

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, February 5, 2014
Thursday, February 6, 2014

Le mercredi 5 février 2014
Le jeudi 6 février 2014

Issue No. 5

Fascicule n° 5

Fourth and fifth meetings on:

Study on prescription pharmaceuticals
in Canada

Quatrième et cinquième 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:

Bellemare	Dyck
Beyak	Enverga
* Carignan, P.C. (or Martin)	Moore
Chaput	Segal
Cordy	Seidman
* Cowan (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 Moore replaced the Honourable Senator Eggleton, P.C. (*February 6, 2014*).

The Honourable Senator Beyak replaced the Honourable Senator Eaton (*February 5, 2014*).

The Honourable Senator Bellemare replaced the Honourable Senator Buth (*January 30, 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 :

Bellemare	Dyck
Beyak	Enverga
* Carignan, C.P. (ou Martin)	Moore
Chaput	Segal
Cordy	Seidman
* Cowan (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 sénateur Moore a remplacé l'honorable sénateur Eggleton, C.P. (*le 6 février 2014*).

L'honorable sénatrice Beyak a remplacé l'honorable sénatrice Eaton (*le 5 février 2014*).

L'honorable sénatrice Bellemare a remplacé l'honorable sénatrice Buth (*le 30 janvier 2014*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, February 5, 2014
(11)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:20 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, Segal, Seidman, Seth and Stewart Olsen (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:*Coalition on Prescription Drug Misuse:*

Dr. Susan Ulan, Co-chair.

Canadian Centre on Substance Abuse:

Robert Eves, Director, Strategic Partnerships & Knowledge Mobilization;

Paula Robeson, Knowledge Broker.

The chair made a statement.

Mr. Eves, Ms. Robeson and Dr. Ulan each made a statement and, together, answered questions.

At 5:57 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, February 6, 2014
(12)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:29 a.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Kelvin Kenneth Ogilvie, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Bellemare, Beyak, Chaput, Cordy, Enverga, Moore, Ogilvie, Segal, Seidman, Seth and Stewart Olsen (11).

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

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 5 février 2014
(11)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 20, dans la salle 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, Segal, Seidman, Seth et Stewart Olsen (10).

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

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 :*Coalition on Prescription Drug Misuse :*

Dre Susan Ulan, coprésidente.

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies :

Robert Eves, directeur, Partenariats stratégiques et mobilisation des connaissances;

Paula Robeson, courtière du savoir.

Le président ouvre la séance.

M. Eves, Mme Robeson et la Dre Ulan font chacun une déclaration puis, ensemble, répondent aux questions.

À 17 h 57, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le jeudi 6 février 2014
(12)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 29, dans la salle 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Bellemare, Beyak, Chaput, Cordy, Enverga, Moore, Ogilvie, Segal, Seidman, Seth et Stewart Olsen (11).

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

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:

Centre for Addiction and Mental Health:

Beth Sproule, Clinician Scientist, Pharmacy
(by video conference).

Reckitt Benckiser Pharmaceuticals (Canada):

Cameron Bishop, Country Manager (Acting).

The chair made a statement.

Ms. Sproule and Mr. Bishop each made a statement and, together, answered questions.

At 12:16 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

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 :

Centre de toxicomanie et de santé mentale :

Beth Sproule, clinicienne-chercheuse, Pharmacie
(par vidéoconférence).

Reckitt Benckiser Pharmaceuticals (Canada) :

Cameron Bishop, directeur national (intérimaire).

Le président ouvre la séance.

Mme Sproule et M. Bishop font chacun une déclaration puis, ensemble, répondent aux questions.

À 12 h 16, 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, February 5, 2014

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:20 p.m. to study prescription pharmaceuticals in Canada.

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

[*English*]

The Chair: I'd like to welcome you to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. My name is Kelvin Ogilvie; I'm a senator from Nova Scotia and chair of the committee. I'd like to start the meeting by asking my colleagues to introduce themselves.

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

Senator Chaput: Maria Chaput, Manitoba.

Senator Seth: Asha Seth, from Toronto.

Senator Enverga: Tobias Enverga, from Ontario.

Senator Stewart Olsen: Carolyn Stewart Olsen, New Brunswick.

Senator Seidman: Judith Seidman, from Montreal, Quebec.

The Chair: Thank you very much, colleagues. We have two organizations represented today and, by agreement, I will invite the Canadian Centre on Substance Abuse to present first. I understand you're sharing your time, so I'll ask Robert Eves first, who is Director, Strategic Partnerships and Knowledge Mobilization. He is here with Paula Robeson, Knowledge Broker.

Robert Eves, Director, Strategic Partnerships & Knowledge Mobilization, Canadian Centre on Substance Abuse: Thank you. Good afternoon, Mr. Chair and committee members. I am joined today by my colleague, Paula Robeson, one of CCSA's knowledge brokers, who is the lead on our prescription drug abuse file.

For those of you unfamiliar with CCSA, we have a federally legislated mandate to provide national leadership and advancing solutions to reduce alcohol and other drug-related harms, and we've been doing so since our creation in 1988 as an act of Parliament.

Substance abuse is a problem too complex, too significant and too deeply rooted to be solved by one group or approach. CCSA's role is to bring together government, not-for-profit organizations and the private sector around substance abuse issues to achieve consensus on possible solutions and to take action. For the last

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 5 février 2014

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 20, afin de poursuivre son étude sur les produits pharmaceutiques sur ordonnance au Canada.

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

[*Traduction*]

Le président : Je vous souhaite la bienvenue à cette séance du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Mon nom est Kelvin Ogilvie; je suis un sénateur de la Nouvelle-Écosse et aussi le président du comité. Je vais commencer la réunion en demandant à mes collègues de se présenter à tour de rôle.

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

La sénatrice Chaput : Maria Chaput, du Manitoba.

La sénatrice Seth : Asha Seth, de Toronto.

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

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

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

Le président : Merci beaucoup, chers collègues. Nous accueillons aujourd'hui les représentants de deux organisations et, si vous êtes d'accord, je vais inviter les représentants du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies à faire leur exposé en premier. J'ai cru comprendre que vous alliez partager votre temps, alors je demanderais à Robert Eves, directeur, Partenariats stratégiques et mobilisation des connaissances, de prendre la parole. Il est accompagné de Paula Robeson, courtière du savoir.

Robert Eves, directeur, Partenariats stratégiques et mobilisation des connaissances, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies : Merci. Bonjour, monsieur le président et membres du comité. Aujourd'hui, Paula Robeson m'accompagne; elle est une des courtières du savoir du CCLT et elle s'occupe du dossier de l'abus des médicaments d'ordonnance.

Pour ceux d'entre vous qui connaissent moins bien le CCLT, nous avons le mandat prescrit par une loi fédérale d'exercer un leadership à l'échelle nationale et de proposer des solutions afin de réduire les méfaits causés par l'alcool et d'autres drogues, et nous travaillons en ce sens depuis que nous avons été créés par le Parlement, en 1988.

La toxicomanie est un problème trop complexe, trop important et trop profondément enraciné pour être réglé par un seul groupe ou une seule approche. Le rôle du CCLT est donc d'harmoniser les pratiques du gouvernement, des organismes sans but lucratif et du secteur privé à l'égard des enjeux liés à l'alcoolisme et à la

quarter century we have ably demonstrated our capacity to do so in areas such as alcohol treatment, youth drug prevention and prescription drug abuse.

In March 2013, CCSA with then Health Minister Leona Aglukkaq, and 30 other partners, launched the First Do No Harm strategy to respond to Canada's prescription drug crisis. This 10-year pan-Canadian strategy lays out 58 recommendations to address the devastating harms associated with prescription opioids, stimulants, sedatives and tranquilizers.

CCSA brought together those with a clear stake in the problem to help develop solutions. It was apparent to all of us that the status quo could not carry on. We needed to find and agree on a path forward that would recognize the therapeutic benefits of certain prescription drugs while also reducing their potential for harms.

We are also doubly pleased to be appearing alongside one of the co-chairs in the development of the strategy today, Dr. Susan Ulan from the Coalition on Prescription Drug Misuse of Alberta.

I would now like to hand the presentation over to my colleague, Ms. Paula Robeson, to address the questions being considered by this committee today.

Paula Robeson, Knowledge Broker, Canadian Centre on Substance Abuse: Good afternoon and thank you for the invitation to address the committee and the questions being considered as part of your study.

