risk.

My example is would I rather have my loved one in a long-term care facility where the rest of their lives it's a quality of life which means they get up and walk about, but with that there's the potential of a fall? Or do I want the other path, to heavily sedate them, strap them in the bed so there is no quality of life? By not having that up-front conversation, unfortunately what happens when the fall happens, that facility is drilled in the media and so

Le président : Le pire, c'est que ce pourcentage diminue au fur et à mesure qu'on monte dans la hiérarchie.

M. MacLeod : Exactement. Ensuite, vous nous parlez d'abord et avant tout de communications. Je suis un junky des études sur le leadership et j'enseigne dans de nombreuses écoles. L'un de mes amis, Ron Short, a écrit une phrase fantastique dans un livre intitulé *Learning in Relationship*, parce que je pense que c'est justement ce dont il s'agit ici. On apprend dans une relation.

Il a dit que ce qui se passe entre les gens définit l'essence d'une organisation. Je pense que ce qui se passe entre les gens définit l'essence d'un système de soins de santé. Lorsque les relations sont saines, lorsque les transferts d'information et les communications sont sains, la magie peut opérer. Je pense que parfois, nous sommes tellement axés sur la technologie et les appareils que nous perdons de vue que nous évoluons dans un domaine où nous touchons les gens. Cela a toujours été ainsi et ce le sera toujours. Nous offrons des services par l'intermédiaire de personnes.

Je pense qu'il est essentiel de véritablement comprendre l'aspect humain de notre domaine, son aspect culturel, d'en saisir l'impact et de faire valoir ce côté humain, puis de ne pas tolérer les dérapages.

Vous avez parlé de leadership. Si vous dressez une liste de thèmes, parce que je suis certain que vous allez le faire à l'issue de cette étude, vous devrez penser à tout, de la prévention en amont jusqu'à la recherche... Vous connaissez les organisations en place au Canada. Il serait facile pour vous de dire simplement quelles organisations devraient assumer le leadership, puis de mentionner en passant qu'il faudrait peut-être que leurs dirigeants parlent avec les dirigeants de telle autre organisation pour commencer. D'ailleurs, je crois que vous les avez nommées. Nous savons de qui il s'agit. L'Inforoute Santé du Canada a un rôle à jouer, tout comme l'ICIS, Agrément Canada, pour les normes et les POR, les collèges, l'ICSP. Lorsque vous aurez ciblé vos thèmes, dites qui doit mener le bal. Embarrassez presque les gens en soulignant qu'ils ont les compétences requises pour cela.

Je reviens ensuite aux soins à domicile. Encore une fois, comprenez-vous toute la connectivité entre les éléments? L'avenir est dans les soins à domicile. Ce n'est pas le modèle de la maladie. Il faut aller au-delà du modèle de la maladie, et je pense qu'il est important que vous, dans vos délibérations, le disiez clairement, parce que tout le monde en parle. Nous ne sommes plus dans un modèle axé sur la maladie. C'est un autre modèle. Cependant, il faut vraiment porter attention à ce qui se passe dans le domaine des soins à domicile et avoir une conversation franche avec les consommateurs sur les risques qui existent.

Par exemple, est-ce que je préférerais que la personne que j'aime soit placée dans un établissement de soins de longue durée, où elle aurait une qualité de vie jusqu'à la fin de ses jours, où elle pourrait se lever et marcher, mais où il y aurait un risque de chute ou est-ce que je préférerais l'autre option, qu'elle soit sous forte sédation, attachée dans un lit, sans aucune qualité de vie? Si nous n'avons pas cette conversation franche, malheureusement, dès

what's their reaction? "Well, let's drug them up and let's keep them in a bed." To me, that's not quality of life. The problem is we haven't had the front-end conversation.

I would hope the report begins to pave a way for an honest conversation with the consumer and the public about risk, but risk on the balance of quality of life. I don't think we have had an adult-enough conversation on that yet.

Those are just my first thoughts.

Dr. Sketris: One of the things I think we need is a better understanding of, across the whole country, how much inappropriate drug prescribing and how much misuse there is, and so on.

What the European Union has done for seniors is to develop STOPP criteria, drugs that should be stopped in seniors; and START criteria, drugs that should be started in seniors. They've developed the criteria so that they can be rolled out across all 27 EU countries. They've put quite a bit of money into that so that people can look across countries and benchmark themselves against others.

If you develop prescribing indicators at, say, the provincial level, sometimes they can also be used at the hospital level or the physician could look at how they're prescribing compared to other physicians and so on. That system is less well developed in Canada than other places.

I think the other thing that you talked about is collecting adverse drug reaction reports. There are many ways that can be done. One of the models I like is in the Netherlands. We said that they're number one in terms of electronic health records. But what they also do, for example, with an older drug like acetaminophen, we pretty well know what its safety profile is, but we have new drugs coming out every year. What they do then is have a plan where the pharmacists and the physicians with the electronic health records track the patients taking new drugs particularly closely in a very systematic way rather than with the ad hoc reporting method, so they get a good idea of exactly what percentage of patients are likely to get an adverse reaction and what their characteristics are so they can try to prevent it. Those are a couple of thoughts.

Mr. MacLeod: What Ingrid triggered for me — and I think there's good evidence and we can share with you where to find that evidence — is that it would be kind of interesting in your report if you proclaim these are the "never events," events that should never happen on one side and here are the "always events" that should happen. That might begin to crystallize a collective thought across the country because one would have to think a "never event" and an "always event" should cross political and provincial boundaries.

qu'il va y avoir une chute, l'établissement va faire les manchettes. Comment vont réagir ses administrateurs? « Donnons des médicaments aux patients et laissons-les au lit. » Ce n'est pas ce que j'appelle une qualité de vie. Le problème, c'est que nous n'avons jamais eu cette conversation franche au début.

J'espère que ce rapport va paver la voie à une conversation honnête avec les consommateurs et le public sur les risques qui existent et sur l'équilibre à trouver entre les risques et la qualité de vie. Je ne considère pas que nous n'ayons jamais eu de conversation véritablement adulte à ce sujet.

Voilà pour mes premières impressions.

Mme Sketris : Je pense que partout au pays, il faut mieux comprendre à quel point il y a de mauvaises prescriptions, à quel point les médicaments sont mal utilisés et tout le reste.

Dans l'Union européenne, les autorités ont établi une liste de critères d'arrêt pour les personnes âgées : elles ont déterminé quand il faut cesser de prescrire des médicaments à des personnes âgées et quand il y a lieu de commencer à leur en prescrire. L'UE s'est dotée de critères applicables dans les 27 pays qui la composent. Elle y a investi passablement d'argent pour que chaque pays puisse se comparer aux autres.

Si l'on élaborait des indicateurs de prescription, à l'échelon provincial, disons, on pourrait aussi parfois les utiliser dans les hôpitaux, ou les médecins pourraient vérifier leurs habitudes de prescriptions et les comparer avec celles des autres médecins. Ce genre de modèle n'est pas aussi bien développé au Canada qu'ailleurs.

En outre, vous nous avez parlé de la collecte de renseignements sur les réactions indésirables aux médicaments. Il y a plusieurs méthodes possibles. L'un des modèles que j'aime est celui des Pays-Bas. Nous avons déjà dit qu'ils étaient les champions des dossiers de santé électroniques. Mais il y a autre chose qu'ils font bien, notamment pour des médicaments plus anciens comme l'acétaminophène. Nous connaissons assez bien le profil d'innocuité de l'acétaminophène, mais il y a de nouveaux médicaments qui sortent chaque année. Il y a donc un plan qui permet aux pharmaciens et aux médecins de faire un suivi très serré et systématique grâce aux dossiers de santé électroniques lorsqu'un patient prend un nouveau médicament. Ainsi, les réactions aux médicaments ne sont pas signalées aléatoirement, donc les spécialistes ont une bonne idée du pourcentage exact des patients susceptibles de ressentir un effet indésirable et de leurs caractéristiques afin de pouvoir les prévenir. Voilà quelques idées.

M. MacLeod : Ingrid me fait penser à une chose, parce que je pense qu'il existe de bonnes données et que nous pourrions vous aider à les trouver. Il serait assez intéressant que dans votre rapport, vous nommiez le genre d'incidents qui ne devraient jamais arriver et par ailleurs, ce qui devrait toujours arriver. Cela pourrait favoriser la cristallisation d'une pensée collective dans tout le pays, parce qu'il y a tout lieu de croire que ce qui ne devrait jamais arriver et que ce qui devrait toujours arriver devraient s'inscrire au-delà des frontières politiques et provinciales.

The Chair: We recommended in our last report, based on the issues you're talking about, identifying the serious issues, the triangle, black box, and so on, issues of labelling. We're hopeful that Bill C-17 will show signs of significant change with regard to requiring label changes on pharmaceuticals in Canada. I think we have the opportunity to start moving forward and I thank you.

The final thing I will leave you with is that we identified one of the major reasons for the issues in the health care system are the silos, and you mentioned silos throughout. It has been suggested that won't change until there's something major to drive change and innovation within the health care delivery system.

I will leave you with a thought that competition has been identified in many areas as the thing that drives people forward in innovation and to suddenly start communicating within their own bailiwick if their efficiency is so low compared to what is alternately available. I don't want comments on that. I simply leave that thought with you because we're not going down that road today.

With that, I thank you very much for your contributions. I thank my colleagues for their questions that have led to this discussion. If you think of anything after departing here that is a concrete step, let us know. With that, I declare the meeting adjourned.

(The committee adjourned.)

OTTAWA, Thursday, January 30, 2014

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:31 a.m. to carry out a study on prescription pharmaceuticals in Canada.

Senator Kelvin Kenneth Ogilvie (*Chair*) in the chair.

[*Translation*]

The Chair: Welcome to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

[*English*]

My name is Kelvin Ogilvie, and I am a senator from Nova Scotia and chair of the committee. I'm going to invite my colleagues to introduce themselves, starting today on my right.

Senator Buth: Senator JoAnne Buth, Manitoba.

Senator Eaton: Nicole Eaton, Ontario.

Senator Stewart Olsen: Carolyn Stewart Olsen, New Brunswick.

Le président : Je peux vous dire, d'après ce que vous mentionniez, que nous avons recommandé dans notre dernier rapport de mettre en lumière les problèmes graves, le triangle, la boîte noire, des problèmes d'étiquetage, et cetera. Nous espérons que le projet de loi C-17 annonce des changements importants à l'égard de l'étiquetage des produits pharmaceutiques au Canada. Je pense que nous avons ici l'occasion de faire un pas en avant, je vous remercie.

J'aimerais vous soumettre une dernière réflexion. Nous avons déjà dit que l'une des principales causes des problèmes observables dans notre système de santé, c'est le cloisonnement, et vous l'avez mentionné vous aussi à maintes reprises. Il semble que cela ne changera pas tant qu'il n'y aura pas de grand moteur de changement et d'innovation dans le système de santé.

J'aimerais vous inciter à réfléchir à une chose avant de terminer. On dit souvent que la concurrence pousse les gens à innover et se mettre à échanger sur leurs compétences lorsqu'ils ne sont pas vraiment aussi efficaces que leurs rivaux. Je ne veux pas que vous réagissiez à cela. Je vous invite simplement à y réfléchir, parce que ce n'est pas l'orientation de nos discussions d'aujourd'hui.

Sur ce, je vous remercie infiniment de vos contributions. Je remercie mes collègues de leurs questions qui ont suscité cette discussion. Si vous pensez à quoi que ce soit, si vous avez des idées de mesures concrètes après nous avoir quittés, faites-nous signe. Sur ce, je déclare la séance levée.

(La séance est levée.)

OTTAWA, le jeudi 30 janvier 2014

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 31, pour faire une étude sur les produits pharmaceutiques sur ordonnance au Canada.

Le sénateur Kelvin Kenneth Ogilvie (*président*) occupe le fauteuil.

[*Français*]

Le président : Bienvenue au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

[*Traduction*]

Je m'appelle Kelvin Ogilvie, je suis sénateur et je viens de la Nouvelle-Écosse. Je suis également président du comité. J'aimerais inviter mes collègues à se présenter, en commençant à ma droite.

La sénatrice Buth : Sénatrice JoAnne Buth, du Manitoba.

La sénatrice Eaton : Nicole Eaton, de l'Ontario.

La sénatrice Stewart Olsen : Carolyn Stewart Olsen, du Nouveau-Brunswick.

Senator Seidman: Judith Seidman from Montreal, Quebec.

Senator Enverga: Tobias Enverga from Ontario.

Senator Seth: Asha Seth, Ontario.

Senator Dyck: Senator Lillian Dyck from Saskatchewan.

Senator Eggleton: Art Eggleton, senator from Toronto, still deputy chair of the committee.

The Chair: No further comment.

I remind us that we are dealing with prescription pharmaceuticals in Canada, and this is part four of a four-phase study that we've been carrying out. In this case, we are dealing with the nature of unintended consequences. We have two organizations represented this morning. I will introduce them as I call them to make their presentations. Following their presentations, we will open the floor up for questions from the senators.

We are going to start as they are listed on the agenda, with the Canadian Institute for Health Information and John Wright, President and CEO, who will also introduce his colleague who is available here to answer questions in the event that that is required.

John Wright, President and CEO, Canadian Institute for Health Information: Thank you very much, Mr. Chair. I'm John Wright, the CEO of CIHI. With me today is a very handsome, charming and intelligent individual, Mike Gaucher. Mr. Gaucher is the director of our pharmaceutical and health human resources group at CIHI.

I have a brief statement, if I may read that, Mr. Chair. Good morning everybody, and on behalf of the Canadian Institute for Health Information, I would like to thank you for the opportunity to appear before the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

For the last 20 years, CIHI has played a unique role in Canada's health sector. As an independent, not-for-profit organization, it provides essential information on our health system and the health of Canadians. Our vision is simple — better data, better decisions and healthier Canadians. Of interest to this committee today are CIHI's data holdings related to a number of areas, such as prescription drugs, addictions, the loss of effectiveness of antibiotics, and counterfeit drugs, a few items for your consideration.

At CIHI, we hold prescription drug use data in the National Prescription Drug Utilization Information System Database, the NPDUIIS Database. This database captures high-level trends in drug use over time and allows an individual's drug use to be analyzed by measuring the number and types of drugs they are

La sénatrice Seidman : Judith Seidman, de Montréal, au Québec.

Le sénateur Enverga : Tobias Enverga, de l'Ontario.

La sénatrice Seth : Asha Seth, de l'Ontario.

La sénatrice Dyck : Sénatrice Lillian Dyck, de la Saskatchewan.

Le sénateur Eggleton : Art Eggleton, sénateur de Toronto, toujours vice-président du comité.

Le président : Sans commentaire.

J'aimerais vous rappeler que nous étudions les produits pharmaceutiques sur ordonnance au Canada, et qu'il s'agit de la quatrième étape de notre étude en quatre étapes. Nous nous penchons donc sur la nature des conséquences imprévues. Aujourd'hui, nous recevons les représentants de deux organismes. Je vais les présenter lorsque je les inviterai à faire leur exposé. Après les exposés, les sénateurs pourront poser leurs questions.

Nous allons suivre l'ordre du jour, c'est-à-dire en commençant par John Wright, président et directeur-général de l'Institut canadien d'information sur la santé, qui présentera également son collègue, qui pourra répondre à nos questions, au besoin.

John Wright, président et directeur général, Institut canadien d'information sur la santé : Merci beaucoup, monsieur le président. Je suis John Wright, le PDG d'ICIS. Aujourd'hui, je suis accompagné du très élégant, charmant et intelligent Mike Gaucher. M. Gaucher est le directeur de notre groupe des ressources humaines en matière de produits pharmaceutiques et de santé à l'ICIS.

J'ai un bref exposé, que j'aimerais lire, monsieur le président. Bonjour, et au nom de l'Institut canadien d'information sur la santé, j'aimerais vous remercier de m'avoir donné l'occasion de comparaître devant le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

Depuis 20 ans, l'ICIS joue un rôle unique dans le secteur de la santé au Canada. À titre d'organisme autonome sans but lucratif, il fournit de l'information essentielle sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Notre vision est simple : de meilleures données pour de meilleures décisions et des Canadiens en meilleure santé. L'ICIS exploite également des banques de données liées à plusieurs domaines qui pourraient intéresser ce comité, notamment les médicaments d'ordonnance, la dépendance, la perte d'efficacité des antibiotiques, et la contrefaçon de médicaments.

L'ICIS conserve les données relatives à l'utilisation des médicaments d'ordonnance dans le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, c'est-à-dire la base de données du SNIUMP. Cette base de données permet de dégager les tendances générales en matière

taking, how consistently they are taking these drugs and when they switch the drugs they are using.

Our Continuing Care Reporting System, another of our databases, collects clinical data, including information on prescription drug use for seniors in over 1,100 long-term care facilities across the country.

We have produced a number of reports and quality indicators on the safety of prescription drug use, primarily in seniors. Topics covered include potentially inappropriate drug use, polypharmacy, and hospitalizations related to adverse drug reactions. Some of the key findings from these reports include the following: About 70 per cent of seniors are taking five or more drugs, with nearly 10 per cent taking 15 drugs or more. Seniors were five times more likely to be hospitalized because of an adverse drug reaction than other Canadians. Roughly one in ten seniors outside of long-term care was taking a drug considered to be potentially dangerous.

About one in three long-term care residents was taking anti-psychotic medication without actually having a diagnosis of psychosis. We also collect information on medication errors in hospitals and long-term care facilities. This facilitates sharing and learning from medication errors at local, regional and national levels. The information is used to better understand the factors that lead to medication errors and to identify potential system improvement strategies.

Examples of the impact of this at the national level include sharing data with Health Canada to support their work related to the naming, packaging and labelling of pharmaceuticals and sharing data with the Institute for Safe Medication Practices Canada to support their work in creating awareness and identifying system improvement strategies.

Regarding addictions, we collect information on prescriptions and the listed drug-related disorders through our Hospital Mental Health Database if drugs were a contributing factor in the hospitalization. We also collect clinical information on drug abuse among people in designated adult mental health beds. We have examined the impact of combined mental illness and substance-related disorders on hospitalization patterns across the country. The results highlight the higher use of hospitalization services when individuals with a mental illness also have issues with substance abuse. Other findings have included the fact that Canadians hospitalized with concurrent mental illness and

d'utilisation des médicaments au fil du temps et d'analyser cette utilisation en mesurant des éléments comme le nombre et les types de médicaments que les patients consomment, le respect des consignes d'utilisation et les changements de médicaments.

Une autre banque de données de l'ICIS, c'est-à-dire le Système d'information sur les soins de longue durée, recueille des données cliniques, notamment de l'information sur l'utilisation des médicaments d'ordonnance chez les personnes âgées dans plus de 1 100 établissements de soins de longue durée de partout au pays.