First, with regard to the process to approve prescription drugs, First Do No Harm calls for a review of Health Canada's regulatory and related information requirements throughout the supply chain. This involves examining the practices and processes of manufacturers, distributors, as well as health care practitioners who prescribe and dispense these medications.

We also recommend a review of the drug approval process to examine vulnerabilities in the supply chain, to work with provinces and territories to access the necessary information and to strengthen regulations as indicated.

Further, the strategy calls for complete life-cycle surveillance and risk mitigation plans to be put in place for both branded and generic products before they are approved. These strategies would enable timely identification of risks and the required actions.

toxicomanie. Depuis 25 ans, nous avons démontré que nous pouvions y arriver dans des domaines comme le traitement de l'alcoolisme, la prévention de la toxicomanie chez les jeunes et l'abus de médicaments d'ordonnance.

En mars 2013, le CCLT, en collaboration avec la ministre de la Santé de l'époque, Leona Aglukkaq, et plus de 30 autres partenaires, a lancé la stratégie S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada. Il s'agit d'une stratégie à l'échelle nationale d'une durée de 10 ans qui renferme 58 recommandations destinées à s'attaquer aux ravages provoqués par les opioïdes d'ordonnance, les stimulants, les sédatifs et les tranquillisants.

Le CCLT a réuni ces organismes avec la ferme intention d'aider à trouver des solutions. Nous savions tous parfaitement bien que le statu quo ne pouvait pas durer et que nous devons trouver une nouvelle façon de procéder qui reconnaîtrait les bienfaits thérapeutiques de certains médicaments d'ordonnance tout en réduisant les préjudices potentiels.

Nous sommes doublement ravis de comparaître aux côtés de l'une des coprésidentes de l'élaboration de la stratégie, la Dre Susan Ulan, de la Coalition on Prescription Drug Misuse de l'Alberta.

J'aimerais maintenant céder la parole à ma collègue, Mme Paula Robeson, qui traitera les questions qui intéressent le comité aujourd'hui.

Paula Robeson, courtière du savoir, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies : Bonjour et merci de nous avoir invités à venir comparaître dans le cadre de votre étude.

Tout d'abord, en ce qui a trait au processus d'homologation des médicaments d'ordonnance, sachez que la stratégie S'abstenir de faire du mal recommande un examen des exigences réglementaires en matière d'information de Santé Canada tout au long de la chaîne d'approvisionnement. Cela comprend l'examen des pratiques et des processus des fabricants, des distributeurs et des professionnels de la santé qui prescrivent et fournissent ces médicaments.

Nous recommandons également un examen du processus d'homologation des médicaments visant à examiner les vulnérabilités de la chaîne d'approvisionnement, de collaborer avec les provinces et les territoires afin d'avoir accès à toute l'information nécessaire et de renforcer la réglementation en conséquence.

En outre, la stratégie prévoit que des plans exhaustifs de surveillance et d'atténuation des risques soient mis en place à la fois pour les médicaments de marque et les médicaments génériques avant qu'ils ne soient homologués. Cette façon de faire permettrait de cerner rapidement les risques et de prendre les mesures nécessaires.

I'll now move on to the post-approval monitoring of prescription drugs. We recommend that if post-marketing surveillance identifies additional risks and harms, adjustments be made to product monographs which provide the necessary information for safe and effective use of prescription drugs.

We recommend changes to the labelling of prescription drugs. Patients need clear and easy-to-understand labels so they take what's prescribed to them in the manner and for the reasons they were given the prescription in the first place, and they need to fully understand the risks and benefits of the medications they take.

Mr. Chair, existing monitoring and surveillance activities related to prescription drugs in Canada are fragmented. Currently, information on the use, misuse and harms of prescription drugs is tracked by different federal and provincial agencies within their respective jurisdictions and in a variety of ways. While there are some relevant data available among existing surveys, there is no consistency in approach, collection or use of data. The ways in which prescription drugs are monitored differ across jurisdictions, and the data sources that do exist in Canada are not part of any comprehensive national initiative.

Furthermore, there's no single group dedicated to addressing the issue of information tracking, thus cross-sectoral collaboration is required. Therefore, in addition to ensuring that each province and territory has a strong prescription monitoring program, we also need to have a national group that pulls together all relevant data from multiple sources, including crime, fatalities, treatment, hospitals, coroners, et cetera. This would help determine the nature and extent of the problem, trigger change where it's required. The standardization of key elements of a prescription monitoring program and a Canadian drug surveillance system are required. Such a comprehensive system would generate baseline indicators regarding the harms associated with prescription drugs and could inform the evaluation of actions taken on the strategy recommendations and lead to more effective, evidence informed support, treatment and care.

These initiatives are all important parts of the First Do No Harm strategy and some activities are already under way. Moving forward, all of the efforts towards reaching these goals must be coordinated to avoid duplication and to build upon what already works and exists in Canada.

At CCSA we are moving forward. We have a plan; we have the right people at the table to realize the vision laid out in First Do No Harm; and now we need the resources to make that happen. To put it bluntly, Mr. Chair, CCSA needs financial support to

Je vais maintenant parler de la surveillance post-approbation des médicaments d'ordonnance. Si le suivi d'un produit après sa mise en marché révèle des risques et des préjudices additionnels, nous recommandons d'ajuster sa monographie en conséquence, c'est-à-dire toute l'information nécessaire à un usage sécuritaire et efficace du médicament.

Nous recommandons également d'apporter des changements à l'étiquetage des médicaments d'ordonnance. Les patients ont besoin d'étiquettes claires et faciles à comprendre. Ainsi, ils prennent leurs médicaments selon la posologie recommandée et pour les bonnes raisons, et ils sont entièrement au fait des risques et des bienfaits de ces médicaments.

Monsieur le président, à l'heure actuelle, les activités de surveillance liées aux médicaments d'ordonnance au Canada sont fragmentées. Les données sur l'emploi, le mauvais usage et les méfaits des médicaments d'ordonnance sont recueillies par différents organismes fédéraux et provinciaux, dans leurs sphères de compétence respectives et de diverses manières. Bien qu'il y ait des données pertinentes issues des études existantes, on n'a pas d'approche uniforme en ce qui a trait à la collecte ou à l'utilisation de ces données. La surveillance des médicaments d'ordonnance varie d'une province à l'autre, et les sources de données qu'on retrouve au Canada ne s'inscrivent pas dans le cadre d'une initiative globale nationale.

De plus, il n'y a aucun groupe qui se consacre entièrement au suivi de l'information; une collaboration intersectorielle s'impose. Par conséquent, en plus de veiller à ce que chaque province et territoire ait un solide programme de surveillance pharmaceutique, il faut mettre sur pied un groupe national qui recueillera toutes les données pertinentes à partir de multiples sources, notamment sur les crimes, les décès, les traitements, les hospitalisations, et cetera, associés aux médicaments. Cela nous aiderait à déterminer la nature et l'ampleur du problème, et ainsi, à apporter les changements nécessaires. Il faut à tout prix uniformiser les éléments clés d'un programme de surveillance pharmaceutique et d'un système canadien de surveillance des médicaments. Un système aussi global permettrait de générer des indicateurs de référence en ce qui a trait aux méfaits liés aux médicaments d'ordonnance, guider l'évaluation des mesures prises dans le cadre de la stratégie, et ainsi améliorer l'efficacité du soutien, des traitements et des soins fondés sur des données probantes.

Ces initiatives font toutes partie intégrante de la stratégie S'abstenir de faire du mal, et certaines activités sont déjà en cours. À l'avenir, nous devons coordonner tous les efforts dans cette optique afin d'éviter les dédoublements et s'inspirer de ce qui fonctionne déjà au Canada.

Au CCLT, nous allons de l'avant. Nous avons un plan et les bonnes personnes grâce auxquels nous réaliserons la vision énoncée dans S'abstenir de faire du mal, mais encore faut-il avoir les ressources financières nécessaires pour concrétiser tout

continue our important work in leading the implementation of the First Do No Harm strategy with our key stakeholders and to fulfill the commitments we've made to Canadians.

We're hopeful that the government will reinforce its commitment made in last fall's Speech from the Throne to expand the national anti-drug strategy to include prescription drug abuse by providing additional resources for CCSA. We need support from the federal government, but in order to ensure progress on this issue we also need to ensure coordination, which will require support from other levels of government. We've seen leadership from provinces like Alberta in bringing financial commitment to the table, but it goes without saying that we need more.