Nous avons produit plusieurs rapports et indicateurs de qualité sur l'innocuité des médicaments d'ordonnance, surtout chez les personnes âgées. Les sujets traités comprennent l'utilisation potentiellement inappropriée des médicaments, la polypharmacie et les hospitalisations liées à des réactions indésirables aux médicaments. Voici les principales constatations de ces rapports. Tout d'abord, environ 70 p. 100 des personnes âgées prenaient cinq médicaments ou plus, et près de 10 p. 100 en consommaient 15 ou plus. Les personnes âgées étaient cinq fois plus susceptibles d'être hospitalisées en raison d'une réaction indésirable à un médicament que le reste de la population canadienne. Environ une personne âgée sur dix qui ne se trouvait pas dans un établissement de soins de longue durée prenait un médicament jugé potentiellement inapproprié.

Environ un résident des établissements de soins de longue durée sur trois prenait des médicaments antipsychotiques sans avoir reçu de diagnostic de psychose. Nous recueillons aussi des informations sur les erreurs de médicaments qui se produisent dans les hôpitaux et dans les établissements de soins de longue durée. Cela facilite la mise en commun des leçons apprises en matière d'erreurs de médicaments à l'échelle locale, régionale et nationale. L'information est utilisée pour mieux comprendre les facteurs qui entraînent des erreurs de médicaments et pour dégager des stratégies potentielles d'amélioration du système de santé.

Parmi les exemples des répercussions de ce travail à l'échelle nationale, on peut citer la transmission des données à Santé Canada pour appuyer ses travaux liés à la désignation, à l'emballage et à l'étiquetage des produits pharmaceutiques et le partage des données avec l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada pour appuyer ses efforts de sensibilisation et pour cerner des stratégies visant à améliorer le système.

En ce qui concerne la dépendance, nous recueillons des renseignements sur les prescriptions et sur les maladies liées aux drogues par l'entremise de notre Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier lorsque les drogues ont été un facteur d'hospitalisation du patient. Nous recueillons également de l'information clinique sur la toxicomanie chez les personnes admises dans des lits en santé mentale réservés aux adultes. L'ICIS a examiné les répercussions des maladies mentales avec troubles concomitants liés à la consommation de psychotropes sur les modèles d'hospitalisation dans l'ensemble du Canada. Les résultats révèlent que les personnes souffrant de maladie mentale

substance-use disorders made up close to one third of all psychiatric patients in 2010-11. When compared with individuals hospitalized for psychotic disorders, only those with co-morbid substance-use disorders were about 25 per cent more likely to be readmitted within a year of being discharged.

Looking ahead, our current data holdings provide some information on the unintended consequences of prescription drugs. There is the opportunity, of course, to do more. Although we do not hold detailed clinical information required to assess the effectiveness of antibiotics, we capture data that could be used to track trends in the use of antibiotics to identify changes in the medications being used, the length of antibiotic courses or other signals that the effectiveness of antibiotics may be changing. In some provinces, it is possible to monitor instances of infection-related hospitalizations among those taking antibiotics.

CIHI data could be used to track how many people may be affected by a drug shortage as well. This data could also be used to study the effect of drug shortages on patient treatment, such as how many patients switch to another drug and how many stop treatment altogether.

In the area of counterfeit drugs, our data could be used to track trends in the use of drugs with counterfeiting issues, such as identifying regions where there may be a particular concern.

Our work on pharmaceuticals hinges on one factor — better data. There are gaps in our current drug data that, if filled, could allow us to provide even more insight on the availability, use, safety and cost of drugs and their impacts on Canadians.

Examples of some of the gaps we are working to address at CIHI include the fact that our drug plan database holds limited data for younger Canadians due to the design and structure of public drug plans. There is also a data gap in the area of hospital drugs. We recently added data from British Columbia on drugs paid out of pocket by residents or by private insurers, and we have also done some preliminary work on the feasibility of collecting this data from other provinces.

et présentant des troubles liés à la consommation de psychotropes font une utilisation plus élevée des services hospitaliers. On a aussi conclu que les Canadiens hospitalisés en raison d'une maladie mentale avec troubles concomitants liés à la consommation de drogues représentaient près du tiers de tous les patients hospitalisés en psychiatrie en 2010-2011. Lorsque l'on compare avec les personnes hospitalisées pour des troubles psychotiques, seules les personnes présentant des troubles concomitants liés à la consommation de psychotropes étaient plus susceptibles (de 25 p. 100 environ) d'être réadmis à l'hôpital dans l'année suivant leur congé.

Nos banques de données actuelles fournissent certains renseignements sur les conséquences imprévues de la prescription de médicaments. Il est possible, évidemment, d'aller encore plus loin. Même si nous ne disposons pas des renseignements cliniques détaillés requis pour évaluer l'efficacité des antibiotiques, nous recueillons toutefois des données qui pourraient servir à suivre les tendances en matière d'utilisation des antibiotiques, afin de déceler les changements dans les médicaments utilisés et dans la durée d'action des antibiotiques ou d'autres signes qui annoncent des changements dans l'efficacité des antibiotiques. Dans certaines provinces, il est possible de surveiller les cas d'hospitalisation pour infection chez les personnes prenant des antibiotiques.

Les données de l'ICIS pourraient également servir à déterminer le nombre de personnes susceptibles d'être touchées par une pénurie de médicaments. Ces données pourraient aussi être utilisées pour étudier les répercussions de ces pénuries sur le traitement des patients, par exemple, le nombre de patients qui changent de médicament ou qui arrêtent simplement leur traitement.

Dans le domaine de la contrefaçon de médicaments, nos données pourraient servir à suivre les tendances en matière d'utilisation des médicaments contrefaits, notamment pour cerner les régions aux prises avec ce problème.

Notre travail sur les produits pharmaceutiques repose sur un seul facteur, c'est-à-dire de meilleures données. Il y a des lacunes dans nos données actuelles sur les médicaments, et si elles étaient comblées, nous aurions une connaissance plus approfondie de l'offre, de l'utilisation, de l'innocuité et du prix des médicaments ainsi que de leurs répercussions sur les Canadiens.

L'ICIS s'efforce de combler certaines de ces lacunes, par exemple le fait que notre base de données sur les médicaments contient peu de données sur les jeunes Canadiens en raison de la façon dont les régimes publics d'assurance-médicaments au Canada sont conçus. On manque également de données sur les médicaments en milieu hospitalier. Nous avons récemment ajouté des données de la Colombie-Britannique sur les médicaments payés directement par les patients ou par des assureurs privés, et nous avons entamé des travaux préliminaires sur la faisabilité de recueillir ces données auprès d'autres provinces.

We have done some preliminary work, as well, on investigating the availability of chemotherapy drug data across Canada. There are also gaps, such as radiation oncology incidence and adverse drug reactions.

A lot more information is needed on alcohol and illicit and prescription drug-related disorders and services. Currently, the Canadian Centre on Substance Abuse collects limited data on addiction treatment services in Canada. Enhancing this information would allow us to examine clinical aspects and outcomes.

So what's next? We will continue to produce analysis on prescription drug use data. We are currently working on a comprehensive review of drug use among seniors in public drug programs, and a study is expected to be released this spring and will include drug claims data for about 70 per cent of seniors.

Thank you very much, chair, for the opportunity to present this information to you. My colleague Mike Gaucher and I would be pleased to answer any and all questions you may have.

The Chair: I will now turn to the Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, CADTH, and invite Brian O'Rourke, President and CEO, to present to us.

[*Translation*]

Brian O'Rourke, President and CEO, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health: Mr. Chair, thank you for the opportunity to appear before the committee.

[*English*]

I want to commend the committee on your work to date on prescription pharmaceuticals in Canada. This is an important topic, and your first two reports made some excellent recommendations that will undoubtedly improve Canada's clinical trial infrastructure and the post-approval monitoring of safety and effectiveness in Canada.

I look forward to your third report and hope that, when I was here as a witness, I helped to contribute to your study on the off-label use of prescription pharmaceuticals.

Nous avons aussi fait des travaux préliminaires pour vérifier la disponibilité des données sur les médicaments de chimiothérapie dans l'ensemble du pays. Il y a aussi des lacunes dans les données sur les incidents en oncologie et sur les réactions indésirables aux médicaments.

Nous avons besoin de beaucoup plus de renseignements sur les troubles liés à la consommation d'alcool, de drogues et de médicaments d'ordonnance et sur les services offerts. Actuellement, le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies recueille certaines données sur les services de traitement des dépendances offerts au Canada. De meilleurs renseignements à cet égard nous permettraient d'examiner les aspects et les résultats cliniques.

Quelles sont donc les prochaines étapes? Nous continuerons de produire des analyses sur les données concernant l'utilisation des médicaments d'ordonnance. Nous procédons actuellement à un examen approfondi de l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées couvertes par les régimes publics d'assurance-médicaments. Les résultats de cette étude devraient être publiés au printemps et ils incluront les données sur les demandes de remboursement des médicaments pour environ 70 p. 100 des personnes âgées.

Monsieur le président, j'aimerais vous remercier de m'avoir donné l'occasion de vous présenter ces renseignements. Mon collègue Mike Gaucher et moi serons heureux de répondre à vos questions.

Le président : Je vais maintenant donner la parole à Brian O'Rourke, président et directeur-général de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, ou l'ACMTS, à nous livrer son exposé.

[*Français*]

Brian O'Rourke, président et directeur général, Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé : Monsieur le président, je vous remercie de m'offrir la possibilité de m'adresser au comité.

[*Traduction*]

J'aimerais féliciter les membres du comité de leur travail sur les produits pharmaceutiques sur ordonnance au Canada. Il s'agit d'un sujet important, et dans vos deux premiers rapports, vous avez formulé d'excellentes recommandations qui amélioreront sans doute l'infrastructure des essais cliniques au Canada et le suivi postapprobation effectué pour en assurer l'innocuité et l'efficacité au Canada.

J'ai hâte de lire votre troisième rapport et j'espère que lorsque j'ai comparu devant votre comité, je vous ai aidé dans votre étude sur l'emploi non conforme à l'étiquette de produits pharmaceutiques sur ordonnance.

[Translation]

I will begin by telling you a bit about the Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health and about how the work we do may be of value when it comes to the nature of unintended consequences in the use of prescription pharmaceuticals.

The agency is an independent, not-for-profit organization that was established in 1989. We refer to ourselves as a health technology assessment organization — meaning that we provide evidence-based assessments of the clinical cost-effectiveness of pharmaceuticals, diagnostics, and medical, dental and surgical devices and procedures.

[English]

In essence, we have two broad areas of work — our drug portfolio and our non-drug or technology portfolio, which covers devices, diagnostics and procedures. Most of my comments today will be on our drug portfolio.

Our operating budget is approximately \$22 million annually, with the majority of the funding coming from Health Canada and all of the provinces and territories, with the exception of Quebec. The members, or owners, of CADTH are the federal, provincial and territorial deputy ministers of health, who fund the agency, and we are governed by a board of directors that reports to the deputy ministers.

CADTH provides a range of services to support the effective management of pharmaceuticals and other health technologies in Canada. One of our flagship programs is the Common Drug Review, a federal-provincial-territorial process used to review the clinical effectiveness and cost-effectiveness of new drugs and existing drugs with new indications. The Common Drug Review supports coverage decisions by 18 of the 19 publicly funded drug plans in Canada. Quebec has its own system.

We also do therapeutic class reviews on pharmaceuticals and conduct optimal-use projects, producing reports, recommendations and tools that are the result of expert deliberative processes. Our work in this regard provides the evidentiary foundation for health care decision makers to promote the appropriate prescription and utilization of prescription pharmaceuticals.

[Français]

Je commencerai par vous parler de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé et de la façon dont nos travaux pourraient être utiles en ce qui a trait à la nature des conséquences imprévues de l'utilisation des médicaments sur ordonnance.

L'agence est un organisme indépendant sans but lucratif qui a été créé en 1989. Nous nous considérons comme une organisation d'évaluation des technologies de la santé, ce qui signifie que nous fournissons des évaluations fondées sur des preuves d'efficacité clinique et sur le rapport coût-efficacité des produits pharmaceutiques de diagnostics, de dispositifs et de procédures médicales dentaires et chirurgicaux.

[Traduction]

Pour l'essentiel, nous avons deux secteurs d'activité généraux, à savoir notre portefeuille des médicaments et notre portefeuille de la technologie, lequel englobe les appareils, les diagnostics et les procédures. La plupart de mes commentaires aujourd'hui porteront sur notre portefeuille des médicaments.

Notre budget de fonctionnement annuel est d'environ 22 millions de dollars par année, dont la majeure partie provient de Santé Canada et de toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Québec. Le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux qui financent l'ACMETS en sont membres ou propriétaires, et ils sont représentés par leur sous-ministre de la santé. L'ACMETS est gouvernée par un conseil d'administration relevant des sous-ministres.

L'ACMETS offre une vaste gamme de services pour appuyer la gestion efficace des produits pharmaceutiques et des autres technologies de la santé au Canada. L'un de nos programmes phares est le Programme commun d'évaluation des médicaments, un processus fédéral-provincial-territorial d'examen de l'efficacité clinique et de la rentabilité des nouveaux médicaments et des médicaments existants s'assortissant de nouvelles indications. Le Programme commun d'évaluation des médicaments soutient les décisions en matière de couverture de 18 des 19 régimes publics d'assurance-médicaments du Canada. Le Québec dispose de son propre régime.

Nous effectuons également des examens des classes thérapeutiques sur des produits pharmaceutiques, et nous menons des projets sur leur utilisation optimale, nous produisons des rapports, des recommandations et des outils qui découlent du processus de délibération des experts. Notre travail à cet égard fournit les données probantes aux décideurs en matière de soins de santé, afin de leur permettre de favoriser la prescription et l'utilisation appropriées des produits pharmaceutiques d'ordonnance.

Some recent examples of therapeutic class reviews we have completed include drug therapies for relapsing-remitting multiple sclerosis and anti-thrombotic therapy for patients with atrial fibrillation.

[*Translation*]

I will now talk about our value report and our rapid response service — quick summaries of the large and complex medical literature. That service is extremely helpful in that it addresses urgent needs for evidence that informs policy and practice decisions about drug and non-drug technologies. Our mandate is to support the effective management of health technologies throughout their life cycle — from innovation to obsolescence.

We do not make the final decisions on what technologies will be funded by the Department of Health or used by patients and clinicians, but our work informs technology-related decisions at both the policy level and the practice level.

[*English*]

As an organization involved in promoting the optimal use of health technologies, we recognize that advances in medical devices, drugs and procedures help to improve health care delivery and patient outcomes.

We also recognize that “new” does not necessarily mean “better” and that some new pharmaceuticals offer no improvement or marginal improvements at best but often at a much higher cost. We recognize the considerable uncertainty present with new drugs following their approval by Health Canada, especially the uncertainty surrounding adverse events or unintended consequences.

We see our role, and the role of health technology assessment generally, as providing the evidence to ensure that health technologies add value to the system, that they contribute to improved patient outcomes without adding significantly to the risks of treatment and that they are, in fact, innovations and not simply cost drivers.

Let me give you an example: Approximately 350,000 Canadians suffer from a heart condition referred to as atrial fibrillation, an irregular heartbeat that can lead to serious medical complications such as stroke. Most patients need lifelong therapy with anticoagulants, drugs that prevent the formation of blood clots. A drug by the name of warfarin has been the mainstay of therapy for about 60 years, but new oral anticoagulants are now available that are being touted as “breakthrough” drugs. A rigorous review by CADTH showed only a small potential

Certains exemples récents d'examen des classes thérapeutiques que nous avons menés comprennent des thérapies de médicaments pour la prise en charge de la sclérose en plaques cyclique et les traitements antithrombotiques chez les patients atteints de fibrillation auriculaire.

[*Français*]

Je parlerai maintenant de notre rapport de valeur et de notre service d'examen rapide des résumés rapides de la vaste et complexe littérature médicale. Ce service est fort utile, car il répond à des besoins urgents de données probantes qui éclairent des politiques et des pratiques en matière de technologie pharmaceutique et non pharmaceutique. Notre mandat est de soutenir la gestion efficace des technologies de la santé tout au long de leur cycle de vie, de l'innovation à l'obsolescence.

Nous ne prenons pas les décisions définitives quant aux technologies qui seront financées par le ministère de la Santé ou utilisées par les patients et les cliniciens, mais notre travail éclaire les décisions liées à la technologie tant sur le plan des politiques que sur le plan de la pratique.

[*Traduction*]

En tant qu'organisme participant à la promotion de l'utilisation optimale des technologies de la santé, nous reconnaissons que les progrès réalisés en ce qui concerne les appareils médicaux, les médicaments et les procédures contribuent à l'amélioration de la prestation des soins de santé et des résultats pour les patients.

Nous reconnaissons également que « nouveau » n'est pas nécessairement synonyme de « meilleur » et que certaines nouvelles technologies pharmaceutiques ne procurent que des avantages négligeables, voire aucun, et ce, bien souvent, moyennant un coût beaucoup plus élevé. Nous reconnaissons la grande incertitude qui règne actuellement au sujet des nouveaux médicaments après leur approbation par Santé Canada, et surtout l'incertitude concernant les conséquences imprévues ou non désirables.

Nous estimons que notre rôle, et celui des évaluations de la technologie de la santé en général, consiste à fournir les données probantes qui permettent de faire en sorte que les technologies de la santé ajoutent de la valeur au système, qu'elles contribuent à l'amélioration des résultats pour les patients sans considérablement augmenter les risques liés au traitement et qu'elles constituent véritablement des innovations, et non des générateurs de coûts.

Permettez-moi de vous donner un exemple. Environ 350 000 Canadiens souffrent d'un problème cardiaque connu sous le nom de fibrillation auriculaire, qui se manifeste par un rythme cardiaque irrégulier et peut entraîner des complications médicales graves, par exemple un accident vasculaire cérébral. Dans la plupart des cas, les personnes atteintes de ce trouble doivent prendre toute leur vie des anticoagulants, c'est-à-dire des médicaments qui préviennent la formation de caillots de sang. Depuis environ 60 ans, le principal médicament consommé par

benefit over warfarin, no long-term safety data and highly uncertain cost-effectiveness if these new drugs were to be used broadly as a replacement for warfarin. This confirmed warfarin's continued place as a first-line therapy, and our committee of experts recommended that the new oral anticoagulants be funded only when warfarin should not or cannot be used. The committee noted that the paucity of long-term safety data was a significant concern.

[*Translation*]

Our agency was created 25 years ago by Canada's federal, provincial and territorial health ministers to help decision makers manage the uncertainty surrounding the cost-effective use of health technologies.

[*English*]

Let me be very clear, uncertainty is pervasive in health care, particularly with respect to the harms and clinical benefits associated with the use of pharmaceuticals. This uncertainty includes the unintended consequences in the use of prescription pharmaceuticals, the focus of your study.

I see the unintended consequences associated with the use of prescription pharmaceuticals as being classified into three broad categories. First are unintended consequences that arise even when the drug is prescribed and used in accordance with the Health Canada-approved monograph. All drugs have the potential to cause unintended consequences. Even something as common as a decongestant tablet can cause light-headedness, wakefulness, nervousness, restlessness, increased blood pressure or an irregular heartbeat.