In conclusion, I would like to thank the committee for your interest in this very important issue of vital importance to the health and well-being of Canadians.

Robert and I would be happy to answer any of your questions to the best of our abilities.

The Chair: Thank you both very much. I will now turn to Dr. Susan Ulan, Co-chair of the Coalition on Prescription Drug Abuse.

Dr. Susan Ulan, Co-chair, Coalition on Prescription Drug Misuse: Thank you, Mr. Chair and committee members. The Alberta Coalition on Prescription Drug Misuse — we refer to ourselves as CoOPDM — is very appreciative of the opportunity to present information to the committee and to let you know a little bit more about what we're doing in Alberta and we hope that this informs your study on pharmaceuticals.

CoOPDM was formed in 2008. We're a multi-stakeholder group in Alberta that represents physicians, pharmacists, law enforcement, government, and First Nations and Inuit Health Branch. We're a collaborative volunteer group that is looking at how to collectively address the issue of prescription drug abuse and reduce the risk of harm. Many of the groups at our table are people who see first-hand in our professional lives the impacts of prescription drug misuse in the communities and in our health care system.

Over the last five years, we've undertaken a number of research projects and initiatives to better understand the scope and complexity of the issue in Alberta and to look at what data is being collected and how better to move forward in that regard. Currently, we are working with the Alberta Chief Medical Officer of Health, Dr. Jim Talbot, to look at how to develop a better governance model in Alberta.

cela. Pour dire les choses comme elles sont, monsieur le président, le CCLT a besoin d'un appui financier pour poursuivre son important travail à l'égard de la mise en œuvre de la stratégie S'abstenir de faire du mal, en collaboration avec ses intervenants clés, et de s'acquitter de ses engagements envers les Canadiens.

Nous espérons que le gouvernement renforcera l'engagement qu'il a pris dans le discours du Trône de l'automne dernier, c'est-à-dire élargir la Stratégie nationale antidrogue pour s'attaquer au problème de l'abus de médicaments d'ordonnance, en affectant des ressources additionnelles au CCLT. Nous avons besoin de l'appui du gouvernement fédéral, mais si nous voulons réellement faire avancer ce dossier, nous devons assurer une certaine coordination, qui nécessitera également l'appui des autres ordres de gouvernement. Certaines provinces, comme l'Alberta, ont fait preuve de leadership en s'engageant financièrement, mais il va sans dire que ce n'est pas suffisant.

En terminant, je tiens à remercier le comité pour l'intérêt qu'il porte à ce dossier, qui est d'une importance vitale pour la santé et le bien-être des Canadiens.

C'est avec plaisir que Robert et moi répondrons à vos questions au mieux de nos capacités.

Le président : Merci beaucoup à vous deux. Je vais maintenant céder la parole à la Dre Susan Ulan, coprésidente de la Coalition on Prescription Drug Abuse.

Dre Susan Ulan, coprésidente, Coalition on Prescription Drug Misuse : Merci, monsieur le président et membres du comité. La Coalition on Prescription Drug Misuse de l'Alberta — ou, comme nous l'appelons, la CoOPDM — est heureuse d'avoir l'occasion de témoigner devant vous aujourd'hui pour vous informer sur le travail qu'elle accomplit en Alberta et vous éclairer, nous l'espérons, dans le cadre de votre étude sur les produits pharmaceutiques.

La CoOPDM a été formée en 2008 et regroupe des gens de divers milieux en Alberta, c'est-à-dire des médecins, des pharmaciens, des membres des forces de l'ordre, des fonctionnaires de divers ordres de gouvernement et des représentants de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. Nous sommes un groupe de bénévoles qui cherchent des moyens d'intervenir collectivement contre l'abus de médicaments d'ordonnance et de réduire le risque de préjudices. Bon nombre d'entre eux sont des témoins directs des effets du mauvais usage des médicaments d'ordonnance au sein de nos collectivités et de notre système de santé.

Au cours des cinq dernières années, nous avons mené un certain nombre d'initiatives de recherche afin d'arriver à mieux comprendre la portée et la complexité du problème en Alberta et à déterminer la façon d'améliorer la collecte de données. À l'heure actuelle, nous collaborons avec le médecin hygiéniste en chef de l'Alberta, le Dr Jim Talbot, à l'élaboration d'un meilleur modèle de gouvernance dans la province.

I'm a family physician by training and my role at the College of Physicians & Surgeons is with physician prescribing practices. This is a quality assurance, quality improvement program that looks at working with physicians from an educational perspective to address prescribing issues both individually as well as broad province-based interventions.

I practised for 20 years as a family physician in a very wide scope of capacities. I feel my skill set is quite well-suited to this. I've had the opportunity to act as Co-chair of Coalition on Prescription Drug Misuse, and I've had the distinct honour of being asked to act as Co-chair of the National Advisory Council on Prescription Drug Misuse to develop the national prescription drug misuse strategy First Do No Harm: Responding To Canada's Prescription Drug Crisis, which was led by the Canadian Centre on Substance Abuse, CCSA.

I thought I'd briefly outline some of the things that CoOPDM has learned over the years with our research and investigation in working with this issue. Prescription drug misuse and abuse affects everyone. It affects every community and every population, and it is not in marginalized populations only. The impacts may be experienced differently depending on the community and the culture, however, this affects everybody. It's critical that we look at this broadly and incorporate strategies that are applicable to a wide variety of circumstances.

As Robert has alluded to, this is a very complicated issue. Prescription medications are medications with legitimate medical purposes. Any strategy that is undertaken should not decrease the access for appropriate medical treatment. The tendency is to look just at opioids, which are in the media a lot, but we are also talking about sedatives, sleeping pills and stimulants. A variety of medications need to be managed in a similar manner.

Our experience has shown that if you work with a community and dramatically decrease the availability of prescription drugs, it does not make the issue of addiction go away. Our experience in Alberta has been a rise in alcohol-related incidents drifting to different medications to misuse and illicit medications, which has led to more criminal activity and violence. Any strategy that is incorporated has to be broad and deliberate. You can't just pick off a few items to address.

In a similar manner as the First Do No Harm strategy, there are recommendations in five different streams of action. It's important that actions are taken in a comprehensive way from multiple perspectives. It's not simply a matter of decreasing the availability of drugs.

Je suis médecin de famille de formation et je suis maintenant conseillère au sein du Programme des pratiques de prescription des médecins au Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta. Il s'agit d'un programme d'assurance et d'amélioration de la qualité, qui met l'accent sur l'encadrement pédagogique des médecins en ce qui touche les prescriptions en vue de remédier aux problèmes connexes, individuellement et à l'échelle provinciale.

J'ai pratiqué la médecine familiale pendant 20 ans et j'ai exercé diverses fonctions. Je crois donc être bien en mesure d'assumer ce rôle. J'ai eu l'occasion de coprésider la Coalition on Prescription Drug Misuse, et j'ai eu l'honneur d'être invitée à coprésider le Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance, qui a publié la stratégie nationale contre l'abus de médicaments d'ordonnance, intitulée S'abstenir de faire du mal et dirigée par le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, le CCLT.

Je vais maintenant vous exposer brièvement certaines des constatations que la CoOPDM a faites, au cours des dernières années, dans le cadre de ses travaux de recherche sur la problématique. Tout d'abord, sachez que l'abus de médicaments d'ordonnance touche tout le monde : tous les segments de la population et toutes les communautés. Il ne s'agit pas d'un problème qui concerne uniquement les groupes marginalisés. La situation peut être vécue différemment selon la communauté ou la culture, mais il n'en demeure pas moins que ce problème se répercute sur tout le monde. Il est donc essentiel que nous examinions cette question de façon globale et que nous envisagions des stratégies qui s'appliquent à toutes sortes de circonstances.

Comme Robert l'a indiqué, il s'agit d'un problème complexe. Les médicaments d'ordonnance servent à des fins médicales légitimes, et les mesures à prendre ne doivent pas restreindre l'accès aux thérapies indiquées. Nous avons tendance à nous concentrer sur les opioïdes, dont on parle couramment dans les médias, mais de nombreux autres médicaments comportent un risque d'usage abusif comme les sédatifs, les somnifères et les stimulants, et ils doivent être gérés avec la même prudence.

Selon notre expérience, lorsque l'on supprime abruptement l'accès à un médicament d'ordonnance, le risque de consommation d'alcool, d'autres médicaments et de drogues augmente; on a même constaté une augmentation de l'activité criminelle dans nombre de communautés. Par conséquent, les efforts doivent être planifiés et holistiques. Il ne suffit pas de cibler quelques aspects.