Second are unintended consequences when the drug is prescribed, administered or taken inappropriately. This could be related to off-label use, medication errors or any number of factors, such as using the wrong dose or not recognizing the potential for an interaction with another drug.

Third are unintended consequences when a drug is misused, such as using medication prescribed for someone else, or when it is obtained and used illegally.

With respect to those first two categories, I believe a number of initiatives are under way that will help identify, prevent and manage unintended consequences of prescription pharmaceuticals throughout their life cycle. The amendments to the Food and

ces personnes est la warfarine, mais de nouveaux anticoagulants administrés par voie orale et présentés comme une innovation importante sont maintenant accessibles. L'ACMST a mené un examen rigoureux qui a révélé que, comparativement à la warfarine, ces nouveaux médicaments ne procuraient qu'un avantage éventuel négligeable, qu'on ne disposait d'aucune donnée à long terme sur leur innocuité et que leur rentabilité, lorsqu'ils sont utilisés à grande échelle pour remplacer la warfarine, était grandement incertaine. L'examen a confirmé que la warfarine demeurait le traitement de première ligne à privilégier, et notre comité d'experts a recommandé que la prise d'anticoagulants administrés par voie orale ne devrait être couverte que dans les cas où un patient ne devrait pas prendre de la warfarine ou ne peut pas le faire. Le comité a souligné que la rareté des données sur l'innocuité à long terme était une préoccupation importante.

[*Français*]

Notre agence a été créée il y a 25 ans par les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux du Canada pour aider les décideurs à gérer l'incertitude liée à l'utilisation efficiente des technologies de la santé.

[*Traduction*]

Soyons clairs; l'incertitude est très présente dans le domaine de la santé, particulièrement en ce qui a trait aux effets bénéfiques et indésirables des médicaments. Cette incertitude englobe les conséquences involontaires liées à l'emploi des médicaments d'ordonnance, ce qui est l'objet de votre étude.

Les conséquences inattendues découlant de l'emploi de médicaments d'ordonnance se divisent en trois grandes catégories. Premièrement, on retrouve les conséquences involontaires qui surviennent même lorsque le médicament est prescrit et utilisé conformément à la monographie approuvée par Santé Canada. Sachez que tous les médicaments peuvent provoquer des réactions involontaires. Même un médicament aussi commun qu'un décongestionnant peut causer des étourdissements, un état d'éveil, de la nervosité, de l'agitation, une augmentation de la pression artérielle et un rythme cardiaque irrégulier.

Deuxièmement, il y a les conséquences involontaires qui se produisent lorsqu'un médicament a été prescrit, administré ou pris de façon inappropriée. Ces effets pourraient être le résultat d'une utilisation non indiquée sur l'étiquette, d'une erreur de médicament ou d'un certain nombre de facteurs, comme l'ingestion d'une dose incorrecte ou une interaction médicamenteuse.

Troisièmement, il s'agit des conséquences involontaires liées au mauvais emploi d'un médicament, c'est-à-dire l'usage d'un médicament prescrit à quelqu'un d'autre ou obtenu illégalement.

Pour ce qui est des deux premières catégories, je crois que des initiatives sont en cours pour déterminer, prévenir et gérer les conséquences involontaires découlant de l'emploi de médicaments d'ordonnance tout au long de leur cycle de vie. Les modifications

Drugs Act enacted under Vanessa's Law and announced by the health minister in December 2013 will provide better protection of patient health and safety, particularly in the post-marketing space.

In addition, Health Canada is in discussion with regulators from around the world regarding a novel approach to approving drugs for human use that is referred to as adaptive licensing.

Health technology assessment helps to reduce uncertainty by providing relevant, timely and credible evidence-based information. HTA agencies, such as CADTH, go beyond the risk-benefit assessments completed by regulatory bodies by looking at the clinical effectiveness and cost-effectiveness in comparison to current therapeutic alternatives. In other words, we look at the comparative effectiveness, comparative harms and comparative cost-effectiveness of new and existing pharmaceuticals. We look at available evidence generated post-market, the so-called real-world evidence, particularly looking for reports of serious adverse events that did not arise during the controlled clinical trial phase. In some cases, we provide additional guidance, tools and educational sessions to practitioners and patients. In cases where there is significant uncertainty related to safety issues, our expert committee will usually recommend that a drug be listed with criteria that limit the use of the drug until more is known about the unintended consequences.

I would also like to mention the great work being done by the Drug Safety and Effectiveness Network, DSEN, an organization that is working to increase the availability of high-quality, post-market research on drug safety and effectiveness.

You heard from their executive director, Dr. Bob Peterson, during previous sessions on your study on prescription pharmaceuticals. I am a strong advocate for DSEN and consider them a valued partner and a real asset to the Canadian health care system. DSEN contributed evidence to CADTH's work on the new oral anticoagulants that I mentioned, and they have many new projects under way in the area of real-world evidence.

With the initiatives and collaborative approaches between Health Canada, CADTH and DSEN, we have a three-part system to continually reduce the uncertainty about harms and clinical benefits of drugs in Canada, through regulatory approval, health technology assessment and post-market evidence development.

à la Loi sur les aliments et drogues, adoptées dans le cadre de la Loi de Vanessa et annoncées par la ministre de la Santé en décembre 2013, permettront de mieux protéger la santé et la sécurité des patients, en particulier après la mise en marché des médicaments.

De plus, Santé Canada est en pourparlers avec des organismes de réglementation de partout dans le monde concernant une méthode novatrice d'approbation des médicaments destinés à la consommation humaine, c'est-à-dire la délivrance de permis adaptable.

L'évaluation des technologies de la santé contribue à réduire l'incertitude entourant les médicaments en fournissant, en temps utile, des renseignements crédibles et pertinents fondés sur des données probantes. Les organismes d'ETS, comme l'ACMTS, ne se limitent pas aux évaluations des risques et avantages que mènent les organismes de réglementation et se penchent plutôt sur l'efficacité clinique et la rentabilité d'un médicament par rapport aux autres traitements disponibles. Autrement dit, nous comparons l'efficacité, les effets néfastes et la rentabilité des médicaments nouveaux avec les médicaments existants. Nous examinons les données probantes générées après la mise en marché d'un médicament, ce qu'on appelle les « données probantes du monde réel », en particulier les cas d'effets secondaires graves qui ne se sont pas produits à l'étape des effets cliniques contrôlés. Dans certains cas, nous donnons des directives supplémentaires, des outils et des séances d'information aux praticiens et aux patients. Lorsque nous sommes confrontés à une incertitude importante quant à l'innocuité d'un médicament, notre comité d'experts recommandera habituellement que le médicament en question soit prescrit sous réserve de certains critères qui limitent son emploi jusqu'à ce qu'on en sache plus sur les conséquences involontaires.

Je tiens également à souligner l'excellent travail accompli par le Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments, le RIEM, une organisation dont le mandat est d'accroître la capacité d'entreprendre des études postcommercialisation de grande qualité pour assurer l'innocuité et l'efficacité des médicaments.

D'ailleurs, vous avez entendu son directeur général, le Dr Bob Peterson, au cours des séances précédentes, dans le cadre de votre étude sur les médicaments d'ordonnance. Je suis un ardent défenseur du RIEM, que je considère un précieux partenaire et un véritable atout pour le système de santé canadien. Le RIEM a contribué aux travaux de l'ACMTS sur les nouveaux anticoagulants oraux dont j'ai parlé plus tôt, et il mène actuellement de nombreux projets dans le domaine des données probantes du monde réel.

Grâce aux initiatives et aux approches de collaboration entre Santé Canada, l'ACMTS et le RIEM, nous avons un système en trois parties qui vise à réduire, de façon continue, l'incertitude entourant les effets bénéfiques et indésirables des médicaments au Canada, au moyen de l'approbation réglementaire, de l'évaluation des technologies de la santé et de la production de données probantes postcommercialisation.

[Translation]

We can be proud of our made-in-Canada approach to developing evidence on harms and clinical benefits throughout the life cycle of prescription pharmaceuticals, but, of course, there is still much work to be done.

[English]

The third category of unintended consequences, those related to misuse or illegal use, is very complex and challenging to address. Although this area is not specifically within our mandate, we have done some work in conjunction with the federal, provincial and territorial drug plans on narcotics and other drugs of abuse, and I would be pleased to try to answer any questions that may arise should this be an area of discussion for the committee.

[Translation]

Thank you for the opportunity to make this presentation today. It will be my pleasure to answer any questions you may have.

[English]

The Chair: Thank you very much, Mr. O'Rourke. Before I open up the floor for questions, I will mention the status of our third report on off-label use. We completed the study in the spring, but, due to the nature of the parliamentary sessions and timing and so on, I will be tabling it in the Senate this afternoon. That follows up on that.

I will now open up the session for questions.

Senator Eggleton: Let me start with you, Mr. O'Rourke. I didn't hear you mention drug shortage, which is another item on our agenda, but I understand that you have been doing some work in that area in terms of alternate therapeutic approaches in case of drug shortages. Can you talk a bit about that, and have you been advising the federal and provincial governments about these alternatives? What can you do further on this issue of drug shortage?

Mr. O'Rourke: Actually, that is not within our mandate. We haven't done much. We have been a passive observer with the provinces and with some of the other organizations, like the Canadian Pharmacists Association, which does have the lead on it. We have offered our services if necessary, primarily in helping them to identify alternative therapies when there is a shortage. No requests have come our way in this regard. It is a difficult thing to do because most of those decisions have to be made at that direct patient-physician-clinician interface.

Senator Eggleton: You say you are offering alternatives. How are you doing that?

[Français]

Nous pouvons être fiers de l'approche canadienne d'élaboration de preuve sur les effets néfastes et les avantages cliniques tout au long du cycle de vie des produits pharmaceutiques d'ordonnance, mais il reste certainement encore beaucoup de travail à accomplir.

[Traduction]

En ce qui concerne la troisième catégorie de conséquences involontaires, celles liées au mauvais emploi ou à l'emploi illégal des médicaments, sachez qu'il s'agit d'un problème très complexe et difficile à régler. Bien que ce domaine ne relève pas spécifiquement de notre mandat, nous avons effectué certains travaux en collaboration avec les régimes d'assurance-médicaments fédéral, provinciaux et territoriaux sur les stupéfiants et autres médicaments consommés de façon abusive, et c'est avec plaisir que je tenterai de répondre aux questions du comité sur ce sujet.

[Français]

Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de faire cet exposé aujourd'hui. Je répondrai avec plaisir à toute question que vous pourriez avoir.

[Traduction]

Le président : Merci beaucoup, monsieur O'Rourke. Avant de passer à la période de questions, j'aimerais vous parler de notre troisième rapport sur l'emploi non conforme à l'étiquette. Nous avons mené cette étude au printemps, mais en raison des intersessions et ainsi de suite, je vais le déposer au Sénat cet après-midi. Il fait suite à nos discussions.

Nous allons maintenant passer à la période de questions.

Le sénateur Eggleton : Ma première question s'adresse à vous, monsieur O'Rourke. Vous n'avez pas parlé des pénuries de médicaments, ce qui est un autre sujet qui nous intéresse, mais je crois comprendre que vous avez mené des travaux sur des avenues thérapeutiques de rechange, advenant des pénuries. Pourriez-vous nous en glisser un mot? Est-ce que vous conseillez les gouvernements fédéral et provinciaux sur ces solutions de rechange? Quelles autres mesures pourriez-vous prendre pour remédier à ce problème?

M. O'Rourke : En fait, cela ne relève pas de notre mandat. Nous n'avons pas fait grand-chose à ce chapitre. Nous avons été un observateur passif auprès des provinces et d'autres organisations, comme l'Association des pharmaciens du Canada, qui assume la responsabilité de ce dossier. Nous avons offert nos services, surtout pour ce qui est de trouver d'autres traitements dans le cas de pénuries. On ne nous a pas fait de demande à cet égard. C'est un peu délicat, étant donné que la plupart des décisions se prennent lors de la rencontre du patient et de son médecin.

Le sénateur Eggleton : Vous dites que vous offrez des solutions de rechange. Comment vous y prenez-vous?

Mr. O'Rourke: We haven't offered alternatives, but we could look at the evidence and provide some guidance on what alternatives there could be in a particular area. If there was a shortage of a particular antibiotic, we could produce a report that would show other typical antibiotics that might be used in that clinical situation.

Senator Eggleton: Wouldn't that be helpful?

Mr. O'Rourke: It could be helpful.

Senator Eggleton: How could that be facilitated, or how could we help?

Mr. O'Rourke: Most of that work is being done at the local hospital level. Hospitals that have drug information centres, for example, would look at that information. It is a difficult thing to do from a central agency perspective because of the fact that most of those decisions have to be made with so many other factors taken into consideration — the individual patient considerations. We really haven't been approached to take an active role at this point.

Senator Eggleton: Mr. Wright, you've noted, in your presentation, quite a number of data gaps. How can this committee, when determining its recommendations, help you in narrowing some of these information gaps?

Mr. Wright: In many ways, we are making great progress at CIHI. We work closely with the provinces and the territories. Things take time. We've just gotten all of B.C.'s data, which is not only their public drug plan data but also their private data. We're working with Newfoundland to get their data, and then, with the exception of Quebec, we will have, for the public drug programs, comprehensive coverage across the country.

What we really are interested in getting hold of is private use data. Again, we've got B.C.'s, and we're working with several provinces on trying to access that. We appreciate the efforts of the committee; you're volunteering to do so. However, I think it's really something that we need to work through with the provinces and territories.

Senator Eggleton: You are in the process of getting these gaps resolved.

Mr. Wright: Yes.

Senator Eggleton: It's just a matter of time. As for the private aspect of this, you said you got it from B.C. but not from the other areas. Is this just, again, a matter of time and working this out with the different provinces?

M. O'Rourke : Nous n'avons pas offert de traitements de rechange, mais nous pouvons examiner des données probantes et fournir des conseils sur les traitements qui pourraient être envisagés dans un cas en particulier. Advenant la pénurie d'un antibiotique donné, nous pourrions produire un rapport démontrant que certains autres antibiotiques seraient efficaces dans cette situation clinique.

Le sénateur Eggleton : Cela ne serait-il pas utile?

M. O'Rourke : En effet.

Le sénateur Eggleton : Qu'est-ce que nous pourrions faire pour vous aider?

M. O'Rourke : La plupart des travaux sont réalisés à l'échelle locale, en milieu hospitalier. Les hôpitaux qui ont des centres d'information sur les médicaments, par exemple, pourraient examiner ces données. Du point de vue d'un organisme central, la tâche est très ardue étant donné qu'il faut tenir compte de nombreux autres facteurs liés aux patients au moment de prendre ces décisions. À ce stade-ci, on ne nous a pas vraiment demandé de jouer un rôle actif.

Le sénateur Eggleton : Monsieur Wright, dans votre exposé, vous avez relevé un certain nombre de lacunes en matière de données. Selon vous, quelles recommandations le comité devrait-il faire pour vous aider à combler ces lacunes?

M. Wright : À l'ICIS, nous accomplissons de grands progrès à bien des points de vue. Nous travaillons très étroitement avec les provinces et les territoires. Certaines choses exigent du temps. Nous venons tout juste de recueillir les données de la Colombie-Britannique, non seulement sur son régime d'assurance-médicaments public, mais aussi privé. Nous collaborons avec Terre-Neuve pour obtenir ses données et, lorsque nous les aurons, à l'exception du Québec, nous pourrions dresser un portrait assez exhaustif de la situation des régimes publics d'assurance-médicaments au Canada.

Nous aimerions beaucoup mettre la main sur les données concernant le régime privé. Encore une fois, nous avons obtenu celles de la Colombie-Britannique, et nous collaborons avec plusieurs provinces à cette fin. Nous vous sommes très reconnaissants de nous offrir votre aide, cependant, je considère que c'est un travail qui doit absolument se faire en collaboration avec les provinces et les territoires.

Le sénateur Eggleton : Vous êtes donc sur le point de remédier à ces lacunes.

M. Wright : Absolument.

Le sénateur Eggleton : C'est une question de temps. Pour ce qui est des données sur les régimes privés d'assurance-médicaments, vous avez dit avoir recueilli celles de la Colombie-Britannique, mais pas celles des autres provinces. Encore une fois, est-ce seulement une question de temps avant que vous obteniez les données des différentes provinces?

Mr. Wright: Yes. We're doing some preliminary work with the other provinces on trying to access that form of data. As the electronic health record becomes more widespread and e-prescribing is more widespread, we will be able to tap into that data as well.

Senator Eaton: Thank you for coming, gentlemen. I would like to talk to you about polypharmacy. Should pharmacists and pharmacies be encouraged, and should doctors encourage their patients, to get their drugs from one pharmacist or one pharmacy so that the pharmacist could look at the range of drugs they're taking and see that they're not fighting each other or having bad effects on the patient?

Mr. O'Rourke: As a pharmacist by training, not in my role at CADTH, I certainly would support that. Having all of the available information, including information that might come from a hospital if the patient was admitted, is crucial to really understanding all of the needs of that patient. As I mentioned, every drug has the potential to have an adverse effect on the other medications that that patient is taking, so it would be very helpful to have a situation like that.

Senator Eaton: We all know that people go to specialists and to their family doctor, but there never seems to be one doctor that has all of their medication.

Mr. O'Rourke: Absolutely.

Senator Eaton: So this might be a recommendation that we could make?

Mr. O'Rourke: Certainly.

Senator Eaton: Education in that direction?

Mr. O'Rourke: Absolutely.

Senator Eaton: Does CADTH make regular assessments of approved drugs for suspected significant benefits not associated with Health Canada's approval?

Mr. O'Rourke: No, the drugs that we look at have already been approved by Health Canada, and we look at them for their approved indications. Typically, when the drug comes to us the first time, it will have maybe one or two indications. Through its life cycle, it may submit an application for an additional indication. We wouldn't look at that until Health Canada has actually approved the drug.

Senator Eaton: I see. I was given a drug for a herniated disk that has nothing to do with herniated disks, and I could walk again. So it's interesting, yet I see it advertised on television for diabetic people with bad feet. I guess I was lucky. A friend

M. Wright : Oui. Nous effectuons certains travaux préliminaires avec les autres provinces afin d'avoir accès à leurs données. Plus les dossiers de santé et les ordonnances électroniques seront répandus, plus il sera facile pour nous de mettre la main sur ces données.

La sénatrice Eaton : Merci beaucoup, messieurs, d'être parmi nous aujourd'hui. J'aimerais vous parler de la polypharmacie. Selon vous, les médecins devraient-ils inciter leurs patients à toujours se procurer leurs médicaments auprès du même pharmacien ou à la même pharmacie, de manière à ce que les pharmaciens soient au courant de tous les médicaments qui ont été prescrits et qu'on évite, le plus possible, les interactions indésirables avec d'autres médicaments? Devrait-on encourager les pharmaciens et les pharmacies dans ce sens?

M. O'Rourke : À titre de pharmacien, et non pas à titre de président de l'ACMTS, je serais tout à fait en faveur d'une telle initiative. Il est essentiel d'avoir accès à toutes les données existantes, y compris les renseignements provenant des hôpitaux où les patients ont été admis, pour être en mesure de comprendre les besoins précis des patients. Comme je l'ai indiqué plus tôt, tous les médicaments peuvent entraîner des effets indésirables s'ils sont pris avec d'autres médicaments; ce serait donc très utile dans une situation comme celle-là.

La sénatrice Eaton : Nous savons tous que les gens consultent des spécialistes en plus de leur médecin de famille, mais aucun médecin ne semble être au fait de tous les médicaments que prennent leurs patients.

M. O'Rourke : Absolument.

La sénatrice Eaton : Le comité pourrait donc en faire la recommandation?

M. O'Rourke : Sans aucun doute.

La sénatrice Eaton : Il faudrait sensibiliser les gens.

M. O'Rourke : Absolument.

La sénatrice Eaton : L'ACMTS évalue-t-elle régulièrement les médicaments approuvés pour des bienfaits présumés importants qui ne sont pas associés à l'approbation de Santé Canada?

M. O'Rourke : Non, les médicaments sur lesquels nous nous penchons ont tous déjà été approuvés par Santé Canada, et nous les examinons pour leurs indications approuvées. Habituellement, lorsqu'un médicament nous arrive pour la première fois, on y retrouvera possiblement une ou deux indications. Pendant tout son cycle de vie, on pourrait faire la demande d'une indication supplémentaire. Toutefois, nous ne nous penchons pas là-dessus tant que Santé Canada n'a pas approuvé ledit médicament.

La sénatrice Eaton : Je vois. On m'a prescrit un médicament pour traiter une hernie discale. Ce médicament n'avait rien à voir avec les hernies, mais il m'a permis de marcher à nouveau. J'ai vu une annonce de ce médicament à la télévision, et il était destiné

recommended it to me. But you don't undertake those kinds of steps?

Mr. O'Rourke: No, only the approved indications for the drug.

Senator Eaton: What can we do about antibiotics becoming less and less effective, Mr. Wright?

Mr. Wright: I'm not a pharmacist. I'm an economist by training. I'm surrounded by two pharmacists here. Maybe Mr. Gaucher can answer?

Senator Eaton: Would Mr. Gaucher like to comment?

Michael Gaucher, Director, Pharmaceuticals and Health Workforce Information Services, Canadian Institute for Health Information: There is some surveillance and recognition of the problems that do exist and which antibiotics and classes are potentially problematic. We don't do that work at CIHI, but the Public Health Agency of Canada does some surveillance using that data and recognizing where the problems exist.

Senator Eaton: Do we have enough education on not taking antibiotics for viruses or colds? Does enough of that go on in doctor's offices and schools, that it's not a prescription for everything?

Mr. Gaucher: Certainly you are seeing more of it now than you used to. There is a heightened awareness among care providers and the public, but there's room for more education.

Senator Eaton: Just to finish up, the U.S. is undertaking looking at antibiotics in food-producing animals. They're doing other things, such as looking at antibacterial soaps. Are we doing anything like that in this country?

Mr. O'Rourke: Not to my knowledge. Perhaps Health Canada might be doing some work in that area. To respond to your previous question, I think we need to do a better job educating patients on the use of antibiotics. When a lot of patients come in to see physicians with an infection like a cold or flu, they almost have an expectation that they should be taking an antibiotic. I have seen so many physicians get frustrated and just give up and write the prescription. Good patient education would help.

Another challenge we face is that we do need new antibiotics. We face the challenge of increasing antibiotic resistance. Pharmaceutical manufacturers should be encouraged to develop new antibiotics. However, the way we introduce new antibiotics is putting them third line, fourth line, fifth line, so the benefits to a pharmaceutical manufacturer to invest significantly in developing

aux diabétiques souffrant de problèmes de pied. Je suppose que j'ai été chanceuse. Un ami me l'avait recommandé. Toutefois, selon ce que vous avez dit, vous n'entrez pas ce type de démarches?

M. O'Rourke : Non, seulement les indications approuvées pour le médicament.

La sénatrice Eaton : Que pouvons-nous faire pour remédier au problème de la résistance aux antibiotiques, monsieur Wright?

M. Wright : Je ne suis pas pharmacien, mais économiste. Par contre, je suis entouré de deux pharmaciens. Peut-être que M. Gaucher serait en mesure de vous répondre?

La sénatrice Eaton : Monsieur Gaucher, auriez-vous quelque chose à dire à ce sujet?

Michael Gaucher, directeur, Services d'information sur les produits pharmaceutiques et la main-d'œuvre de la santé, Institut canadien d'information sur la santé : Chose certaine, on reconnaît qu'il y a un problème et que certains antibiotiques sont potentiellement problématiques, et on surveille la situation de près. Nous ne faisons pas ce genre de travail à l'ICIS, mais l'Agence de la santé publique du Canada surveille la situation, à l'aide de ces données, afin de déterminer où se situent les problèmes.

La sénatrice Eaton : La population est-elle suffisamment sensibilisée au fait de ne pas prendre d'antibiotiques pour traiter des virus ou des rhumes? Est-ce qu'on le répète assez souvent, dans les bureaux de médecin et dans les écoles, qu'on ne prescrit pas des médicaments pour n'importe quoi?

M. Gaucher : Les gens sont assurément plus sensibilisés qu'ils l'étaient auparavant. Il y a une sensibilisation accrue au sein des fournisseurs de soins et de la population, mais il y a encore place à l'amélioration.

La sénatrice Eaton : En terminant, on sait que les États-Unis sont en train d'examiner toute la question de l'administration d'antibiotiques aux animaux destinés à l'alimentation. Ils se penchent également sur d'autres produits, notamment les savons antibactériens. Mène-t-on des études semblables au Canada?

M. O'Rourke : Pas à ma connaissance. Santé Canada effectue peut-être des travaux dans ce domaine. Pour répondre à votre question précédente, je pense que nous devons absolument mieux informer les patients sur l'usage des antibiotiques. Il y a tellement de patients qui consultent un médecin pour un rhume ou une grippe et qui s'attendent à ce qu'on leur prescrive un antibiotique. Trop de médecins se sentent contraints de prescrire des médicaments. Il faudrait donc sensibiliser davantage les patients à cet égard.

Nous avons également besoin de nouveaux antibiotiques. Nous sommes aux prises avec une résistance accrue aux antibiotiques. On devrait encourager les compagnies pharmaceutiques à développer de nouveaux antibiotiques. Cependant, les nouveaux antibiotiques sont mis sur le marché comme médicaments de troisième, quatrième et cinquième ligne, alors ce n'est pas très

new antibiotics, based on the amount of money they would accrue from the sale of those antibiotics, is a challenge. It's a bit of a Catch-22 from a pharmaceutical manufacturer's perspective.

Senator Stewart Olsen: I have several questions, perhaps for both Mr. Wright and Mr. O'Rourke, on the collection of all this data. How exactly do you collect it? I know you work with the provinces. Do they just give it to you?

Mr. Wright: In essence, yes. It's provided to us with data feeds, and we have a repository for all this data. Fairly soon we'll have approximately 1.5 billion records of multi-year drug data available to us, and each record has a variety of indicators on it.

Senator Stewart Olsen: Forgive me for interrupting. You would get data for how many times a drug was prescribed or a specific drug? Exactly what kind of data are you looking at?

Mr. Gaucher: It's at the patient level, so you basically get it at the prescription level. You would know the drug, how much was prescribed, the name, the strength, the form and various fields. There are about 30 fields in total of different types of information related to that prescription: how much was dispensed, the cost of it, et cetera.

Senator Stewart Olsen: Do you also get the adverse reaction reports with that data?

Mr. Gaucher: No. There are no adverse reaction reports with the data itself. There's the potential to look at the entire profile of the patient, but, again, you wouldn't recognize an adverse reaction with that. You could recognize, for example, if there were two drugs that might interact with each other.

Senator Stewart Olsen: Wouldn't it be informative if you had some kind of method to compare the two? You're getting the patient data, the actual patient name and the drugs they were prescribed?

Mr. Gaucher: Yes.

Senator Stewart Olsen: Then you don't get any follow-up. You know they got this drug, but you don't know whether they had a reaction to that drug?

Mr. Gaucher: No, that data isn't provided. The only way we have done a little bit of that work is the study around looking at hospitalizations related to adverse drug reactions. We had to link our drug data to our Discharge Abstract Database to get the diagnostic information around the fact that it was related to an adverse drug reaction. We could potentially do that with our emergency department data as well, but it's not inherent in the drug data itself.

attractant pour un fabricant d'investir d'importantes sommes dans le développement de nouveaux antibiotiques, compte tenu des maigres profits qu'il pourrait en tirer. C'est une impasse, en quelque sorte, pour les compagnies pharmaceutiques.

La sénatrice Stewart Olsen : J'ai plusieurs questions à poser sur la collecte de toutes ces données. Peut-être que M. Wright et M. O'Rourke pourront y répondre. Comment procédez-vous exactement à la collecte des données? Je sais que vous travaillez avec les provinces. Est-ce qu'elles vous les donnent, tout simplement?

M. Wright : Essentiellement, oui. Nous les recevons grâce à des flux de données, et nous les archivons dans un dépôt central. Bientôt, nous aurons accès à quelque 1,5 milliard d'entrées de données pluriannuelles sur les médicaments, et chaque entrée comporte différents indicateurs.

La sénatrice Stewart Olsen : Pardonnez-moi de vous interrompre. Vous recueillez des données sur le nombre de fois qu'un médicament a été prescrit ou sur un médicament en particulier? Quel type de données étudiez-vous?

M. Gaucher : Ce sont des données concernant les patients, qui sont donc essentiellement recueillies au niveau des ordonnances. On connaît le médicament, la quantité prescrite, le nom, le dosage, le format et différents paramètres. Il y a environ 30 paramètres différents en tout : la quantité prescrite, le coût, et cetera.

La sénatrice Stewart Olsen : Est-ce que les rapports d'effets indésirables sont joints à ces données?

M. Gaucher : Non. Il n'y a pas de rapports d'effets indésirables avec les données en tant que telles. Il est possible d'examiner tout le profil du patient, mais nous ne pourrions pas déceler la présence d'effets indésirables avec cette information. On peut cependant reconnaître, par exemple, les interactions médicamenteuses.

La sénatrice Stewart Olsen : Est-ce que cela ne serait pas utile d'avoir une méthode quelconque pour comparer les deux? Vous avez les données du patient, son nom et les médicaments qu'on lui a prescrits?

M. Gaucher : Oui.

La sénatrice Stewart Olsen : Mais il n'y a pas de suivi. Vous savez qu'il a pris tel ou tel médicament, mais vous ne savez pas s'il a eu des effets indésirables?

M. Gaucher : Non, nous n'avons pas cette information. La seule chose qui a été faite en ce sens est l'étude sur les hospitalisations en lien aux effets indésirables des médicaments. Nous avons dû mettre en relation nos données sur les médicaments avec la Base de données sur les congés des patients pour connaître les diagnostics indiquant un effet indésirable. Nous pourrions peut-être faire de même avec les données des services d'urgence, mais les données sur les médicaments ne donnent pas ce genre de renseignement, non.

Mr. O'Rourke: We go well beyond that hard, objective data. CIHI is a wonderful source for us as we do our analysis. We also receive a complete dossier from the manufacturer. That's never enough, of course. We have a very strong team of librarians and medical information specialists who search the world literature. We are constantly looking for the adverse reactions, the harms. If we see a clinical study where a significant number of patients have dropped out or disappeared, we will go back to the manufacturer to seek information on what happened to those patients, so we do track whether it was a serious adverse event or a death associated with the drug. We also purchase information from some commercial manufacturers that might have data sources in addition to what we could get from CIHI.

Senator Stewart Olsen: Going on with that, how broadly is the information disseminated?

Mr. Gaucher: Our reports using our drug data are publicly available on our website, and we try to share them more broadly through other means as well. We take them to conferences and share them with different groups we think will be interested. We engage experts. There are various ways of getting information out there, but it is all available on our website.

Mr. O'Rourke: We take passive means in that everything we do is publicly available on our website, and we are very active in the social media space as well. We also take a lot of active roles in trying to disseminate our information. We have a team of knowledge mobilization specialists who try and translate complex scientific information to easily understandable and digestible forms. We get out to medical, nursing, pharmacy conferences. We have a liaison officer — a CADTH staff member — situated in each and every province in Canada who gets information for us and markets our information into the community. Everything we do is publicly available.

Senator Stewart Olsen: Do you make a point of working with medical and nursing schools so they know your organization exists and they can access your data?

Mr. O'Rourke: Absolutely. We do it through this active role. In fact, today I brought a Doctor of Pharmacy student with me from the University of Toronto who is doing a one-month rotation at our organization. We try to get out to the schools, the universities, the colleges. I'm doing a presentation next month in Nova Scotia at the annual refresher course of the physicians in Nova Scotia, talking to them about the work we do. We try to take an active role in the dissemination of our information.

Senator Stewart Olsen: Commendations on your rapid response service; is that readily available to people as well?

M. O'Rourke : Nous allons bien plus loin que ces données objectives et précises. L'ICIS s'avère une merveilleuse référence pour nos analyses. Nous recevons également un dossier complet de la part du fabricant. Ce n'est jamais assez, évidemment. Nous pouvons compter sur une solide équipe de bibliothécaires et d'experts des renseignements médicaux, qui sondent la littérature internationale. Nous sommes constamment aux aguets pour détecter les effets indésirables, les effets nocifs. Si nous voyons qu'un grand nombre de patients ont abandonné une étude clinique ou qu'ils sont disparus en cours de route, nous demandons au fabricant ce qui leur est arrivé et nous prenons note des effets indésirables et des décès associés à la prise du médicament. Nous achetons aussi des renseignements auprès de certains fabricants commerciaux qui peuvent avoir des données différentes de celles que nous pourrions obtenir de l'ICIS.

La sénatrice Stewart Olsen : À ce sujet, à quelle échelle l'information est-elle diffusée?

M. Gaucher : Les rapports que nous produisons d'après les données sur les médicaments sont affichés sur notre site, et nous tentons de les diffuser à plus grande échelle par d'autres moyens. Nous les présentons à des conférences et les transmettons à des groupes que cela pourrait intéresser. Nous engageons des experts. L'information est diffusée de diverses façons, mais tous les rapports sont disponibles sur notre site web.

M. O'Rourke : Nous prenons des mesures passives, en ce sens que l'ensemble de notre travail est affiché sur notre site web, mais nous sommes également très présents dans les médias sociaux. Nous multiplions aussi les efforts pour diffuser notre information. Nous avons une équipe de spécialistes en mobilisation du savoir qui s'affaire à vulgariser des données scientifiques complexes, de façon à les rendre plus digestibles. Nous prenons part à des conférences dans les domaines médical, infirmier et pharmaceutique. Nous avons un agent de liaison — un employé de l'ACMTS — dans chaque province canadienne. Il recueille de l'information pour nous et en fait la promotion auprès de la population. Tout ce que nous faisons est du domaine public.

La sénatrice Stewart Olsen : Prenez-vous soin de travailler avec les facultés de médecine et les écoles de sciences infirmières, pour qu'elles sachent que votre organisation existe et qu'elles puissent consulter vos données?

M. O'Rourke : Absolument. Cela fait partie des mesures proactives que nous prenons. En fait, j'ai avec moi aujourd'hui un étudiant au doctorat en pharmacie de l'Université de Toronto, qui fait un stage d'un mois chez nous. Nous tentons d'établir un contact avec les écoles, les universités et les collèges. Le mois prochain, je fais une présentation en Nouvelle-Écosse pour le cours annuel de recyclage des médecins de la Nouvelle-Écosse. Je vais leur parler du travail que nous faisons. Nous tentons d'être proactifs dans la diffusion de notre information.

La sénatrice Stewart Olsen : Félicitations pour votre service d'examen rapide; est-ce aussi ouvert au public?

Mr. O'Rourke: Absolutely. It's a well-received product. We can only do so many, but any person in the public health care system, whether they're in a policy role or a clinical role, can pose a question to us and we'll provide them with whatever information they require to close the uncertainty gap, to help them make a policy decision or a practical patient level decision.

Senator Stewart Olsen: I found your information on the warfarin and anticoagulant study interesting. You recommend that warfarin is still a first-line drug because you don't have the long-term studies of the others.

Would you reassess when long-term studies are available because one of those drugs may prove better than warfarin? There are a lot of problems with warfarin, as you probably know. Would there be rolling information or a rolling evergreen look at these new drugs?

Mr. O'Rourke: Yes, we do. For every drug we review, our information specialists have the means of tracking any new study or report that would come out on that particular drug. In most cases we usually don't have to do that re-review because the manufacturer will come back to us with that information saying, "It's time for you to do a new review of this drug." We have a resubmission process when new clinical information comes out. The drug plans can come to us and ask us to look at the evidence again.

The way we're trying to do it now is when one company comes out with a new drug, two or three other companies are looking in that same field. Multiple sclerosis is an example where new drugs are about to come to the market. We will do our assessment and recommendation on the individual drugs, and at the same time, we will do a therapeutic class review of all of the agents involved. Some of that requires a re-review of the evidence.

Senator Enverga: Thank you for all the presentations. My question is about seniors, who are particularly vulnerable to several of the unintended consequences of prescription drugs. CIHI has reported that people over 65 years of age are five times more likely to be hospitalized for serious adverse effects than other Canadians. Can you please explain CIHI's analysis of hospitalizations for seniors resulting from adverse drug reactions?

Mr. Gaucher: Yes. We looked at using CIHI's Discharge Abstract Database, which has diagnostic information related to adverse drug reactions, and identified seniors who had a hospitalization related to an adverse drug reaction.

M. O'Rourke : Absolument. C'est un produit qui a été bien reçu. Notre capacité est limitée, mais tous les intervenants du domaine de la santé publique, qu'ils soient responsables de politiques ou qu'ils jouent un rôle de nature clinique, peuvent nous poser une question et nous leur fournirons les renseignements dont ils ont besoin pour confirmer certaines choses, prendre une décision à l'égard des politiques ou déterminer le traitement à suivre pour un patient.

La sénatrice Stewart Olsen : Votre étude sur la warfarine et les anticoagulants est intéressante. Vous recommandez que la warfarine demeure le médicament de première ligne, car vous n'avez pas de données à long terme sur les autres.

Allez-vous réévaluer la situation si des études à long terme démontrent que l'un de ces autres médicaments est plus efficace que la warfarine? Comme vous le savez sans doute, la warfarine cause beaucoup de problèmes. Est-ce que des mises à jour régulières ou de nouvelles évaluations vont être faites pour ces nouveaux médicaments?