L'importance d'une approche globale et équilibrée est soulignée dans les recommandations de la stratégie S'abstenir de faire du mal, axées autour de cinq volets d'action. Il est important que les mesures soient prises d'une manière globale et tiennent compte de multiples aspects. Il ne s'agit pas ici de diminuer l'accès aux médicaments.

We need to collect data. In Alberta we did a literature review. We had interviews with key stakeholders to see what data is being collected to inform this process. We found that a lot of data is being collected, but it's not being compiled and organized into actionable actions, so we feel that prescription monitoring and the surveillance system are critical.

We need improved access to treatment for chronic pain, addiction and mental health issues. The tendency is to think of these as sort of end results but, in reality, early access to appropriate treatment decreases the risk of harm and decreases the cost to the system in both people costs and health care costs. We can't address this by ourselves. CoOPDM is a volunteer organization with little influence or authority. We need the guidance of federal government and provincial government at all levels to bring this forward and to make this an issue of urgent public health attention.

Our recommendations are that we support the development of federal leadership to bring together the provinces and territories to work collaboratively with a common goal of addressing prescription drug abuse with input from multiple stakeholders.

We support the 58 recommendations of the CCSA's First Do No Harm in the five different streams. It's important that we set the goal to reduce the risk of morbidity and mortality of prescription drug abuse in Canadians. Some of you may know that in Canada, depending on the year, we're either the first or second largest consumer of opioids per capita in the world. We think it's important to set a goal to decrease and change that status.

Similar to Robert, we also believe that there needs to be a national surveillance system that can be adapted to each province. It needs to pull in information from multiple sources. Most important, that data needs to be monitored and utilized to influence policy and legislation and to create action. By having a surveillance system, we can quantify the issue and look at tracking our progress as we develop interventions.

The prescription monitoring programs across the country need to be standardized, and we need to find ways to share information. The legislation and privacy issues are barriers. Everyone operates with their data in silos. As a result, it's very difficult to move forward and share that data, even if it's

Nous devons recueillir des données. En Alberta, nous avons procédé à un examen de la documentation. Nous avons interrogé des intervenants clés afin de voir les données qui étaient recueillies. Nous avons constaté que beaucoup de données sont recueillies à l'heure actuelle, mais qu'elles ne sont pas compilées ni utilisées d'une façon suffisamment efficace pour permettre la mise en œuvre de mesures réalisables. Par conséquent, nous estimons qu'il est essentiel de mettre en place un système de surveillance pharmaceutique.

Il faut avoir un meilleur accès aux traitements contre la douleur chronique, les problèmes de dépendance et les troubles de santé mentale. On a tendance à tout de suite penser aux résultats mais, en réalité, il est reconnu que les difficultés d'accès aux traitements contre la dépendance accroissent les répercussions sur la santé publique, ajoutent de la pression sur nos systèmes de soins actifs et entraînent des surdoses involontaires et des décès. Nous ne pouvons pas régler ce problème seuls. La CoOPDM est une organisation bénévole ayant très peu d'influence et de pouvoir. Nous avons besoin du leadership et de la direction de tous les ordres de gouvernement pour faire avancer ce dossier et accorder toute l'attention nécessaire à ce problème urgent de santé publique.

Nous recommandons entre autres d'appuyer l'établissement d'un leadership fédéral afin de regrouper les provinces et les territoires dans un partenariat dont le but commun sera la lutte contre le mauvais usage et l'abus des médicaments d'ordonnance, avec la participation de multiples intervenants.

Nous appuyons les 58 recommandations de la stratégie du CCLT, S'abstenir de faire du mal, axées autour de cinq volets d'action. Il est important que nous établissions un objectif de réduction de la morbidité et de la mortalité liées au mauvais usage et à l'abus des médicaments d'ordonnance au Canada. Certains d'entre vous savent sans doute que le Canada, selon l'année, était le premier ou le deuxième plus grand consommateur d'opioïdes par habitant dans le monde. Nous considérons qu'il est important de se fixer un objectif afin de réduire ces statistiques et de faire en sorte que le Canada ne figure plus parmi les plus grands consommateurs d'opioïdes.

Tout comme Robert, nous sommes d'avis qu'il faut instaurer un système national de surveillance utilisant des données de sources multiples que les provinces pourront adapter à leurs contextes respectifs. Les données de ce système de surveillance devraient servir au processus législatif et d'établissement des politiques publiques, afin de prendre les mesures pertinentes pour corriger les problèmes relevés. En ayant un système de surveillance, nous pourrions quantifier le problème et suivre les progrès à mesure que nous mettons au point des interventions.

Les programmes de surveillance pharmaceutique doivent être uniformisés à l'échelle du pays, et nous devons trouver des moyens de communiquer l'information. Les lois et les questions relatives à la protection des renseignements personnels sont des obstacles. Tout le monde travaille en vase clos. Il est donc très

aggregate, in a meaningful way because of privacy legislation. We need to review that and ensure that we can do the right thing to minimize the risk for public safety and individuals.

We need to advocate for national curriculum standards for both law enforcement and health professionals. As noted before, we need to improve access to mental health, chronic pain and addiction treatments; and it needs to be consistent and available across the country.

We need to work with First Nations groups. Although prescription drug misuse and abuse affects all populations, the impact on First Nation communities is greater for a variety of reasons. We need to work very closely with these communities to reduce the impact.

We need to develop a mechanism in the federal government to be able to make decisions when safety issues are identified for a medication that is currently on market so that when issues or circumstances arise, a mechanism is in place to manage that appropriately.

On behalf of the Coalition on Prescription Drug Misuse, I appreciate your time and interest in this issue. It is a critical public health and safety issue that is affecting our health care systems in our communities. I'm delighted that we're here and I am happy to answer questions.

I can speak on behalf of Coalition on Prescription Drug Misuse, but my experience as a medical regulator may also be included in some of our discussion.

Senator Eggleton: I'll put a couple of questions that either organization may answer.

The development of the report First Do No Harm called for a national strategy to address prescription drug abuse. You had a consultation with the Minister of Health, and perhaps that's what produced a notation in the Throne Speech last October that the National Anti-drug Strategy would be expanded to include prescription drug abuse and that Health Canada is committed to working with the Canadian Centre for Substance Abuse to determine the specifics.

How is that coming along?

Mr. Eves: It's coming along very well. We had a symposium hosted by CCSA and the Minister of Health on January 24, specifically to bring together key stakeholders. In this case, many were the regulatory bodies and associations representing health

difficile d'aller de l'avant et de transmettre des données efficacement, même si ce sont des données agrégées, en raison des obstacles législatifs à l'obtention des renseignements. Nous devons nous pencher là-dessus et nous assurer de pouvoir agir à l'égard des problèmes de prescriptions qui nuisent à la santé publique.

Nous devons encourager l'établissement d'une formation nationale, à la fois pour les professionnels de la santé et les responsables de l'application de la loi. Comme je l'ai déjà mentionné, nous devons améliorer l'accès aux traitements en matière de santé mentale, de douleur chronique et de dépendance; et il faut que ce soit uniforme partout au pays.

Nous devons aussi collaborer avec les groupes des Premières Nations. Même si l'abus de médicaments d'ordonnance constitue un problème important au sein de tous les segments de la population, il a des répercussions encore plus grandes sur les communautés des Premières Nations pour diverses raisons. Nous devons donc travailler très étroitement avec elles afin de réduire l'impact de ce problème.

Nous devons mettre en place un mécanisme qui permet au gouvernement fédéral de prendre des décisions lorsque, dans des circonstances particulières, des médicaments suscitent des inquiétudes en matière de santé.

Au nom de la CoOPDM, je vous remercie du temps et de l'intérêt que vous consacrez à cette question. Il s'agit d'un important enjeu de santé publique qui touche notre système de santé et toutes nos communautés. Je suis ravie d'être ici aujourd'hui, et c'est avec plaisir que je répondrai à vos questions.

Je peux m'exprimer au nom de la Coalition on Prescription Drug Misuse, mais mon expérience à titre de membre d'un organisme de réglementation peut également servir dans le cadre de cette discussion.

Le sénateur Eggleton : Je vais poser quelques questions auxquelles l'une ou l'autre de vos organisations peut répondre.