M. O'Rourke : Oui, c'est le cas. Nos spécialistes en information sont en mesure de faire le suivi de toute nouvelle étude ou de tout nouveau rapport concernant un médicament que nous avons évalué. Dans la plupart des cas, nous n'avons pas à refaire ces recherches, parce que le fabricant nous informe quand une nouvelle évaluation est de mise pour un médicament. Nous avons un processus qui permet de soumettre de nouveau un médicament à une évaluation quand de nouvelles données sont disponibles. Les régimes d'assurance-médicaments peuvent nous demander de réexaminer les données.

Lorsqu'une compagnie lance un nouveau médicament, deux ou trois autres compagnies vont viser le même marché. Par exemple, de nouveaux médicaments contre la sclérose en plaques vont bientôt être mis sur le marché. Nous allons faire l'évaluation de chacun des médicaments avant de formuler des recommandations, puis nous allons procéder à un examen de la classe thérapeutique pour tous les agents qui entrent dans leur composition. Cela nécessite parfois une nouvelle évaluation des données.

Le sénateur Enverga : Merci pour vos exposés. Ma question porte sur les aînés, qui sont particulièrement vulnérables face à plusieurs des effets indésirables des médicaments d'ordonnance. L'ICIS a rapporté que les personnes âgées de plus de 65 ans courent cinq fois plus de risques que les autres Canadiens d'être hospitalisées en raison d'effets indésirables graves. Pouvez-vous nous expliquer sur quoi s'appuie l'analyse de l'ICIS sur les hospitalisations associées aux effets indésirables des médicaments?

M. Gaucher : Oui. Nous avons utilisé les données de la Base de données sur les congés des patients de l'ICIS, qui contient de l'information sur les diagnostics liés à différents effets indésirables, afin de cerner les personnes âgées qui avaient été hospitalisées pour cette raison.

We used the diagnostic information to determine that, and we looked at how often these were occurring, what types of drugs and what types of reactions they were. We found, for example, that anticoagulants, blood thinners, were the class most common in hospitalizations — related to bleeding from the drugs.

Using the drug data, we then looked at the risk factors associated with these hospitalizations by linking the patient who had hospitalization and looking at their drug profile. That's how we found that, for example, those who were on more drugs were at higher risk. We looked at various factors beyond that in terms of assessing what put the patient at highest risk. If they were older, they were at higher risk as well. That study looked at both our diagnostic information and our Discharge Abstract Database and linked it with the drug data to get a better assessment of which seniors were at risk of having these hospitalizations.

Senator Enverga: Does the data indicate that overmedication or interaction with other drugs causes the problems?

Mr. Gaucher: It's difficult to assess. We didn't go that far with the study. We noted that it could be studied further in terms of looking at those who were on a greater number of drugs and were hospitalized, the details of their drug profile and seeing if there were problems. This study stopped at looking at risk factors in general and identified that the more drugs they were on, the higher risk they were at. It identified the types of drugs most often associated with hospitalizations.

Senator Enverga: Would antibiotics be a big part of this overmedication? Are we giving too many antibiotics, especially to our seniors?

Mr. Gaucher: We looked at the drugs most often associated, and antibiotics didn't really show up there. It doesn't mean there weren't some hospitalizations that occurred. As far as just looking at the drug data goes, we tend to focus more on the types of drugs that are being used more frequently. Antibiotics generally don't show up but certainly could be looked at using the drug data. We could potentially do more focused studies on antibiotics utilization. The challenge is that we don't have a lot of data other than seniors. As Mr. Wright mentioned, we have gaps to fill on the private side, so right now most of our antibiotics data would be for seniors. We wouldn't have a lot for other groups.

Nous avons utilisé les données diagnostiques pour le déterminer, et nous avons cherché à savoir à quelle fréquence cela se produisait, quels types de médicaments étaient en cause et quels étaient les effets observés. Nous avons constaté, entre autres, que les anticoagulants étaient la classe thérapeutique la plus souvent en cause dans les hospitalisations (hémorragie causée par les médicaments).

À l'aide de l'information sur les médicaments, nous avons ensuite évalué les facteurs de risque associés à ces hospitalisations, en mettant en relation le profil du patient et celui du traitement employé. Nous avons ainsi pu conclure que les patients qui prenaient plus de médicaments couraient plus de risques. Nous avons aussi étudié d'autres facteurs pour déterminer ce qui rendait les patients plus à risque. Plus les patients étaient âgés, plus ils étaient à risque. Dans cette étude, nous avons examiné les données diagnostiques et les informations tirées de la Base de données sur les congés des patients, et nous les avons mis en relation avec les renseignements sur les médicaments pour avoir une meilleure idée des personnes âgées qui étaient à risque d'être hospitalisées pour cette raison.

Le sénateur Enverga : Est-ce que les données indiquent qu'une surconsommation de médicaments ou des interactions médicamenteuses pouvaient être à l'origine des hospitalisations?

M. Gaucher : C'est difficile à dire. Nous n'avons pas examiné ce facteur dans le cadre de cette étude. Nous avons noté qu'on pourrait approfondir la question en étudiant le cas des patients hospitalisés qui consomment plusieurs médicaments, leur profil de traitement et la présence potentielle de problèmes. Nous nous sommes limités dans ce cas-ci aux facteurs de risque en général et nous avons pu constater que plus les patients consommaient de médicaments, plus ils étaient à risque. Nous avons également identifié les types de médicaments qui sont le plus souvent associés à des hospitalisations.

Le sénateur Enverga : Est-ce que les antibiotiques sont en grande partie responsables de cette surconsommation de médicaments? Est-ce qu'on prescrit trop d'antibiotiques, particulièrement à nos aînés?

M. Gaucher : Nous avons jeté un coup d'œil aux médicaments les plus souvent en cause, et les antibiotiques n'étaient pas vraiment du nombre. Cela ne veut pas dire qu'ils ne sont jamais associés à des hospitalisations. Quand il s'agit d'étudier les données sur les médicaments, nous avons tendance à mettre l'accent sur les types de médicaments utilisés le plus fréquemment. Les antibiotiques n'en font généralement pas partie, mais il serait certainement possible d'examiner la question à l'aide de ces données. Nous pourrions faire des études plus ciblées sur l'utilisation des antibiotiques. Ce qui complique les choses, c'est que nous n'avons pas beaucoup de données autres que celles sur les personnes âgées. Comme M. Wright l'a indiqué, il nous manque de l'information du côté du secteur privé, alors en ce moment, la plupart des données que nous avons sur les antibiotiques concernent les personnes âgées. Nous n'en avons pas beaucoup sur les autres groupes de patients.

Senator Enverga: During this study of drug reactions, have any of you ever sent any alerts saying this data is too much, this is affecting this particular group? Have you ever sent alerts to practitioners? Is this one of the roads you're thinking about taking in the future?

Mr. O'Rourke: Not in a direct sense of an alert to every physician across the country. I think Health Canada does have that role when they notice a serious adverse event with a particular drug. What we do is a lot of the knowledge mobilization that I talked about. If we identify specific harms or safety issues in the study or class of drugs we are looking at, we will try to promote that information in an easily digestible form. A lot of our reports can end up being 200 to 300 pages; we're trying to collapse that so that a busy physician, nurse or practitioner can read it. It is also for patients as well.

On the previous question you had about seniors, if I may, the concern with antibiotics is the resistance issue. The polypharmacy issue that Senator Eaton referred to is of major concern, particularly in the nursing home community. We've done a fair bit of work with the provinces, British Columbia in particular, on falls in seniors. We know that a lot of the falls are related to drug interactions or polypharmacy, or even if they are on one drug that has the potential to increase their risk for falls. We've made some recommendations on the use of hip protectors in nursing homes that prevent them from fracturing their pelvis, et cetera, if they do fall. It is a significant concern and issue in nursing homes in the senior community.

Senator Enverga: When you interact with Health Canada and make recommendations, what are your thoughts about their reaction? Do they do it instantaneously? How does it work for you? Do you think they need a better response time?

Mr. O'Rourke: From my perspective, we have an excellent working relationship with Health Canada, the Health Products and Food Branch in particular. We have instituted a program where we start looking at the reviews, the new drugs that come to market about three to four months prior to the drug's being marketed by Health Canada or approved. We do need to share and use some of their information. We have participated in a lot of the discussions they have with manufacturers, pre-submission. We have a very good working relationship with Health Canada.

Mr. Wright: We have an excellent working relationship with Health Canada as well, but we are not in the business of making recommendations. We prefer to have the data speak for themselves.

Le sénateur Enverga : Lors de cette étude sur les effets indésirables des médicaments, avez-vous émis des avertissements après avoir constaté un nombre trop élevé d'effets indésirables pour un groupe de patients en particulier? Avez-vous avisé les professionnels de la santé? Est-ce une voie que vous pensez emprunter à l'avenir?

M. O'Rourke : Pas directement, c'est-à-dire que nous n'avons pas alerté tous les médecins du pays. Je pense que Santé Canada a ce mandat lorsqu'on découvre qu'un médicament en particulier a des effets indésirables graves. Nous nous concentrons surtout sur la mobilisation du savoir dont je vous ai parlé tantôt. Si nous décelons des effets nocifs précis ou des problèmes d'innocuité pour une classe thérapeutique à l'étude, nous allons tâcher de vulgariser et de diffuser cette information. Bon nombre de nos rapports contiennent entre 200 et 300 pages; nous tentons de résumer le tout pour que les médecins, les infirmiers et infirmières et les différents professionnels de la santé puissent prendre connaissance de l'information malgré leur horaire chargé.

Pour ce qui est de votre autre question concernant les aînés, si je peux me permettre, le problème qui se pose est la résistance aux antibiotiques. Le problème de polypharmacie auquel la sénatrice Eaton a fait référence est très préoccupant, notamment dans les maisons de repos. Nous avons fait beaucoup de travail avec les provinces, surtout avec la Colombie-Britannique, à propos des chutes chez les aînés. Nous savons que bon nombre de chutes sont dues à des interactions médicamenteuses ou à des problèmes de polypharmacie, ou même à la prise d'un médicament qui peut accroître le risque de chute. Nous avons formulé des recommandations sur l'utilisation de protecteurs de hanche dans les maisons de repos pour prévenir les fractures pelviennes, entre autres, en cas de chute. C'est un problème inquiétant dans les maisons de repos et chez les personnes âgées.

Le sénateur Enverga : Lorsque vous faites des recommandations à Santé Canada, que pensez-vous de leur réaction? Est-ce que le ministère réagit instantanément? Comment est-ce que cela fonctionne pour vous? Est-ce que son délai de réponse devrait être plus rapide?

M. O'Rourke : Je pense que nous avons d'excellents rapports avec Santé Canada, notamment avec la Direction générale des produits de santé et des aliments. Nous avons mis sur pied un programme dans le cadre duquel nous commençons à examiner les nouveaux médicaments environ trois ou quatre mois avant qu'ils ne soient commercialisés ou approuvés par Santé Canada. Nous n'avons pas besoin d'utiliser l'information du ministère. Nous participons aux nombreuses discussions qu'il a avec les fabricants, avant la présentation des médicaments. Bref, nous entretenons d'excellents rapports avec Santé Canada.

M. Wright : Nous aussi, nous entretenons d'excellents rapports avec Santé Canada, mais nous n'avons pas à lui faire de recommandation. Nous préférons nous en tenir à ce que révèlent les données.

Senator Dyck: Thank you for your presentations this morning. I want to start off with the line of questioning regarding antibiotics. One of the unintended side effects of the overuse of antibiotics is the rise of infections with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. In the data collection, I'm wondering whether the incidence of these types of infections is tracked and whether you track the use of the specific antibiotics that can be used to treat the MRSA and, depending on the kind of data that you see, if you would make a decision as to whether those antibiotics should be covered by a drug formulary. For example, in a specific case of a family faced with that sort of situation, they end up having to pay enormously high prescription fees in order to get the drug.

Mr. O'Rourke: Right. With respect to some of those really serious resistance patterns — MRSA and vancomycin resistance — as well and some of the serious things that happen within the hospitals, from nosocomial infections to people who get ill when they go into the hospital, we have done a fair bit of work with the hospital community in helping them identify ways to prevent those things from happening, such as usage guidelines. We did an electronic tool for MRSA, as an example, which helps hospitals prevent it from happening.

When it does happen, there are well-recognized guidelines from infectious disease societies on how to treat the patients that have these serious infections and what to use when the particular antibiotic is no longer effective in a group of patients. A lot of it has to do with techniques they have to do in the hospital.

Linking that to the funding issues, it's a difficult question to answer without knowing the specific drugs that they may have been paying for. If it was a drug that was recently approved or has a new indication that has come to us for recommendation, we would put it through our expert committee like we do for all drugs and recommend to the provinces whether it should be funded or not. For drugs used only in a hospital, we don't review those. The pharmacy hospital and therapeutic committees typically do the purchasing and funding of the drugs used in hospitals.

Senator Dyck: As a quick follow-up, would that list of approved drugs be available at a public website so that if a person had a child that was in this situation, could they look to see what drugs were approved by Health Canada?

Mr. O'Rourke: By Health Canada, yes, of course. On their website they have a list of every drug that has been approved by Health Canada. Every province also has their own drug benefit list available through their ministry of health on their website. Usually we identify if there are restrictions on who can get it. That covers those on social welfare and seniors in most provinces, depending on the scope of their benefit program.

La sénatrice Dyck : Je vous remercie de vos exposés. J'aimerais commencer par les questions concernant les antibiotiques. L'un des effets non voulus de la surutilisation d'antibiotiques est l'augmentation des infections à *Staphylococcus Aureus* résistantes à la méthicilline. Je me demande si l'on tient compte de l'incidence de ces types d'infections dans la collecte de données et si l'on compile une liste d'antibiotiques spécifiques auxquels on peut avoir recours pour traiter ces infections. Et selon ce que révèlent ces données, envisageriez-vous d'utiliser un formulaire pharmaceutique les concernant. Je pense que les familles qui seraient sujettes à ce type d'infections finiraient par payer des frais d'ordonnance extrêmement élevés pour obtenir le médicament en question.

M. O'Rourke : En effet. En ce qui concerne les schémas de résistance particulièrement aigüe — comme la résistance à la méthicilline et à la vancomycine — ainsi que les incidents graves qui se produisent dans les hôpitaux, comme les infections nosocomiales, nous avons étroitement collaboré avec les hôpitaux pour trouver des moyens, tels que des lignes directrices, pour prévenir ces incidents. Ainsi, nous avons mis au point à l'intention des hôpitaux un outil électronique pour suivre les infections à *Staphylococcus Aureus* résistantes à la méthicilline.

Lorsque des incidents surviennent, on applique les lignes directrices bien établies proposées par les sociétés spécialisées pour traiter les patients souffrant d'infections graves et pour déterminer quel médicament utiliser lorsqu'un antibiotique n'est plus efficace dans un groupe de patients. Tout cela relève des techniques suivies dans les hôpitaux.

Par rapport aux questions de financement que vous soulevez, il est difficile de répondre sans savoir de quel médicament il s'agit. S'il s'agit d'un médicament récemment approuvé ou qui a fait l'objet d'une indication que l'on nous a recommandée, nous le ferions examiner, comme tous les autres médicaments, par notre comité d'experts et recommanderions éventuellement aux provinces de le financer. En revanche, nous ne nous occupons pas des médicaments utilisés dans les hôpitaux, qui sont achetés et couverts par les comités thérapeutiques et les pharmacies de ces établissements.

La sénatrice Dyck : Question rapide, est-ce que la liste des médicaments disponibles peut être consultée sur un site web pour vérifier si un médicament donné a été approuvé par Santé Canada?

M. O'Rourke : Bien sûr, Santé Canada a un site web qui renferme la liste de tous les médicaments approuvés. De leur côté, les provinces ont toutes un site de leur ministère de la Santé où figure la liste des médicaments approuvés. On y indique habituellement aussi s'il y a des restrictions. Les gens qui bénéficient du bien-être social et les aînés sont couverts dans la plupart des provinces, en fonction du programme d'avantages offerts.

Mr. Gaucher: As for information on treatments, there could be drug data that we have some information for. I also suspect that in some of our other data holdings — for those patients who are hospitalized or have emergency department visits — we may have some information available as well. Nothing is specifically targeted in that area, but we may hold some information that would inform some work related to it.

Senator Dyck: Continuing along the same line, do you collect data with regard to prescription drug use within prisons? Is that part of your normal collection procedure? Within prisons, of course, we know there are high levels of addictions and mental disorders.

Mr. Gaucher: We don't currently hold that information. We get some of it at an aggregate level in terms of what's spent through another data holding, but as for detailed data in our prescription drug database, we don't hold that information.

Senator Dyck: It might lead to some interesting data. I was thinking of drug use, and this leads me to a third question. Within the data that you collect, is it possible for you to interpret the data to see trends of misuse of a particular drug? OxyContin is one that has been talked about, and I made a note for myself that I don't see it very quickly here. There are other drugs for children that are prescribed, like Ritalin. There is the potential for misuse, where instead of the child using the Ritalin, it's somehow given to another person. Can you see trends of misuse by keeping track of prescription usage?

Mr. Gaucher: There are different ways to potentially pick up patterns. You can follow patients' therapy over time. Within the database, we have data for some provinces going back to 2000 and for most provinces back five years. You can look at any patient in there and follow them.

I think the challenge is determining whether there is a real problem because you may see what you feel is an unusual pattern of several different narcotic prescriptions from different prescribers, potential problems of quantities that are being refilled on a regular basis or doses continually going up. You can pick up some of that. You can't really conclude there's a problem, but for looking at potential trends and patterns, that might indicate it. Going back to the limitations, we have data for younger populations only for British Columbia and part for two other provinces. We have a lot of seniors' data, but unfortunately not for the large gap of younger Canadian residents, which we need to fill.

Senator Dyck: That was going to be my next question: What data collection do you have for children? We've talked about overmedication for seniors, but perhaps there is a perception that we're also overmedicating children. Without the data, we wouldn't be able to assess that. I wonder whether you have plans to increase the amount of data that you collect on children.

M. Gaucher : Quant à l'information sur les traitements, nous pourrions avoir des données sur les médicaments utilisés. Nous pourrions aussi, je suppose, en avoir dans d'autres banques de données touchant par exemple les gens qui sont hospitalisés ou qui font des visites aux urgences. Rien n'est particulièrement ciblé dans ce secteur, mais nous pourrions avoir de l'information sur ce qui se fait.

La sénatrice Dyck : Dans le même ordre d'idées, est-ce que vous recueillez des données sur les médicaments prescrits dans les prisons? Est-ce que ces données font partie de vos collectes habituelles? Nous savons bien qu'il y a beaucoup de dépendances et de désordres mentaux dans les prisons.

M. Gaucher : Nous ne gardons pas actuellement ce genre d'information. Nous pouvons en avoir une idée à partir d'autres banques de données relatives aux dépenses, mais pour ce qui est de données détaillées de notre banque de médicaments d'ordonnance, nous ne les avons pas.