Le rapport S'abstenir de faire du mal recommande la mise sur pied d'une stratégie nationale visant à contrer le problème de l'abus de médicaments d'ordonnance. Je sais que vous avez consulté la ministre de la Santé, et c'est peut-être ce qui a fait en sorte qu'on a annoncé, dans le discours du Trône d'octobre dernier, que le gouvernement élargirait sa Stratégie nationale antidrogue afin de s'attaquer au problème de l'abus de médicaments d'ordonnance, et que Santé Canada s'est engagé à travailler avec le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies à cet égard.

Comment les choses se passent-elles?

M. Eves : Les choses vont bon train. Le 24 janvier dernier, le CCLT et la ministre de la Santé ont coanimé un symposium auquel assistaient des intervenants clés en vue de discuter des principaux enjeux. Bon nombre des participants étaient membres

practitioners to talk about the key priorities in moving forward. We actually walked away from that with some pretty clear messages.

Specifically, we heard about prescription monitoring programs, as well as surveillance as a whole, in particular, as in your report, around post-approval monitoring of safety and effectiveness. The other main theme was education not only for prescribers but also for dispensers as well as consumers. We walked away with some clear messages. I'd have to say it was a success and it has helped to move the dialogue forward. We understand, however, that things take time, too.

With the budget coming up, we are hoping to see some room made for this issue and, hopefully, CCSA may have some part of that.

I think we have made definite strides since the launch in March of 2013.

Senator Eggleton: One of the key issues here — and I think both of you have mentioned it — is this surveillance system. The national advisory council recommended a pan-Canadian surveillance system. We find a lot of pan-Canadian issues are challenging, and one of the challenges I think you noted is the privacy laws in the different provinces.

Are there other challenges? Is this going to be part of the national strategy? Is this getting the kind of receptiveness from Health Canada that you need to see this happen in a pan-Canadian way? Is there any particular model? Is Alberta a model, for example, or is any other province a model for this surveillance system? Are there any other challenges aside from the privacy law? If you have any ideas of how to get around the privacy challenge, that would be helpful, too.

Dr. Ulan: There are two components to the data surveillance. There are prescription monitoring programs. About five or six of the provinces and First Nations have prescription monitoring programs set up a little differently. They track their prescriptions — that is, who the prescriber is and what the medication is. These are for monitored medications. Each province then determines, often with a regulatory body, what flags are in that system — be it multi-doctoring or high doses or high quantities — and how they are managed. That's the prescription monitoring piece.

d'organismes de réglementation ou d'associations représentant des professionnels de la santé. Nous sommes ressortis de cet événement avec une bonne idée de ce qu'il fallait faire pour contrer l'abus de médicaments sur ordonnance.

Plus précisément, nous avons discuté des programmes de surveillance pharmaceutique, et aussi de la surveillance en général, comme vous l'avez indiqué dans votre rapport, relativement à l'innocuité et à l'efficacité des médicaments après leur homologation. Nous avons également beaucoup parlé de la sensibilisation non seulement des médecins prescripteurs, mais aussi des pharmaciens et des consommateurs. Je dois dire que cet événement s'est avéré un succès et nous a permis de faire progresser le dialogue. En revanche, nous devons comprendre que ces choses nécessitent du temps.

Avec le budget qui s'en vient, nous espérons que cette problématique sera prise en considération et que le CCLT pourra jouer un rôle à ce chapitre.

Je considère que nous avons réalisé de grands progrès depuis le lancement de la stratégie en mars 2013.

Le sénateur Eggleton : L'une des principales questions ici — et je crois que vous deux l'avez mentionnée —, c'est le système de surveillance. Le Conseil consultatif national a recommandé l'instauration d'un système de surveillance pancanadien. Nous constatons qu'une multitude d'enjeux ayant une portée nationale sont difficiles à régler et, si je ne me trompe pas, vous avez parlé des lois sur la protection des renseignements personnels en vigueur dans différentes provinces qui posent en quelque sorte problème.

Sommes-nous confrontés à d'autres difficultés? Est-ce que cela s'inscrira dans le cadre de la stratégie nationale? Le ministère de la Santé est-il réceptif à cette approche pancanadienne? Allons-nous suivre un modèle en particulier? Pouvons-nous nous inspirer d'un modèle en particulier pour ce système de surveillance? L'Alberta, par exemple, ou une autre province? Mis à part les lois sur la protection des renseignements personnels, y a-t-il d'autres difficultés à surmonter? Si vous aviez une idée de la façon dont nous pourrions régler la question de la protection des renseignements personnels, cela serait également utile.

Dre Ulan : La surveillance des données comporte deux éléments. On retrouve les programmes de surveillance pharmaceutique. Cinq ou six provinces et Premières Nations ont mis sur pied de tels programmes, qu'elles gèrent un peu différemment. Ils assurent un suivi des ordonnances — c'est-à-dire le nom des médecins prescripteurs et des médicaments. On parle ici des médicaments contrôlés. Chaque province détermine ensuite, souvent de concert avec un organisme de réglementation, quels sont les signaux d'alarme dans le système, c'est-à-dire un médicament prescrit par plus d'un médecin, des doses élevées ou de grandes quantités de ce médicament — et la façon dont ils seront gérés. C'est le premier élément.

The larger piece is looking more at the impact of the prescription drug abuse and misuse. That is looking at health care outcomes, such as overdoses, poison control calls, coroner's data, treatment facilities, and the type of medications that are being presented when patients come into treatment. The surveillance system needs to be much broader in capturing information from a multitude of different sources.

There are some good models in the U.S. for their surveillance system. The three main ones are RADARS, NAVIPPRO and a third one called DAWN. They each look at different sets of data. NAVIPPRO and DAWN use similar data together. They look at what's happening in the community and what's happening in hospitals and in poison control. There are two pieces of that.

The issues are, number one, the privacy legislation, and, number two, technology. Each province is quite different with prescription monitoring programs. In Alberta we are quite fortunate. We have an electronic health record. If a patient comes into my office, if I'm their primary caregiver and I'm in the circle of care, I have the ability to look at their provincial health record, which outlines all the medications, all their investigations, vaccinations and emergency records. Prescriptions are part of that. We've got that ability in Alberta, but other people don't. There are real significant technological barriers to be able to implement this.

Then, bringing together different regions, we want to make sure, with a pan-Canadian strategy and surveillance system, that there is an overarching principle and that it can be used in each province and territory, depending on circumstances. There are several barriers. It sounds quite easy to implement, but the reality is there are many challenges. It doesn't mean that we don't do it, but I think we have to be very realistic and strategic with how that moves forward.

Senator Eggleton: Is there any nudge we can give to the federal government on this issue that might help overcome some of these barriers?

Dr. Ulan: I had the opportunity to present at the House of Commons Committee on Health in December, and I was able to participate in the symposium. At both of those venues, it came through loud and clear that data and surveillance was a key part of it — not all of it, but it's a key issue. It needs to be sooner rather than later. So, we hope.

Mr. Eves: I could speak a little further to that. We know that one of the big pieces — and Susan alluded to this — is the collaboration or cooperation piece and then, also, the standardization. This requires a jurisdictional component as

Ensuite, il faut s'attarder à l'incidence de l'abus et du mauvais usage des médicaments d'ordonnance. Il faut se pencher sur les résultats cliniques, tels que les surdoses, les appels aux centres antipoison, les données du coroner, les centres de traitement et le type de médicament présent lorsque les patients sont admis en désintoxication. Le système de surveillance doit avoir une portée beaucoup plus large et recueillir des données à partir d'une multitude de sources différentes.

Il existe de bons modèles aux États-Unis pour ce qui est de la surveillance. Les trois principaux systèmes sont RADARS, NAVIPPRO et un troisième appelé DAWN. Chacun d'entre eux recueille différentes données. NAVIPPRO et DAWN utilisent des données semblables, notamment sur la situation au sein de la communauté ainsi que dans les hôpitaux et les centres antipoison. Ce sont les deux éléments.

Les principaux problèmes sont, d'une part, les lois sur la protection des renseignements personnels et, d'autre part, la technologie. Chaque province gère de façon différente son programme de surveillance pharmaceutique. En Alberta, nous sommes très chanceux car nous utilisons les dossiers électroniques. Si un patient entre dans mon bureau, si je suis son fournisseur de soins principal ou que je suis dans le réseau de soins, j'ai accès à son dossier médical provincial, dans lequel figurent tous les médicaments prescrits, les examens subis, les vaccins administrés ainsi que tous les rapports provenant des services d'urgence. Les ordonnances en font partie. Nous avons cette possibilité en Alberta, mais pas ailleurs. Cela constitue donc un réel obstacle technologique à cette approche nationale.