La sénatrice Dyck : Ce pourrait être des données révélatrices, par exemple sur l'utilisation des médicaments et cela m'amène à ma troisième question. Pouvez-vous, en interprétant les données que vous recueillez, constater des tendances de mauvaise utilisation d'un médicament donné? On a beaucoup parlé de l'OxyContin et selon une note que je me suis faite, j'espère ne pas le voir arriver de sitôt. Il y a d'autres médicaments que l'on prescrit aux enfants, comme le Ritalin, que les adultes pourraient utiliser à mauvais escient. Faites-vous un suivi des médicaments d'ordonnance pour voir s'ils sont mal utilisés?

M. Gaucher : Il y a différents moyens de relever les tendances. On peut suivre le traitement des patients sur une période donnée. Dans la banque, nous avons des données provinciales qui remontent à l'an 2000 et, pour la plupart des provinces, qui remontent à cinq ans. On peut donc y suivre le traitement suivi par n'importe quel patient.

Il est difficile de déterminer s'il y a un vrai problème. On pourrait constater des tendances inhabituelles, par exemple de plusieurs ordonnances d'opiacés fournis par différents prescripteurs, des ordonnances qui sont renouvelées périodiquement ou pour des dosages de plus en plus importants. C'est le genre de données que l'on peut déceler. Mais on ne peut pas vraiment conclure qu'il y a un problème en examinant ce genre de tendances. Pour en revenir aux limites de nos collectes, nous n'avons des données sur les jeunes que pour la Colombie Britannique et certaines régions de deux autres provinces. Nous avons beaucoup de données sur les aînés, mais malheureusement pas autant sur les jeunes. C'est une lacune qu'il faut combler.

La sénatrice Dyck : J'allais justement vous poser une question à ce sujet. Quels types de collecte de données faisons-nous pour les enfants? On a parlé de surmédication chez les aînés, mais on pense qu'il pourrait y en avoir chez les enfants. Sans données à ce sujet, ce serait impossible de l'établir. Je me demande si vous avez l'intention d'accroître la collecte de données sur les enfants.

Mr. Gaucher: We're certainly working hard to continue addressing the gaps that we have on the private side. With three provinces now, we have a fairly reasonable amount of non-senior data. We're starting to look at what we can potentially do with that data. It goes hand in hand with trying hard to fill those gaps and getting more data on younger Canadians in other provinces, while at the same time looking at how we can use the data we have to help inform and address some of these issues.

[Translation]

Senator Chaput: The national anti-drug strategy will be expanded to include prescription drug abuse. Health Canada has committed to working with various organizations. Have you been consulted so far? If not, you will be consulted at some point. What position will your organization adopt on how to prevent this abuse? In addition, what measures will you recommend to identify cases and reduce repercussions?

[English]

Mr. Gaucher: Sorry, I missed the question. I apologize.

Mr. O'Rourke: We have not been consulted directly at this point. We passively received the report from the organization and looked at it to see if there was anything we could offer as well. I think it's a fantastic report that has a lot of good recommendations to move forward.

We do work closely with each of the provincial, territorial and federal drug plans, and most of them have policies and practices in place throughout their provinces. We are currently doing an environmental scan across all the provinces on drugs of abuse, the opioids, oxycodones. We are even expanding that into other classes. We hope to have that information available in April or May to see whether there are things we can or should be doing differently from each provincial level or lessons that one province can learn from another in that regard.

We've also done a fair bit of work for the drug plans on therapies used to help patients who have addiction problems with opioids, et cetera, comparing some of the drugs available, identifying the hazards with those drugs and how they can be appropriately used.

[Translation]

Senator Chaput: If I have understood correctly, certain measures could be proposed in terms of specialized therapies, to help patients overcome their addiction?

[English]

Mr. O'Rourke: Yes. Typically a patient who has a problem with an illicit or prescription drug requires two things. One is a stabilization phase where we help them break the addiction, the mental and physical side of it. There's a detoxification phase

M. Gaucher : Nous travaillons d'arrache-pied pour combler les lacunes constatées du côté du privé. En ce qui concerne trois provinces, nous avons désormais d'assez bonnes quantités de données qui ne concernent pas les aînés. On commence à examiner ce qu'on pourrait en faire. Les deux objectifs vont de pair : chercher à combler ces lacunes en obtenant davantage de données sur les jeunes Canadiens d'autres provinces, tout en examinant les diverses façons de les utiliser pour documenter d'autres enjeux.

[Français]

La sénatrice Chaput : La stratégie nationale antidrogue va être élargie pour inclure l'abus de médicaments. Santé Canada s'est engagé à travailler en collaboration avec les organismes. Est-ce que vous avez déjà été consultés? Sinon, vous allez l'être à un moment donné. Quelle sera la position de votre organisme sur la façon de remédier à cet abus? Également, quelles mesures allez-vous recommander pour déceler les cas et réduire les incidences?

[Traduction]

M. Gaucher : Pardonnez-moi, je n'ai pas compris la question.

M. O'Rourke : Nous n'avons pas été directement consultés pour le moment. Sans que nous le demandions, nous avons reçu le rapport de l'organisation et nous l'avons examiné pour voir si nous avons quelque chose à offrir. C'est à mon avis un rapport extraordinaire qui contient beaucoup d'excellentes recommandations auxquelles donner suite.

Nous collaborons étroitement avec les régimes d'assurance-médicaments des provinces, des territoires et du fédéral, qui, pour la plupart, ont des politiques et pratiques en vigueur. Dans toutes les provinces, nous faisons actuellement l'état des lieux par rapport aux médicaments dont on abuse, tels que les opioïdes et les oxycodones. Nous élargirons ensuite l'enquête à d'autres types de médicaments. Nous espérons disposer de cette information en avril ou mai. Nous verrons alors s'il est possible d'agir différemment dans chaque province et nous tirerons les leçons de nos expériences mutuelles.

Pour le compte des régimes d'assurance-médicaments, nous avons fait pas mal de travail sur les thérapies qui pourraient être utilisées pour les dépendances aux opioïdes, et cetera. en comparant les médicaments disponibles, et en déterminant les risques associés à ces médicaments et leurs usages appropriés.

[Français]

La sénatrice Chaput : Si je comprends bien, certaines mesures pourraient être proposées en fonction de thérapies spécialisées, pour aider les patients à se défaire de cette dépendance?

[Traduction]

M. O'Rourke : Oui, les patients qui sont dépendants de drogues ou de médicaments d'ordonnance doivent habituellement passer par diverses phases. La phase de stabilisation qui les aidera à stopper la dépendance, à la fois

where we give them drugs like methadone or Suboxone to help them get off of the illicit drugs. Then there are the supportive phase and the ongoing maintenance phase. We have been helping them with the second phase — the detoxification phase — and the different drugs available that are used to help patients.

Mr. Wright: In the case of CIHI, we've had high-level discussions around this and explorations of what our prescription drug use database can contribute to this effort. We hope to have further conversations with Health Canada. We are here to help.

Senator Cordy: Thank you for being here today with your testimony. Senator Dyck raised a very interesting point about the collection of data in prisons. I was on a committee that dealt with aging, and the population in prisons is aging. When we look at the statistics on overmedication or misuse of medication in seniors, it is interesting. We also know that the number of people who are mentally ill is significantly higher, or seems to be quite high in prisons, so that would be an interesting area to look at.

CIHI spoke about the collection of data in hospitals, of medication errors in hospitals and long-term care facilities in the National System for Incident Reporting. Some of the reading that I have been doing is saying that the data that we are receiving, not just about medication errors but other medical errors that are taking place in hospitals and long-term care facilities, is not necessarily as accurate as one would like. Are you finding that you are getting accurate data on medication errors from hospitals and long-term care facilities? What I have been reading is that they are not all reporting when there are problems within the facilities.

Mr. Gaucher: First, to answer the accuracy of the data, there is difference in the quality we receive. For the most part, the data is codified or coded. There are some pretext fields, and we see some variability in how much information is put in by the submitter of that medication incident. It's difficult to know exactly how accurate it is and to assess that. From our perspective, we see some fairly good-quality data coming through, but it does vary, depending on probably the facility or the submitter.

Senator Cordy: I guess the thing is it's not necessarily the quality, but are you receiving all the data? I guess you don't know unless you receive it.

Mr. Gaucher: That's very difficult to actually determine. No matter where I think you read, you tend to read that just a small proportion of errors that actually occur are reported. Right now, we have data from just under 300 facilities, so obviously we are not collecting it from all facilities. It's more comprehensive from

mentale et physique. Dans la phase de désintoxication, on leur donne des médicaments tels que la méthadone ou le suboxone, qui les aident à arrêter de consommer. Cette étape est suivie de la phase de soutien et de la phase d'entretien. Nous intervenons au cours de la deuxième phase — la phase de désintoxication — en leur offrant les divers médicaments à disposition.

M. Wright : Dans le cas de l'Institut canadien d'information sur la santé, nous avons eu des discussions de haut niveau sur ce thème et sur les possibilités d'utiliser notre base de données sur les médicaments d'ordonnance. Nous espérons avoir d'autres conversations avec Santé Canada à ce sujet. Nous sommes là pour aider.

La sénatrice Cordy : Merci de votre témoignage. La sénatrice Dyck a fait un commentaire très intéressant sur la collecte de données dans les prisons. J'ai fait partie d'un comité qui s'est penché sur le thème du vieillissement et il est vrai que la population des prisons vieillit. Il est intéressant d'observer les statistiques sur la surmédication ou la mauvaise utilisation des médicaments chez les aînés. Nous savons aussi que le nombre de personnes souffrant de maladies mentales est beaucoup plus élevé, ou semble très élevé, dans les prisons. Il serait donc intéressant d'étudier la question.

Dans son Système national de déclaration des incidents, l'Institut canadien d'information sur la santé fait état de la collecte de données dans les hôpitaux, des médicaments administrés par erreur dans les hôpitaux et dans les établissements de soins de longue durée. D'après ce que je lis, les données que nous recevons, non seulement sur les médicaments administrés par erreur, mais aussi sur les autres erreurs médicales, dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée, ne sont pas nécessairement aussi exactes qu'on voudrait le croire. Pensez-vous obtenir des données exactes sur les médicaments administrés par erreur dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée? D'après ce que j'ai lu, on ne fait pas toujours de rapports lorsqu'il y a des problèmes dans ces établissements.

M. Gaucher : En ce qui concerne l'exactitude des données, leur qualité varie. La plupart de ces données sont codifiées ou codées. Il y a certaines rubriques à remplir lorsqu'on rapporte un incident et la façon de les remplir varie. Il est donc difficile de savoir avec précision si l'information est exacte. À notre avis, nous avons des données de bonne qualité, mais elles peuvent varier, probablement en fonction de l'établissement ou de la personne qui remplit le formulaire.

La sénatrice Cordy : Je ne veux pas nécessairement parler de la qualité des données, je me demande aussi si vous les recevez toutes? Je suppose que vous ne le savez pas à moins de les recevoir.

M. Gaucher : C'est très difficile de l'établir. On lit partout que seule une toute petite proportion des erreurs fait l'objet d'un rapport. Actuellement, nos données proviennent d'un peu moins de 300 établissements, il est donc clair que nous ne les avons pas toutes. Dans certains établissements, elles sont plus détaillées.

some facilities than from others. We provide the opportunity to submit the full scope, from near misses to serious incidents that cause death and harm. Some facilities submit everything; some submit only more serious events. A partial picture, I guess, is what we hold.

Mr. O'Rourke: I wanted to comment based on some of my experience in clinical practice working in hospitals. We still have a bit of a culture of not collecting or reporting particularly the incidents where the medication actually hasn't gotten to the patient, but there still has been an error associated with that. Those are the ones I think we can learn so much from and try to prevent that from ever happening again. We do report on the sentinel events, those that result in serious harm to a patient, and we do report a lot of the medication errors, but it is those medication incidents where we need to do a much better job.

If I could just respond to the Corrections Canada piece as well, it is a very good point. Part of our role is to support the federal drug programs as well, and Corrections Canada is one of our customers. One of our liaison officers does work for all the federal programs, like Veterans Affairs and DND and Corrections. We are not in the business of collecting data, but we are in the business of analyzing the data, and we have done some work with Corrections as well.

Senator Cordy: You are right. That is a federal jurisdiction, which would be of particular interest to the committee.

Are provinces moving in the direction of forcing hospitals, as much as they can, to release these kinds of situations that are happening in hospitals? Three hundred facilities giving data is pretty low when you are talking about the country.

Mr. Gaucher: Right now the only province that legislated mandatory reporting was Ontario, for critical types of medication, IV fluid incidents. We are receiving that data. They chose the facilities to submit that data to. That's all I'm aware of. I know there are some other possibilities of other provinces with things being talked about or perhaps just recently being implemented.

Senator Cordy: I am interested in CIHI. You also spoke about looking ahead, and you talked about counterfeit drugs. How much work have you done on that? How much data do you have on counterfeit drugs? How common are counterfeit drugs in Canada? Could you give us a little bit of information? I would guess it's becoming easier to have counterfeit drugs when you can go online and order. You don't have to go to a pharmacy; you can do it in relative obscurity.

Nous donnons aux établissements la possibilité de rapporter toute la gamme des incidents, depuis ceux qui ont été évités de justesse jusqu'aux incidents graves qui ont causé la mort ou des blessures. Certains établissements rapportent tout, d'autres, seulement les incidents graves. Nous avons donc, je suppose, une vision partielle des choses.

M. O'Rourke : Ayant travaillé dans des hôpitaux et ayant acquis une certaine expérience en pratique clinique, je voudrais faire une observation. Nous avons encore tendance à ne pas collecter de données ni à présenter des rapports particulièrement en ce qui concerne les cas où le patient n'a pas reçu de médicaments, et il y a encore une erreur associée à cette situation. Nous pouvons en tirer beaucoup d'enseignement de ces cas et faire en sorte que ces erreurs ne se reproduisent plus jamais. Nous produisons des rapports sur les événements sentinelles, ceux qui causent des complications majeures chez les patients et nous déclarons beaucoup d'erreurs de médication, et c'est à ce chapitre que nous devons obtenir de bien meilleurs résultats.

Si vous me le permettez, je dirais qu'en ce qui concerne le Service correctionnel du Canada, vous avez raison. Notre rôle consiste entre autres à appuyer aussi les régimes d'assurance-médicaments du fédéral, et le Service correctionnel du Canada est l'un de nos clients. Un de nos agents de liaison est responsable de tous les programmes fédéraux, comme ceux d'Anciens Combattants, du MDN et du Service correctionnel du Canada. Notre travail ne consiste pas à collecter des données, mais à les analyser, nous avons aussi collaboré avec le Service correctionnel.

La sénatrice Cordy : Vous avez raison. C'est une compétence fédérale, qui intéresse particulièrement le comité.

Est-ce que les provinces envisagent d'obliger, dans la mesure du possible, les hôpitaux à divulguer ce type d'incidents? À l'échelon national, 300 établissements qui fournissent des données, c'est très peu.

M. Gaucher : L'Ontario est actuellement la seule province qui a légiféré sur la déclaration obligatoire des erreurs de médication graves et de solutions intraveineuses. Nous recevons ces déclarations. Ces données ne peuvent être envoyées qu'à certains établissements désignés. C'est tout ce que je sais. D'autres provinces étudient d'autres possibilités ou viennent peut-être de mettre en œuvre des initiatives.

La sénatrice Cordy : L'ICIS m'intéresse. Vous avez aussi parlé de projets d'avenir et des médicaments contrefaits. Avez-vous beaucoup étudié cette question? Avez-vous beaucoup de données? Ces médicaments sont-ils très utilisés au Canada? Pouvez-vous nous donner quelques renseignements? J'imagine qu'il est plus facile de se procurer des médicaments contrefaits en passant une commande sur Internet. Il n'est pas nécessaire d'aller dans une pharmacie alors qu'on peut les acheter en toute discrétion.

Mr. Gaucher: We haven't done anything specific yet. With regard to potential, within the database, if it becomes public knowledge that certain drugs are being counterfeited, we could potentially try to track those types of drugs within our data to see whether we can pick up any of that. It's difficult to know really. It depends on the types of drugs.

Senator Cordy: We don't know how common it is.

Mr. Gaucher: No, we don't, at this point in time. It's just something we could potentially help inform if it became a problem and we were aware of the types of drugs.

Senator Cordy: Mr. O'Rourke, are you doing anything in that line?

Mr. O'Rourke: No.

Senator Cordy: Concerning legal drugs and legal drug companies, do we, in Canada, look at where drugs are being manufactured? Many of them are being manufactured outside of Canada's boundaries.

Mr. O'Rourke: That really is the responsibility of Health Canada. They look at three things: the efficacy, the safety and the quality. Through their inspectorate, they have that responsibility.

Senator Cordy: You just collect the data. Thank you very much.

Senator Seidman: We have had a lot of questions about data and the specifics of data, so most of my questions about that have been covered. If I might, and if you'll forgive me if I ask something that seems repetitive, I would like to clarify a few things about the data.

CIHI has a National Prescription Drug Utilization Information System Database. You say that you collect clinical data for seniors. These are seniors living in long-term care facilities, not living in the community; is that correct?

Mr. Gaucher: It's both seniors in the community and in long-term care.

Senator Seidman: Okay.

Mr. Gaucher: Sorry, clinical data. No.

Mr. Wright: We collect clinical data in 1,100 long-term care facilities in the country.

Senator Seidman: Right, and prescription drug use for seniors in the community?

Mr. Wright: Through the prescription drug plans in each of the provinces, yes.

Senator Seidman: That would be person-specific, as you said. It is person-specific, with all the drugs prescribed.

M. Gaucher : Nous n'avons encore rien fait de particulier. Mais s'il est de notoriété publique que certains médicaments sont contrefaits, nous pourrions essayer de les rechercher dans notre base de données. Mais ce n'est pas facile. Tout dépend du type de médicaments.

La sénatrice Cordy : Nous ne savons pas jusqu'à quel point ils sont répandus.

M. Gaucher : Non, pas encore. Si leur utilisation devient un problème et si nous savons quels médicaments sont en cause, nous pourrions recueillir des renseignements les concernant.

La sénatrice Cordy : Monsieur O'Rourke, vous êtes-vous renseignés sur cette question?

M. O'Rourke : Non.

La sénatrice Cordy : Pour parler des médicaments licites et des établissements pharmaceutiques qui exercent leurs activités en toute légalité, cherchons-nous, au Canada, à savoir où sont fabriqués les médicaments? Beaucoup le sont à l'extérieur du Canada.

M. O'Rourke : Cela est du ressort de Santé Canada qui s'intéresse à trois facteurs : l'efficacité, l'innocuité et la qualité. L'Inspectorat de Santé Canada a cette responsabilité.

La sénatrice Cordy : Vous ne collectez que des données. Merci beaucoup.

La sénatrice Seidman : Beaucoup de questions ont été posées au sujet des données et de leurs particularités. Donc, on a déjà répondu à la plupart de mes questions. J'aimerais quelques éclaircissements sur les données et je vous prie de m'excuser si mes questions vous ont déjà été posées.

L'ICIS a la base de données du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits. Vous dites que vous collectez des données cliniques sur les personnes âgées, qui sont dans des établissements de soins prolongés et pas dans la collectivité, n'est-ce pas?

M. Gaucher : Des personnes âgées dans les établissements de soins prolongés et aussi dans la collectivité.

La sénatrice Seidman : D'accord.

M. Gaucher : Excusez-moi, des données cliniques. Non.

M. Wright : Nous collectons des données cliniques dans 1 100 établissements de soins prolongés au pays.

La sénatrice Seidman : Entendu, et qu'en est-il de la consommation des médicaments prescrits aux personnes âgées qui vivent dans la collectivité?

M. Wright : Ces données proviennent des programmes de remboursement des médicaments sur ordonnance de chaque province.

La sénatrice Seidman : Ce sont des données propres à chaque personne, comme vous l'avez dit, sur tous les médicaments qui lui sont prescrits.

Mr. Wright: Yes.

Senator Seidman: However, you don't link it to adverse events. Is that correct? It's not linked to adverse events?

Mr. Gaucher: We did the one study that I mentioned where we looked at hospitalizations related to adverse drugs reactions; we linked it for that particular study.

Senator Seidman: But then you would have to purposely link it.

Mr. Gaucher: Yes.

Senator Seidman: So it's not automatically patient-specific or person-specific and then linked in with the adverse events.

How often do you update? Is the information that is patient-specific current? When a new medication is added to a particular patient in your system, how long does it take before that's added into your system?

Mr. Gaucher: In the NPDUIS Database, it depends on the province, but generally they range from monthly to quarterly feeds of data. It's fairly timely in terms of its availability in our system for analysis in the NPDUIS.

Mr. Wright: In the case of the long-term care facilities, it's quarterly. We do get some feeds monthly as well, but generally it's quarterly.

Senator Seidman: If a medication is withdrawn from a patient, would you get that information?

Mr. Wright: Yes.

Senator Seidman: That leads me to a question, and I know you are involved in a study that you say is going to be published on seniors. That's going to be published next year, is it?

Mr. Wright: This coming spring.

Senator Seidman: This spring, excellent. I would like to ask you about a piece published in *Family Practice* in 2012 titled "The Impact of Polypharmacy on the Health of Canadian Seniors." Population survey data were used in this study, and there were 3,032 respondents over 65 years of age, so it was a decent-sized study. Your conclusions were that there are interventions that can potentially reduce polypharmacy and adverse events, including routine medication reviews. I think that's a very interesting conclusion. We have heard that it is not often that we get medication reviews on patients.

How do you communicate conclusions such as this? It is CIHI behind this study. Does it result in some kind of action taken, perhaps a study by Mr. O'Rourke's enterprise, for example?

M. Wright : Oui.

La sénatrice Seidman : Cependant, vous ne les reliez pas aux événements indésirables, n'est-ce pas? Elles ne sont pas liées aux événements indésirables?

M. Gaucher : Dans l'étude que j'ai mentionnée, nous avons examiné le lien entre les hospitalisations et les effets indésirables des médicaments.

La sénatrice Seidman : Mais il aurait fallu ensuite que vous fassiez le lien.

M. Gaucher : Oui.

La sénatrice Seidman : On ne fait donc pas automatiquement le lien entre les données propres à un patient ou à une personne et les événements indésirables.

À quelle fréquence faites-vous des mises à jour? Est-ce que les renseignements propres à un patient sont d'actualité? Quand un nouveau médicament est administré à un patient figurant dans votre système, combien de temps vous faut-il pour l'ajouter?

M. Gaucher : Dans la base de données du SNIUMP, cela dépend de la province, mais les renseignements sont généralement ajoutés dans un délai d'un à trois mois. En fait, on peut avoir accès aux données du SINUMP à des fins d'analyse en relativement peu de temps.

M. Wright : Les données provenant des établissements de soins prolongés sont ajoutées trimestriellement. Nous en recevons mensuellement aussi, mais habituellement, c'est à chaque trimestre.

La sénatrice Seidman : Quand un médicament n'est plus administré à un patient, en êtes-vous informés?

M. Wright : Oui.

La sénatrice Seidman : Ce qui m'amène à vous poser une question. Je sais que vous participez à une étude sur les personnes âgées, qui va être publiée, selon vos dires. Elle sera publiée l'année prochaine, n'est-ce pas?

M. Wright : Le printemps prochain.

La sénatrice Seidman : Le printemps prochain, excellent. J'ai une question concernant un article intitulé « The Impact of Polypharmacy on the Health of Canadian Seniors » et publié en 2012 dans *Family Practice*. Des sondages ont été utilisés dans cette étude, qui était assez importante vu que 3 032 personnes interrogées avaient plus de 65 ans. Vos conclusions indiquaient que des interventions pouvaient réduire la polypharmacie et les événements indésirables, y compris les examens systématiques des médicaments. Je trouve que c'est une conclusion très intéressante. Nous avons entendu dire que de tels examens sont assez rares.

Comment communiquez-vous ce genre de conclusions? Est-ce que l'ICIS appuie cette étude. En résulte-t-il des mesures ou peut-être une étude effectuée par l'agence de M. O'Rourke, par exemple?

Mr. Wright: Let me try to take this very broadly. With all of our products and services, we use a variety of channels to get the information out. One is the media, who are very interested across the country, but also back to the ministries of health across the country. In the case of this particular study, the material would have gone to the various prescription drug plans to the attention of the executive directors or directors there. We have ongoing groups that meet, advisory committees that help advise us on this sort of thing. We bring it to their attention. It is fairly widespread, but it is up to the jurisdictions as to whether or not they choose to take action or not, and we leave it with them.

Senator Seidman: For example, what about the Royal College and the Canadian Medical Association? The Royal College oversees physicians, to some extent. We are talking about routine medication reviews, and a physician undertakes the medication review, generally. It's quite an important finding. You would somehow leave it to what, chance, that the Royal College would receive the results, or would it be obvious that they would receive the results of a study like this?

Mr. Wright: It depends on the study. In this case, I'm not sure that it actually was sent to the Royal College. Certainly the analysts within the college would be aware of this. Most researchers across the country are familiar with CIHI's products and services. Be it the Canadian Medical Association or the Saskatchewan Medical Association, they would be aware of these reports coming out.

Senator Seidman: Mr. O'Rourke, I'd like to ask you about a study and actually about a piece that was in the *CMAJ* at the end of last year where they talk about introducing de-prescribing into a culture of medication. There is an initiative coming from an Ontario pharmacist, and basically the hope is that we can change the way people think about pharmacy among the elderly and that certain guidelines would prompt routine re-evaluation of drugs or sets of drugs and provoke thought about how long a patient needs a drug, duration of medication use and the dosage that might change with age.

In fact, there is very little talk about de-prescribing in the elderly population, about taking patients off certain medications and changing medication regimes as opposed to just adding to them. I am putting this out there only because I'm trying to understand how you select topics for the studies you do, and you do fairly in-depth studies, and whether this is something that has ever been considered.

Mr. O'Rourke: Yes, it has, actually. A very good study has just started under the leadership of pharmacists at Élisabeth Bruyère Hospital here in Ottawa on de-prescribing. I think the first drug class they are looking at is proton pump inhibitors, drugs used for ulcers and a few other areas. They have approached us to see if we would like to either endorse the work they are doing or become

M. Wright : Permettez-moi de donner une réponse très générale. Nous utilisons divers moyens pour diffuser des renseignements sur nos produits et services, par exemple les médias partout au pays qui sont très intéressés par ce type d'information, mais aussi les ministères de la santé de tout le pays. Pour ce qui est de cette étude particulière, la documentation aurait été envoyée aux directeurs ou directeurs exécutifs des divers programmes de remboursement des médicaments sur ordonnance. Nous avons des groupes permanents qui tiennent des réunions, des comités consultatifs qui nous donnent des conseils pour ce genre d'activités que nous portons à leur attention. Nous utilisons beaucoup de moyens pour communiquer nos conclusions, mais la décision de prendre des mesures appartient aux autorités concernées.

La sénatrice Seidman : Qu'en est-il, par exemple, du Collège royal et de l'Association médicale canadienne? Le Collège royal supervise en quelque sorte les médecins. Nous parlons d'examen systématiques des médicaments et, généralement, les médecins font ces examens. C'est une conclusion très importante. Est-ce que, selon vous, il est sûr que le Collège royal aura connaissance des résultats de cette étude ou espérez-vous qu'il en prenne connaissance par hasard?

M. Wright : Ça dépend de l'étude. Je ne suis pas sûr que cette étude ait été envoyée au Collège royal. Les analystes du collège le sauraient certainement. La plupart des chercheurs du pays connaissent les produits et les services de l'ICIS. L'Association médicale canadienne ou l'Association médicale de la Saskatchewan auraient connaissance de la publication de ces rapports.

La sénatrice Seidman : Monsieur O'Rourke, j'aimerais vous poser une question au sujet d'une étude et d'un article publié dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* à la fin de l'année dernière et qui préconisait la déprescription. Une initiative d'un pharmacien ontarien donne l'espoir d'un changement de la perception qu'ont les personnes âgées de la pharmacie. Elle présente quelques lignes directrices qui favoriseraient la réévaluation systématique de médicaments ou d'une série de médicaments, et susciterait une réflexion quant à la durée de consommation des médicaments, au dosage qui pourrait changer en fonction de l'âge et la période durant laquelle le patient doit consommer le médicament.

En fait, on parle très peu de la déprescription pour les personnes âgées, de l'arrêt de l'administration de certains médicaments et du changement des régimes de médication, au lieu d'envisager l'ajout d'autres médicaments. Je le rappelle uniquement parce que j'essaie de comprendre comment vous choisissez les thèmes de vos études, qui sont très approfondies. Je voudrais savoir si tout cela a été pris en considération.

M. O'Rourke : Effectivement, ça a été pris en considération. Une étude judicieuse sur la déprescription vient de commencer sous la direction de pharmaciens à l'Hôpital Elizabeth-Bruyère ici à Ottawa. Je crois que les inhibiteurs de la pompe à protons pour traiter les ulcères comptent parmi les médicaments de première catégorie étudiés. On nous a contactés pour savoir si nous

involved in the work, so we are still assessing it. We have done a significant amount of work in the area of proton pump inhibitors. It is a very good study.

Some work is also being done at the Capital District Health Authority in Halifax under a physician by the name of Dr. Laurie Mallery. She is looking at developing really good guidelines for the use of medications in the frail elderly. Many seniors are put on medications even though they don't want to be on that medication. She is trying to get that information out to family practitioners and the nursing homes. I think there is some good interest in that area.

We hold an annual conference every year. Last year, we held a session on big ideas for health technology assessment, and the number two idea that came out of that was related to the delisting of pharmaceutical agents.

Senator Seth: Most of the topics have been discussed, and many of my questions have been answered, but one question I would like to ask is whether you have considered environmental effects on the prescription drug. What happens to the chemical compound of the drugs once it is handed over to the patient? What do we do with that? Do we take any precautions? What do we do in that area?

Mr. O'Rourke: We have not done much work in this area. I think we may have done a few rapid responses based on reactions from hospitals on very specific chemical compounds, on safe disposal and handling of them, but I'm not sure we have done much work in that area.

Senator Seth: Are patients not given written instructions with some medications? Is there not advice on the bottle or somewhere about what temperature the medication should be kept at so as not to destroy the chemical of the drugs? Is it not there?

Mr. O'Rourke: That is not part of the work we do. Of course we are not involved with prescribing or dispensing medications to the patient, but certainly I believe most monographs and information in medications packages have storage information, if your eyes are good enough to read what is on the packages of some of these products.

Senator Seth: Yes.

Mr. O'Rourke: And mine aren't.

Senator Seth: We have been talking about the data that has been collected through the NPDUIS, and the most vulnerable group for unintended consequences of prescription drug is the seniors.

Mr. O'Rourke: Right.

voulions appuyer ces travaux ou y participer. Nous étudions encore cette proposition. Nous avons fait beaucoup de travaux sur les inhibiteurs de la pompe à protons. C'est une étude judicieuse.

Des travaux ont été également menés par la Capital Health District Authority à Halifax sous la direction de la Dre Laurie Mallery dont l'objectif est d'élaborer des lignes directrices pertinentes sur la consommation de médicaments chez les personnes âgées fragiles. Des médicaments sont prescrits à beaucoup de personnes âgées même si elles n'en veulent pas. La Dre Mallery essaie d'obtenir ces renseignements auprès des médecins généralistes et des maisons de soins infirmiers. Je crois que c'est un sujet qui suscite beaucoup d'intérêt.

Nous organisons chaque année une conférence. L'an dernier, nous en avons eu une ayant pour thème les percées sur premièrement l'évaluation des technologies de la santé et deuxièmement sur le retrait des produits pharmaceutiques répertoriés.

La sénatrice Seth : La plupart des sujets ont été soulevés, et les réponses à beaucoup de mes questions ont été données, mais j'aimerais savoir si vous avez pris en compte les effets des médicaments de prescription sur l'environnement. Que devient le composé chimique des médicaments remis aux patients? Qu'en faisons-nous? Prenons-nous des précautions? Quelles mesures prenons-nous à ce sujet?

M. O'Rourke : Nous n'avons pas beaucoup abordé sur cette question. Nous avons peut-être donné quelques réponses rapides basées sur les réactions des hôpitaux vis-à-vis de composés chimiques bien précis, de leur élimination et manipulation sans danger, mais je ne suis pas certain que nous ayons fait beaucoup de travail dans ce domaine.

La sénatrice Seth : Ne donne-t-on pas aux patients des directives écrites avec certains médicaments? N'y a-t-il pas d'indications sur le flacon ou ailleurs concernant la température d'entreposage du médicament afin de ne pas détruire ses composés chimiques? N'y en a-t-il pas?

M. O'Rourke : Cela ne fait pas partie de nos responsabilités. Nous ne sommes évidemment pas impliqués dans la prescription ou l'administration de médicaments aux patients, mais je crois que la plupart des monographies et des informations indiquées sur les emballages des médicaments donnent des directives d'entreposage, si votre vision est assez bonne pour vous permettre de lire ce qui est écrit sur les emballages de certains de ces produits.

La sénatrice Seth : Oui.

M. O'Rourke : Et ma vision n'est pas assez bonne.

La sénatrice Seth : Nous avons parlé des données collectées au moyen du SNIUMP. Elles indiquent que les personnes âgées constituent le groupe le plus susceptible de subir les conséquences involontaires causées par les médicaments sur ordonnance.

M. O'Rourke : Tout à fait.

Senator Seth: How about patients with a mental illness or children? That's one thing.

You mentioned anti-thrombotic drugs, saying that warfarin was being used commonly, but what about some of the newer drugs coming in and long-term effects that have not been seen, and yet we do prescribe? Who does that? Do we have a special committee for that, or do we leave it in the hands of the physicians to make the decision? How do we manage that, especially in elderly patients?

Mr. O'Rourke: That's a tough one to deal with. Once a drug is marketed and approved to prescribe in Canada, the manufacturer makes a decision whether they want to sell it in the country, and any physician can then prescribe it. If you are a patient, you would like to have that medication paid for. If it goes through the public drug system, we would get involved and make the recommendation on whether it is listed or not. For about 50 percent of the drugs that we assess, we do not recommend that they are funded or paid for because of safety issues or cost-effectiveness issues or they just don't add any new value to the system. However, patients can also get them through a private drug plan or pay cash for them.

A lot of the trials in those new anticoagulants and some of the key research for them were based in Canadian hospitals, so there is some promotion of the use of these new oral anticoagulants from Canadian physicians, and the drug companies themselves and their big marketing teams are going like crazy. Although we don't have directed consumer advertising in Canada, anyone who has satellite television or cable television sees these ads for the anticoagulants from the United States. To me, it is a significant issue on how we control the distribution, use and prescribing of some of these new drugs that have some dangerous unintended consequences.

Senator Seth: NPDUIS does not get involved. That's what you are trying to say. The drug companies that come into —

Mr. O'Rourke: Sorry, I missed the first part.

Senator Seth: The Canadian health institute managing the national prescription drug, they do not come into the picture?

Mr. Wright: No.

Senator Seth: They don't.

Mr. O'Rourke: In the recommendations, when we make a recommendation to the drug plans, our expert committee usually will put criteria on it. Even if we say yes to it, they will say only in specific patient populations, or only certain physicians are allowed to prescribe it. The electronic drug plan systems in the provinces will have those things, and the pharmacies, as they are

La sénatrice Seth : Qu'en est-il des patients souffrant d'une maladie mentale ou des enfants? C'est une question.

Vous avez mentionné les antithrombotiques et avez dit que la warfarine était consommée couramment, mais qu'en est-il de certains nouveaux médicaments et des effets à long terme que l'on ne connaît pas encore et qui sont pourtant prescrits? Qui s'en occupe? Est-ce un comité spécial ou laissons-nous aux médecins le soin de décider? Comment gérons-nous cette situation, particulièrement en ce qui concerne les patients âgés?

M. O'Rourke : C'est une situation difficile à gérer. Dès qu'un médicament est commercialisé et reçoit l'approbation d'être prescrit au Canada, le fabricant décide s'il veut le vendre au Canada et les médecins peuvent le prescrire. Le patient souhaite que le médicament soit payé. Si le médicament est assujéti au régime public d'assurance-médicaments, nous formulerons une recommandation visant à le répertorier ou non. Nous recommandons que près de la moitié des médicaments que nous évaluons ne soient ni financés ni payés, et ce, pour des raisons d'innocuité ou de rentabilité ou simplement parce qu'ils n'ajoutent aucune valeur au système. Toutefois, les patients peuvent aussi se le procurer en utilisant un régime d'assurance-médicaments privé ou les acheter en payant comptant.

Un grand nombre des essais de nouveaux anticoagulants et certaines des principales recherches concernant ces coagulants ont été menés dans des hôpitaux canadiens. Par conséquent, des médecins canadiens font la promotion de ces nouveaux anticoagulants oraux, et les sociétés pharmaceutiques et leurs grosses équipes de marketing ne savent plus où donner de la tête. Bien que nous ne fassions pas de publicité grand public au Canada, quiconque a la télévision par satellite ou par câble voit des annonces publicitaires américaines pour les anticoagulants. Cela reflète, à mon avis, l'importance de la façon dont nous contrôlons la distribution, la consommation et la prescription de certains nouveaux médicaments qui ont des conséquences involontaires dangereuses.

La sénatrice Seth : Le SNIUMP n'est pas mis à contribution. C'est ce que vous essayez dire. Les sociétés pharmaceutiques qui...

M. O'Rourke : Je suis désolé, mais je n'ai pas saisi la première partie.

La sénatrice Seth : L'Institut canadien d'information sur la santé, qui administre le système national des médicaments sur ordonnance, ne joue aucun rôle?