Ensuite, si nous rassemblons différentes régions dans le cadre d'un système de surveillance national, nous devons nous assurer que ce système repose sur un principe directeur qui s'applique à toutes les provinces et à tous les territoires, selon les circonstances. Nous sommes confrontés à plusieurs obstacles. C'est peut-être quelque chose qui semble facile à mettre en œuvre, mais en réalité, nous faisons face à de nombreuses difficultés. Je ne dis pas que c'est impossible, mais j'estime que nous devons être très réalistes et stratégiques dans notre façon d'aller de l'avant.

Le sénateur Eggleton : Qu'est-ce que le gouvernement fédéral pourrait faire dans ce dossier pour surmonter ces obstacles?

Dre Ulan : J'ai eu l'occasion de témoigner devant le Comité de la santé de la Chambre des communes en décembre dernier, et j'ai pu participer à ce symposium. Dans les deux cas, on en est venu à la conclusion que la surveillance des données était un élément clé de la stratégie — ce n'est pas tout, mais c'est un aspect fondamental. Et le plus tôt sera le mieux. Nous continuons donc d'espérer.

M. Eves : J'aurais autre chose à ajouter. Nous savons que l'un des aspects les plus importants — et Susan en a fait allusion —, c'est la collaboration, mais aussi l'uniformisation. Nous avons également besoin de l'appui des provinces. L'investissement des

well. The investment of resources wouldn't only come from a federal body; it would have to be investments made on a jurisdictional basis.

We do understand that the ministers of health have made this a priority, in particular prescription monitoring, and are moving towards how they can work together on the issue.

Senator Seidman: Thank you for being here.

I wanted to ask you specifically about the psychoactive drugs, which we know have a very high potential for harm as a result of any misuse, abuse or addiction.

Specifically, if we're collecting data, we have to know how we define "abuse," "misuse" and "addiction." You've all alluded to the complicated aspects of these matters. Could you please help us understand the complications in trying to define "abuse," "misuse" and "addiction," also as they apply to different socio-demographic age categories?

Dr. Ulan: I can begin to speak to that. I agree with you. I think the differentiation and the clarification between "misuse" and "abuse" are very difficult. "Misuse," by definition, is any use of a pharmaceutical for other than its intended purpose, whereas "abuse" is the non-medical use. It has to do more with intent, so sort of intentionally misusing the medication in a way to take advantage of the psychoactive properties. There is intent, and I think it's very difficult for somebody externally to try to guess as to someone's intent internally.

For instance, if somebody is taking a sleeping pill and one tablet of the pill isn't doing the trick, they may increase their dose to taking two at night. That could be perceived as misuse, whereas if that same patient snorted the sleeping pill, that would be abuse. Once again, it's very clear with that type of example where it's either/or, but there are a lot of grey areas.

Definition is critical. It may be that we need to blend the definition to more reflect the DSM. The Diagnostic and Statistical Manual V was just released in June and it has no longer separated "dependence" and "addiction." It now sort of lumps them together as "problematic substance abuse." It's then broken down to the different substances like opioids, alcohol, that sort of thing. There is clinical recognition that it isn't a clear-cut differentiation.

Ms. Robeson: It's also important that the First Do No Harm strategy focused on the harms associated with prescription drugs, whether misuse or abused. Part of the outcome data that we need to look at are the harms, regardless of whether the medication is taken as prescribed or if it's misused. It's important to get some of

ressources ne doit pas provenir uniquement du gouvernement fédéral; les provinces devront également contribuer.

Nous croyons savoir que les ministres de la Santé en ont fait une priorité, particulièrement en ce qui concerne la surveillance pharmaceutique, et essaient de trouver des moyens de collaborer dans ce dossier.

La sénatrice Seidman : Merci beaucoup d'être ici aujourd'hui.

J'aimerais parler plus précisément des médicaments psychotropes qui, comme nous le savons, peuvent causer d'énormes dommages lorsqu'on en abuse.

Si nous recueillons des données, nous devons nous entendre sur la définition des termes « abus », « mauvais usage » et « dépendance ». Vous avez tous indiqué qu'il y avait des complications liées à cela. Pourriez-vous nous aider à comprendre en quoi il est compliqué de définir « abus », « mauvais usage » et « dépendance » et de les appliquer aux différentes catégories socio-démographiques?

Dre Ulan : Je peux répondre à votre question. Je suis d'accord avec vous. Je pense qu'il est très difficile de faire la distinction entre « mauvais usage » et « abus ». Un « mauvais usage » est, par définition, tout usage d'un produit pharmaceutique à des fins autres que celles prévues, tandis qu'un « abus » est un usage à des fins non médicales. Tout est dans l'intention, en ce sens qu'une personne peut prendre un médicament intentionnellement afin de tirer avantage de ses propriétés psychotropes. Comme il est question d'une intention, il est très difficile pour une personne de l'extérieur d'essayer de deviner l'intention derrière ce geste.

Par exemple, si une personne prend des somnifères et qu'un certain soir, elle avale deux comprimés au lieu d'un seul, parce qu'elle n'arrive pas à dormir, cela pourrait être perçu comme un mauvais usage, mais si ce même patient renifle le comprimé, cela serait considéré comme de l'abus. Dans ce cas-ci, la distinction est très claire, mais sachez qu'il y a beaucoup de zones grises.

Les définitions sont essentielles. Il se peut que nous devions fusionner les définitions afin de mieux refléter le MDS. La cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux a été publiée en juin dernier et ne fait plus la distinction entre « accoutumance » et « toxicomanie ». On a en quelque sorte réuni ces deux termes sous le même vocable de « usage problématique de substances ». On a ensuite ventilé les données selon les différentes substances, c'est-à-dire les opioïdes, l'alcool et ainsi de suite. On a reconnu cliniquement qu'il n'y avait pas de distinction claire et nette.

Mme Robeson : La stratégie S'abstenir de faire du mal doit également se concentrer sur les méfaits associés aux médicaments d'ordonnance, qu'il s'agisse ou non d'un mauvais usage ou d'un abus. Nous devons analyser les dommages causés par le médicament, peu importe qu'il ait été pris selon la posologie

that data as well. Was it taken as prescribed by dose, route, frequency and person, and what are the harms regardless of whether it's abuse or misuse?

Senator Seidman: If we're going to collect the data, if we're going to do the work and the surveillance, what are the challenges that we're going to face in trying to develop the definitions? Is it merely pulling in line with the new diagnostic manuals? What would you say?

Ms. Robeson: We have received a CRISM grant from CIHR to bring a group of stakeholders together. They will be dealing with some of those issues. There was a previous meeting that looked at those definitions. Part of the concern was that they didn't arrive at real definitions, which makes data collection and analysis very difficult.

One of the goals of this surveillance group will be to land on key indicators — perhaps not specifically around those definitions — to monitor for whether the drug is taken by the person in the way it was prescribed, what the harms are, seeking treatment, whether there is addiction, treatment for addiction, wait-list times, overdose or death being some severe outcomes related to that. Focus less on definitions and more on key, specific indicators.

Senator Seth: Thank you for such an interesting topic. I see with the CCSA presentation that Canada has the second highest level of per capita prescription opioid use in the world. Which country is the largest consumer of opioids and which is the least? In the case of the least, what initiative has been taken by the government to give this low level of drug abuse?

Dr. Ulan: The U.S. is the number one per capita utilizer and consumer of opioids. The least would not be countries we want to emulate. This is a First World problem, so the countries low down on it are places where opioids are just not available for treatment, whether or not it is appropriate or inappropriate. If you happen to be living in India and you have terminal cancer, regardless of how painful it is, you may not have access to it. Being the lowest consumer per capita has more to do with availability than initiatives to limit the prescribing of it.

Senator Seth: What cities in Canada do you see with the largest consumption of misused prescription drugs?

Mr. Eves: We can't speak to that at this point, and that is part of the relevance of the work you are doing with the second report and, in particular, understanding what post-market surveillance looks like, post-approval. We can't actually say. We have statistics from areas where they do have some monitoring.

recommandée ou de façon abusive. Il faut donc recueillir ces données. Le patient a-t-il respecté le dosage, la voie d'administration et la fréquence indiqués pour ce médicament? Quels sont les méfaits associés à ce médicament, peu importe l'utilisation qu'on en a fait?