M. Wright : Non.

La sénatrice Seth : Il n'en joue pas.

M. O'Rourke : Lorsque nous formulons une recommandation aux régimes d'assurance-médicaments, notre comité d'experts y ajoute habituellement des critères. Même si nous approuvons un médicament, le comité dira qu'il ne doit cibler qu'une population précise de patients ou qu'il ne peut être prescrit que par certains médecins. Les systèmes électroniques d'assurance-médicaments

looking at dispensing it, ensure that it meets those criteria before it goes to the patient.

Senator Seth: It is well-regulated then.

Mr. O'Rourke: Yes, from a provincial perspective.

The Chair: I would like to follow up on some of the issues we have covered today.

First of all, Mr. O'Rourke, I found your use of the atrial fibrillation issue interesting because we know recent reports show that the most dangerous time for a heart or stroke patient being prescribed that is the first 24 hours on the new drug, and then within the first 30 days. There is significant review in that area, which is another issue of an unintended consequence. That is designed to protect against an outcome actually heightening the possibility in a certain period of time.

I want to touch briefly on the adverse reaction issue, adverse event issue, adverse event reporting, because it has been a major concern of this committee through its first three phases, and it has come up today in terms of asking you whether you keep that data. There is a reason you don't have that data, of course. There is no systematic way of reporting that. I'm not going to delve into it with you at the moment, but I want to ask you the following question: If an opportunity were provided through the prescribing of a pharmaceutical that provided a patient with an easy way, an electronic way, perhaps, to provide their experience with the drug to Health Canada, is it within your mandate to have that automatically copied to you, or would you have to seek that data through Health Canada? Let's suppose it were to come about. It's a hypothetical question.

Mr. Wright: We would enter into a data sharing agreement with Health Canada. We currently have agreements whereby we provide Health Canada with certain information, so it would be reciprocal.

The Chair: The issue then comes back to the difficulty of getting the data reported in the first place, but, once it would be reported, say through Health Canada, then those of you who do these analyses and provide advice would have a means of getting access to that?

Mr. Wright: Yes. The other alternative is to actually have the data come to us, and then we would give it to Health Canada. We are the experts in the country on storage of health care data.

The Chair: I understand, but the law would require Health Canada to do it.

Mr. Wright: Fair enough.

The Chair: That's the reason I phrased it that way.

des provinces auront ces informations, et les pharmacies, puisqu'elles envisagent de vendre ces médicaments, s'assurent qu'ils répondent aux critères avant que les patients se les procurent.

La sénatrice Seth : Donc, c'est bien règlementé.

M. O'Rourke : Oui, à l'échelle provinciale.

Le président : Je voudrais revenir sur quelques points qui ont été soulevés aujourd'hui.

Tout d'abord, monsieur O'Rourke, je trouve intéressant votre traitement de la fibrillation auriculaire étant donné que des rapports récents indiquent qu'un patient victime d'une crise cardiaque ou d'un accident vasculaire cérébral court le plus de risques durant les premières 24 heures suivant l'administration du nouveau médicament, puis durant les 30 premiers jours. Cette question, qui est un autre problème de conséquences involontaires, fait l'objet d'un examen sérieux. Ce qui est conçu pour éviter un résultat accroît en fait les risques pendant un certain temps

Je voudrais parler brièvement de l'effet indésirable, de l'événement indésirable, de la déclaration des événements indésirables étant donné qu'ils ont suscité une vive préoccupation au comité durant leurs trois premières phases, et nous en avons parlé aujourd'hui quand on vous a demandé si vous conserviez ces données. Évidemment, si vous n'avez pas ces données, c'est pour une raison. Il n'y a pas de façon systématique de faire ces déclarations. Je ne vais pas entrer dans les détails pour le moment, mais je veux vous poser la question suivante : si un patient a l'occasion de donner à Santé Canada, facilement, peut-être par voie électronique, son avis sur un médicament qui lui a été prescrit, est-ce que votre mandat vous donne le droit de recevoir automatiquement une copie de cette communication ou devriez-vous vous la procurer auprès de Santé Canada? Supposons que cela se produira. La question est hypothétique.

M. Wright : Nous signerions un accord sur l'échange de données avec Santé Canada. Nous avons actuellement des accords en vue de communiquer certains renseignements à Santé Canada; ce serait donc réciproque.

Le président : Le problème est avant tout qu'il est difficile de faire en sorte que les données soient transmises. Par contre, lorsque les renseignements sont communiqués à Santé Canada, par exemple, ceux qui font des analyses et qui formulent des recommandations y ont accès, n'est-ce pas?

M. Wright : Oui. L'autre option serait en fait de nous transmettre directement les données, et nous les communiquerions ensuite à Santé Canada. Nous sommes les experts au pays en matière de stockage de données sur les soins de santé.

Le président : Je comprends ce que vous dites, mais la loi exige que ce soit Santé Canada qui le fasse.

M. Wright : D'accord.

Le président : Voilà pourquoi j'ai ainsi formulé ma phrase.

Mr. Wright, I want to come to your submission. I think you have clarified one of the questions I wanted to ask. I was struck by the fact that on page 4 of your document, with regard to drug shortages and counterfeit drugs, you used the phrase CIHI's data "could be" used to track. That implies to me that it is not being used, and you answered that with regard to counterfeit drugs, which is the next category where you mention that. My understanding is that you have the mandate to actually investigate issues, to take on projects and to look at certain areas. In the case of drug shortage and the issue of counterfeiting issues, are those issues on your agenda at some point, or are they now just issues of interest that you are following to see how they unfold?

Mr. Wright: We have a rolling two-year analytical plan that we work with people across the country. Health Canada is involved in it, and others. It is not on our plan at this point in time. If there is an expression by the jurisdictions or researchers or other advisers to CIHI, we would certainly entertain putting this on the analytical plan.

The Chair: I suppose that in terms of the people you are mandated to provide reports to, a request in these two areas would be more likely to come from the federal direction, would it not?

Mr. Wright: Yes, it would. It could come from some of the jurisdictions or the CEOs of regional health authorities.

The Chair: All it would take is an enquiry from one of those?

Mr. Wright: Absolutely, and a reasonable one, yes.

The Chair: I was also struck by your note that the database is limited for younger Canadians due to the design of public drug plans. That implies that they are not identified in the same way that those beyond youth are identified. Is that the right interpretation there?

Mr. Wright: Not quite. It is more that many of the drug plans in Canada are designed to provide assistance to senior citizens. Some provinces, such as Saskatchewan, for example, have more broadly based drug plans, and we get that data for the younger individuals. It is really the structure of the drug plan in a specific province.

The Chair: Most of them are structured so that they just give you bulk data. Other than for seniors, they give you bulk data, or they don't give you the data that involve youth?

Mr. Wright: I'll take another kick at this. It depends upon the design and the intentions of a particular provincial drug plan. We get that data. Okay? Whoever the beneficiaries are, we have excellent data on that, on the individual and so on. If an individual is not covered by a provincial drug plan — their

Monsieur Wright, j'aimerais revenir sur votre mémoire. Je crois que vous avez précisé l'une des questions que je voulais vous poser. Un point m'a frappé. À la page 4 de votre document, en ce qui a trait aux pénuries de médicaments et aux médicaments contrefaits, vous avez écrit que les données de l'ICIS « pourraient servir » à suivre la tendance. J'en comprends que ce n'est actuellement pas le cas, et vous avez répondu à cette question au sujet des médicaments contrefaits, soit l'autre catégorie où c'est mentionné. Je crois comprendre que vous avez en fait le mandat d'enquêter sur les problèmes, d'entreprendre des projets et d'aborder certains domaines. Pour ce qui est des pénuries de médicaments et des médicaments contrefaits, vous penchez-vous sur ces enjeux ou s'agit-il seulement de dossiers d'intérêt dont vous surveillez la progression?

M. Wright : Nous avons un plan analytique sur deux ans en collaboration avec des gens de partout au pays. Santé Canada et d'autres y participent. Ces enjeux ne font pas partie de notre plan à l'heure actuelle. Si les gouvernements, des chercheurs ou d'autres partenaires de l'ICIS nous en font la demande, nous examinerons certainement la possibilité de les inclure dans le plan analytique.

Le président : Parmi les partenaires auxquels vous avez le mandat de faire rapport, une demande concernant les deux enjeux en question proviendrait fort probablement du gouvernement fédéral, n'est-ce pas?

M. Wright : Oui. Une telle demande pourrait provenir d'ailleurs ou des PDG des autorités régionales de la santé.

Le président : Il faudrait tout simplement que l'un de vos partenaires vous en fasse la demande, n'est-ce pas?

M. Wright : Tout à fait. Une demande raisonnable.

Le président : J'ai également été surpris d'apprendre que votre base de données est limitée en ce qui concerne les jeunes Canadiens en raison de la façon dont les régimes publics d'assurance-médicaments sont conçus. Cela signifie que les jeunes ne sont pas recensés de la même manière que les autres groupes d'âge. Est-ce la bonne interprétation?

M. Wright : Pas tout à fait. C'est surtout parce que bon nombre des régimes d'assurance-médicaments au Canada sont conçus en vue d'aider les aînés. Certaines provinces, dont la Saskatchewan, ont des régimes d'assurances-médicaments plus larges, ce qui nous permet d'avoir des données concernant les jeunes Canadiens. Tout dépend vraiment de la structure du régime provincial d'assurance-médicaments.

Le président : La majorité des régimes vous communiquent seulement des données en vrac. Sauf dans le cas des aînés, les régimes vous transmettent-ils des données en vrac, ou est-ce que c'est plutôt que vous ne recevez pas de données sur les jeunes?

M. Wright : Je vais tenter de l'expliquer autrement. Tout dépend de la structure et des intentions du régime provincial d'assurance-médicaments. Nous recevons ces données. Peu importe les bénéficiaires, nous avons d'excellentes données à ce sujet sur les gens. Cependant, nous ne recevons pas de données sur

income may be higher, they may not be a senior, they may be a middle-income family and work with their employer and private insurance — we don't get that data, except for B.C., where we do get it now, and we are working with other jurisdictions to get that private data.

The Chair: I understand now. In those cases where younger Canadians fall within some category that is covered by the province, you would get that data, but it would be limited to that?

Mr. Wright: That's correct.

The Chair: All right. That clarifies that. Thank you very much.

The final question for clarification I want to ask you is that where you indicate that Canadians hospitalized with concurrent mental illnesses and substance-use disorders make up close to a third of all psychiatric in-patients, et cetera. The way your document flows to this point, you are not implying that substance-use disorders arise purely from prescription, are you, or from perhaps the broader source of illicit drugs?

Mr. Wright: The broader source, most definitely.

The Chair: That's an important clarification. I thought that likely, but it's the way your document is structured.

Mr. Wright: My apologies.

The Chair: That's quite fine.

The final question will go to Senator Stewart Olsen.

Senator Stewart Olsen: This is going back to the provincial approvals of drugs that they fund. It's just a question raised in my mind. When you suggest to provinces that they should fund this or shouldn't fund that, do you find that they accept your suggestion? Do they base all of their approvals on what your recommendations are, or how do they go about that? There is a broad discrepancy in what provinces fund.

Mr. O'Rourke: Since our Common Drug Review program has been in place, and we celebrated our tenth anniversary last year for the Common Drug Review, the consistency of the provincial drug plans has improved immeasurably; 92 per cent of the time the decision they make is consistent with the recommendation that we make. They do a budget impact assessment, and sometimes there is a bit of a time delay if it's a listing of a product, but typically, when we make a recommendation that they shouldn't list a product, that recommendation is followed.

Senator Stewart Olsen: On the experimental drugs that some people are demanding in provinces, and I don't even know if they are experimental or if it is the fact that Health Canada has not reviewed them thoroughly, where do you stand on that? Would

les Canadiens qui ne sont pas couverts par un régime provincial d'assurance-médicaments — ceux qui ont peut-être un revenu élevé; ceux qui ne sont pas des aînés; les familles à revenu moyen qui ont un régime privé d'assurance-médicaments avec leur employeur. Seule la Colombie-Britannique nous communique maintenant ces données, et nous travaillons de concert avec d'autres gouvernements pour obtenir les données provenant des régimes privés.

Le président : Je vois. Si les jeunes Canadiens sont couverts par le régime provincial, vous recevez les données, mais c'est seulement dans un tel cas, n'est-ce pas?

M. Wright : C'est exact.

Le président : D'accord. Voilà qui clarifie ce point. Merci beaucoup.

J'ai un dernier point à préciser. Vous dites que les Canadiens hospitalisés en raison d'une maladie mentale avec troubles concomitants liés à la consommation de psychotropes représentent près du tiers de tous les patients hospitalisés en psychiatrie. Selon ce qui se dégage de votre document jusqu'à ce point, êtes-vous en train d'insinuer que les troubles liés à la consommation de psychotropes découlent purement de la consommation de médicaments d'ordonnance ou plutôt de drogues illicites?

M. Wright : De drogues illicites, très certainement.

Le président : C'est une précision importante. C'est bien ce que je me disais, mais la structure de votre document laisse entendre autre chose.

M. Wright : Je m'excuse.

Le président : Ce n'est pas grave.

La dernière question ira à la sénatrice Stewart Olsen.

La sénatrice Stewart Olsen : Ma question porte sur l'approbation par les provinces des médicaments qu'ils financent. C'est simplement une question que je me pose. Lorsque vous proposez aux provinces de financer ceci, mais pas cela, sentez-vous qu'on vous écoute? Fondent-elles leurs approbations sur vos recommandations? Comment procèdent-elles? Il y a un grand écart dans ce que les provinces financent.

M. O'Rourke : Depuis la création du Programme commun d'évaluation des médicaments, qui a célébré son 10^e anniversaire l'an dernier, l'uniformité des régimes provinciaux d'assurance-médicaments s'est considérablement améliorée; dans 92 p. 100 des cas, les décisions des provinces vont dans le sens de nos recommandations. Les gouvernements font une analyse d'impact budgétaire, et il arrive parfois d'avoir un léger retard, si cela porte sur l'ajout d'un médicament. Normalement, lorsque nous recommandons de ne pas ajouter un produit, les provinces nous écoutent.

La sénatrice Stewart Olsen : Pour ce qui est des médicaments expérimentaux que certains demandent dans les provinces, je ne sais même pas s'il s'agit vraiment de médicaments expérimentaux ou si c'est tout simplement que Santé Canada n'a pas encore

you have to take the years of Canadian research or Canadian studies on the efficacy and safety, or would you go to the American ones before you could say something is approved or was okay?

Mr. O'Rourke: I'm just trying to understand the question.

Senator Stewart Olsen: It's about drugs that people want approved in a particular province, but Health Canada hasn't yet done comprehensive studies on them, although there have been years of research, say, in the United States or France or England. Do you rely strictly on the Canadian studies, or do you go to studies from other well-respected countries?

Mr. O'Rourke: A couple of points: As a caveat, we typically are not reviewing drugs at that investigational stage. We review them once Health Canada has received a submission and make a recommendation going forward. We may get a rapid review, though, on a particular drug to help a province in supporting a decision. We look globally for the studies. Wherever the evidence is, that's the evidence we will look at.

Senator Stewart Olsen: Thank you.

The Chair: Just to be clear on that, Health Canada is the authority with regard to making decisions on the approval of drugs, and you're dealing with the issues you have described in terms of use efficacy once that has occurred.

With regard to adverse drug reactions, would your organizations be in favour of a much more effective means and method of collecting adverse drug reports so that the real experience in the general population is more easily accessible for advising Canadians?

Mr. Wright: Yes.

Mr. O'Rourke: Yes.

The Chair: Thank you very much. I want to thank you for being here today and for the thoroughness and depth of the responses you brought to the questions, and I thank my colleagues again for the clarity and importance of the questions they asked. With that, I declare the meeting adjourned.

(The committee adjourned.)

terminé son examen. Quelle est votre opinion à cet égard? Devez-vous examiner les travaux ou les études canadiennes sur l'efficacité et la sécurité du médicament, ou consultez-vous les études américaines avant d'approuver un produit et de donner votre aval?

M. O'Rourke : J'essaye seulement de comprendre votre question.

La sénatrice Stewart Olsen : Je fais allusion aux médicaments que des gens demandent à une province d'approuver, mais Santé Canada n'a pas encore réalisé d'études exhaustives sur ces produits, alors que de nombreuses recherches peuvent avoir été réalisées à ce sujet aux États-Unis, en France ou en Angleterre, par exemple. Consultez-vous seulement les études canadiennes, ou examinez-vous aussi les études provenant d'autres pays qui ont une bonne réputation?

M. O'Rourke : J'ai quelques points. Tout d'abord, nous n'évaluons normalement pas les médicaments à l'étape des essais cliniques. Nous le faisons lorsque Santé Canada reçoit la présentation et formule une recommandation. Par contre, nous pouvons réaliser une évaluation rapide sur un médicament précis en vue d'aider une province dans sa prise de décisions. Nous consultons les études réalisées partout dans le monde. Peu importe où les renseignements se trouvent, nous allons à leur rencontre.

La sénatrice Stewart Olsen : Merci.

Le président : À titre de précision, Santé Canada est l'autorité qui prend les décisions concernant l'approbation des médicaments, et votre organisme s'occupe des éléments que vous avez mentionnés en ce qui concerne l'efficacité lorsqu'un produit est approuvé.

Vos organismes sont-ils favorables à la mise en place de moyens plus efficaces pour effectuer la collecte des signalements d'effets indésirables de manière à ce que l'expérience réelle de la population soit plus facile d'accès aux Canadiens qui donnent des conseils?

M. Wright : Oui.

M. O'Rourke : Oui.

Le président : Merci beaucoup. Je vous remercie de votre présence aujourd'hui et de la rigueur et de la sagesse de vos réponses. Je remercie encore une fois mes collègues de la précision et de la pertinence de leurs questions. Sur cela, la séance est levée.

(La séance est levée.)

WITNESSES

Wednesday, January 29, 2014

Health Council of Canada:

Dr. Ingrid Sketris, Councillor.

Canadian Canadian Patient Safety Institute:

Hugh MacLeod, Chief Executive Officer;

Emily Musing, Board Member.

Thursday, January 30, 2014

Canadian Institute for Health Information:

John Wright, President and CEO;

Michael Gaucher, Director, Pharmaceuticals and Health Workforce Information Services.

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health:

Brian O'Rourke, President and CEO.

TÉMOINS

Le mercredi 29 janvier 2014

Conseil canadien de la santé :

Mme Ingrid Sketris, conseillère.

Institut canadien pour la sécurité des patients :

Hugh MacLeod, directeur général;

Emily Musing, membre du conseil de direction.

Le jeudi 30 janvier 2014

Institut canadien d'information sur la santé :

John Wright, président et directeur général;

Michael Gaucher, directeur, Services d'information sur les produits pharmaceutiques et la main-d'œuvre de la santé.

Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé :

Brian O'Rourke, président et directeur général.