La sénatrice Seidman : Si nous devons recueillir des données aux fins de la surveillance, quelles sont les difficultés auxquelles nous serons confrontés en ce qui a trait à l'élaboration des définitions? Devons-nous simplement nous aligner sur les nouvelles définitions du manuel diagnostique? Qu'en pensez-vous?

Mme Robeson : Les IRSC nous ont accordé une subvention, dans le cadre de l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances, afin de réunir un groupe d'intervenants dans ce dossier. Le groupe en question se penchera sur certains de ces enjeux. On a examiné ces définitions à une réunion antérieure. On n'est pas parvenu à établir des définitions claires, ce qui rend la collecte et l'analyse des données très difficiles.

L'un des objectifs de ce groupe de surveillance sera de se fonder sur des indicateurs clés — plutôt que sur ces définitions — afin de surveiller si le médicament a été pris selon la posologie recommandée, les méfaits qui y sont associés, s'il est question d'une dépendance, si on doit proposer un traitement, s'il y a des listes d'attente, si on signalé des surdoses et des décès liés à la prise du médicament. On va donc moins se concentrer sur les définitions et davantage sur des indicateurs précis.

La sénatrice Seth : Je vous remercie pour ce sujet fort intéressant. D'après l'exposé du CCLT, le Canada est le deuxième plus grand consommateur d'opioïdes par habitant dans le monde. Quel est le pays qui en consomme le plus et celui qui en consomme le moins? Dans le cas du plus petit consommateur d'opioïdes, quelle initiative le gouvernement a-t-il mis en œuvre pour enregistrer un taux d'abus de médicaments aussi bas?

Dre Ulan : Les États-Unis sont le plus gros consommateur d'opioïdes par habitant dans le monde. Pour ce qui est des plus petits consommateurs, ce sont des pays dont on ne voudrait pas nécessairement suivre le modèle. On parle ici des pays du tiers monde où les opioïdes ne sont tout simplement pas disponibles pour les traitements, qu'ils soient appropriés ou non. Si vous vivez en Inde et que vous êtes atteint d'un cancer en phase terminale, peu importe la douleur dont vous souffrez, il est très probable que vous n'avez pas accès à ces médicaments. C'est donc davantage une question de disponibilité que d'initiative visant à limiter les prescriptions.

La sénatrice Seth : Dans quelles villes canadiennes observe-t-on la plus grande consommation abusive de médicaments d'ordonnance?

M. Eves : Il est encore trop tôt pour se prononcer, et cela concerne les travaux que vous menez dans le cadre de votre deuxième rapport et, en particulier, toute la question de la surveillance des médicaments après leur homologation et leur mise en marché. Nous ne pouvons rien vous dire pour l'instant.

Ontario is one of the most robust at this time. That doesn't mean it's the best collector, but the one that has so far analyzed the data publicly. At this point we don't have that information.

The Chair: Just to clarify that, let me make sure we understand. You are able to say Canada ranks very high in terms of the total opiate use, but you are not able to say which ones are, so you are dealing with some volume identified of purchase of opiates on an annual basis?

Mr. Eves: Yes.

Senator Seth: What segment of the population misuses that drug? Is it young people, old people, rich, poor? Which segment would you suggest?

Mr. Eves: I can say confidently all segments, just differently. If you took older adults for example, there has been a prescribing pattern for a long time where they are more likely to be prescribed to than other parts of the population, with the exception of women. They are more likely to have what Susan referred to as "access," which then increases the chance of potential for misuse, abuse and other harms related to the use.

The segments of the population that have greatest access are the highest risk but, having said that, we won't necessarily conclusively know. There are drivers in each of those population groups that are different. In one it may be access through an actual prescription, but in the case of youth we know it is access in the home, for example.

We don't have statistics specifically that would show one segment of society has higher problems than another. It runs across all segments.

Ms. Robeson: We have some data provincially in certain jurisdictions which show, for example, that the treatment rate for women is rising at a greater rate than the treatment rate for opioid addiction for men. We are noticing that there are some variations among the population, but we have difficulty saying whether that compares across the country.

There has been a fair bit of media around the issue within First Nations communities that seem to be disproportionately affected as well.

[Translation]

Senator Bellemare: When you look at this problem, it is somewhat difficult to know what constitutes abuse of medications and what constitutes inappropriate use. Young people, for example, are a population at risk. They are often prescribed a

Nous avons les statistiques des régions où on effectue une certaine surveillance. L'Ontario est l'une des plus rigoureuses en ce moment. Cela ne signifie pas que c'est la province qui recueille le mieux ses données, mais plutôt celle qui, jusqu'à présent, a analysé les données disponibles publiquement. Nous n'avons donc pas l'information à ce stade-ci.

Le président : Si vous me le permettez, j'aimerais tirer les choses au clair. Vous nous dites que le Canada se classe parmi les plus grands consommateurs d'opiacés dans le monde, mais vous êtes incapable de nous dire les régions qui sont les plus touchées. J'imagine que vous vous fondez sur le volume d'achats d'opiacés annuels?

M. Eves : Absolument.

La sénatrice Seth : Au sein de quel segment de la population observe-t-on le taux d'abus le plus élevé? Est-ce que ce sont les jeunes, les vieux, les riches, les pauvres? Selon vous, quel est le segment de la population le plus touché?

M. Eves : Je peux affirmer sans me tromper que tous les segments sont touchés, mais de façon différente. Si on prend les adultes plus âgés, par exemple, ils consomment des médicaments depuis longtemps et une certaine habitude de prescription s'est créée avec le temps. Ils sont donc plus susceptibles de se faire prescrire ce type de médicaments que les autres segments de la population, à l'exception des femmes. Comme Susan l'a indiqué, étant donné qu'ils ont davantage « accès » à ces médicaments, le risque de mauvais usage, d'abus et d'autres méfaits liés à l'usage de ce médicament est plus grand.

Les segments de la population qui ont un plus grand accès aux médicaments sont aussi les plus à risque, mais cela dit, nous ne pouvons pas l'affirmer avec certitude. Il y a différents facteurs dont il faut tenir compte au sein de chacun des groupes de la population. La plupart obtiennent une ordonnance auprès d'un médecin, mais dans le cas des plus jeunes, nous savons qu'ils ont accès à des médicaments parce qu'ils les ont volés à la maison.

Nous n'avons pas de statistiques qui révèlent avec précision le segment de la société qui éprouve le plus de problèmes. Tous les segments de la population sont touchés.

Mme Robeson : Nous avons des données qui nous indiquent que dans certaines provinces, par exemple, on retrouve davantage de femmes que d'hommes traités pour une dépendance aux opioïdes. Nous remarquons certains écarts au sein de la population, mais nous avons du mal à faire des comparaisons à l'échelle nationale.

On a beaucoup parlé dans les médias des communautés des Premières Nations qui semblent être touchées de façon disproportionnée.

[Français]

La sénatrice Bellemare : Quand on regarde la problématique, peut-être que c'est difficile de savoir qui abuse et quelles sont aussi les utilisations à mauvais escient des médicaments. Les jeunes, par exemple, représentent une population à risque. En ce qui les

series of medications to treat ADHD, like Ritalin. That was not previously the case to the same extent. I am so surprised to see how extensive this problem has become today. They get prescriptions for the problem. Very young children become used to taking drugs very early in life. Behaviours develop and they get worse as people get older.

We live in a world where innovation is everywhere. Pharmaceutical companies are producing a lot of drugs. When you go to the doctor, you very often come away with a prescription. That is how care is provided now.

If we want to solve the problem at the source, we have to watch out for that. But it is impossible. I have trouble understanding it. We can try to understand the extent of the abuse, but I wonder whether the source of the problem is rather in the relationship between the doctor and the patient and the way in which care is provided these days. In that context, perhaps we should be concentrating on understanding the effect of the medications when they are used improperly. Then we can provide information and come to grips with the problem in much the same way as we did with tobacco or alcohol use.

I would like your reaction to that. Could you also tell me if you have information about treating young people with prescriptions? Is it all really necessary?

[English]

Ms. Robeson: With regard to young people, we do know from a misuse and abuse perspective that in one particular study 72 per cent of those kids access some of the drugs of abuse from their parents and home medicine cabinets. There is information that we can give to families about safe storage and disposal of their medication that can help in this regard.

When we look at issue of prescribing behaviour and consumer behaviour, we need to help inform consumers that when they go for a health issue perhaps the best course of action is not medication. There may be alternatives to the treatment of pain, for example, like physiotherapy, acupuncture and lots of other alternatives that are not pharmacologically based. Part of the strategy is about the education of prescribers and dispensers of medication — physicians, nurses, midwives, dentists and others — to help work with those folks around appropriate prescribing for appropriate circumstances.

It's a bigger issue in that some of this is system-focused. It takes only a few moments of a physician's time, or any other practitioner's time, to write a prescription. They are not necessarily funded for a thorough assessment and evaluation, nor in some circumstances do the appropriate resources exist in communities for specialist care or even alternatives to pharmacological support like physiotherapy, massage and others.

concerne, une série de médicaments qui traitent le TDAH, dont le Ritalin, leurs sont souvent prescrits. Cela n'existait pas avant avec autant d'importance. Aujourd'hui, je suis tellement surprise de voir l'incidence de ce problème prendre de telles proportions. On prescrit pour ce problème. Les très jeunes s'habituent à prendre des médicaments très tôt dans leur vie. Des comportements se développent qui empireront lorsque la personne vieillira.

Nous vivons dans un monde où il y a de l'innovation partout, les compagnies pharmaceutiques produisent beaucoup de médicaments. Quand on va chez le médecin, on en ressort avec une prescription très souvent. C'est comme cela qu'on soigne maintenant.

Si on veut régler le problème à la source, il faudrait surveiller cela, mais c'est impossible. Je comprends mal. On peut essayer de comprendre l'ampleur des abus, mais je me dis que le problème est peut-être à la source de la relation entre le médecin et le patient et dans la façon dont on soigne aujourd'hui. En ce sens, on devrait peut-être s'attarder à comprendre l'effet des médicaments lorsqu'ils sont mal utilisés et donner de l'information et d'appréhender le problème un peu comme on l'a pris avec le tabagisme ou l'alcoolisme.

Je voudrais avoir votre réaction sur cela. Pourriez-vous également me dire si vous avez de l'information sur les jeunes que l'on traite avec des prescriptions. Est-ce vraiment nécessaire, ces actions?

[Traduction]

Mme Robeson : En ce qui a trait aux jeunes qui se droguent avec les médicaments d'ordonnance, nous savons que 72 p. 100 d'entre eux se sont servis dans la pharmacie de leurs parents. Il serait donc utile de mieux sensibiliser les familles à l'entreposage et à l'élimination sécuritaire de leurs médicaments.

Si on veut changer les habitudes des consommateurs, il faut d'abord qu'ils comprennent que les médicaments ne sont pas toujours la meilleure solution aux problèmes de santé. Il y a d'autres traitements disponibles pour soulager la douleur, par exemple, la physiothérapie, l'acupuncture et beaucoup d'autres traitements qui ne sont pas médicamenteux. Il faut aussi mieux sensibiliser les personnes chargées de prescrire et de fournir les médicaments — les médecins, les infirmières, les sages-femmes, les dentistes et les autres — et travailler avec elles afin qu'elles proposent des traitements mieux adaptés aux circonstances.

Il s'agit d'un plus gros problème qui réside dans le système même. Cela ne prend que quelques minutes à un médecin pour rédiger une ordonnance. On n'a pas nécessairement les fonds nécessaires pour mener une évaluation approfondie ni les ressources adéquates au sein des collectivités, dans certains cas, en ce qui a trait aux soins spécialisés ou encore aux solutions de rechange aux médicaments telles que la physiothérapie, la massothérapie et ainsi de suite.

It's bigger than any one piece of that, and part of the benefit of the strategy is that no one piece alone is going to change this. There must be a comprehensive approach that looks not just at the prescribers but also the consumer demand for some of these drugs, because there's an awful lot of marketing out there that suggests if we take a pill it's a wonderful panacea. However, we need also to inform consumers of the risks that they can face for some of this.

[Translation]

Senator Bellemare: You said it exactly, it is systemic. We have a system in which doctors write prescriptions and people want their problem solved quickly. They want a miracle pill.

In some of the documents you sent us, you say that you cannot solve this problem without leadership and direction from the federal government. What can the federal government do to change the system?

[English]

Ms. Robeson: All roads to this solution don't lead to the federal government or to any one government or any type of government. The federal government can be part of the dialogue and sit at the table. They can provide funding for some of those initiatives.

As legislative barriers — for example, the privacy issue — come to the fore, this can be part of the discussions around what legislative changes can be made. There can be strengthening of the post-market surveillance system and the appropriate responses that can come into play there and the federal government can be part of that solution.

It's important that while there is a huge role for the government in this, it is not only a government role. I think we often look solely to government as the solution for all of this, but being part of the table and providing the funding in their legislative arm is a key to this strategy.

Senator Cordy: Dr. Ulan, you spoke about a lot of data collected, but it's not being compiled. Could you just expand on that?

Dr. Ulan: In Alberta, as part of CoOPDM, we did a literature review of the different prescription monitoring programs and surveillance systems available across Canada. We looked to the U.S. and internationally at what kind of systems were available, so we have some information as we begin to look at how to improve management of this in Alberta.

The second piece was looking at having interviews with key stakeholders in the province to look at what data they collect, whom they share that data with and what's done with that data. We looked at RCMP, municipal police, the College of Physicians & Surgeons, coroners' data, Alberta Health Services and First Nations. We realized there's actually a lot of really good data

Si on veut remédier à la situation, il nous faut absolument adopter une approche globale qui vise non seulement les médecins prescripteurs, mais aussi les consommateurs, compte tenu du marketing pharmaceutique qui nous laisse croire que les médicaments sont la solution miracle. En revanche, nous devons aussi mieux informer les consommateurs sur les risques auxquels ils s'exposent en prenant ces médicaments.

[Français]

La sénatrice Bellemare : Vous l'avez bien dit, c'est systémique. Nous sommes face à un système où des médecins font des prescriptions et des individus veulent régler leur problème rapidement. Donc, c'est la pilule miracle.

Dans certains des documents que vous nous avez transmis, vous dites ne pouvoir régler ce problème sans le leadership et la direction du gouvernement fédéral. Que peut faire le gouvernement fédéral pour changer ce système?

[Traduction]

Mme Robeson : Le gouvernement fédéral ni aucun autre gouvernement ne peut, à lui seul, remédier au problème. Il n'empêche que le gouvernement fédéral peut prendre part aux discussions et financer certaines de ces initiatives.

En ce qui a trait aux barrières législatives — par exemple, la question de la protection des renseignements personnels —, cela pourrait faire partie des changements à apporter. On pourrait également renforcer le système de surveillance post-commercialisation et les mesures à prendre en conséquence, et le gouvernement fédéral peut contribuer à la solution.

Bien que le gouvernement ait un rôle important à jouer, il faut savoir qu'il n'est pas le seul intervenant. Je pense qu'on se tourne souvent uniquement vers le gouvernement pour régler nos problèmes. Toutefois, dans ce cas-ci, le gouvernement peut certainement participer aux discussions et financer en partie cette stratégie.

La sénatrice Cordy : Docteur Ulan, vous avez indiqué qu'un grand nombre de données étaient recueillies, mais qu'elles n'étaient pas compilées. Pourriez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet?

Dre Ulan : En Alberta, la CoOPDM a procédé à un examen des données sur les différents programmes et systèmes de surveillance pharmaceutique partout au Canada. Nous nous sommes également penchés sur la situation des États-Unis et d'autres pays dans le monde pour voir le genre de systèmes qu'on avait en place, en vue d'améliorer le système en Alberta.

Par ailleurs, nous avons également voulu interroger des intervenants clés au sein de la province pour savoir le type de données qu'ils recueillaient, à qui ils les communiquaient et ce qu'ils faisaient de ces données. Nous avons examiné les données de la GRC, des services de police municipaux, du Collège des médecins et des chirurgiens, des coroners, des services de santé de

being collected. How each of our organizations utilizes that data is often not as robust as it could be and we don't have a mechanism in place to be able to share that data to get a bigger picture of what's happening provincially.

Putting that data together to get a better idea about what's happening on a global basis is very important, because it allows us to not only quantify the issue, to develop strategies to be able to deal with the issues that are identified, but it also allows us to track our progress. That kind of information is well positioned to influence policy and legislation. Unless there's good information available, it's very difficult to put together a compelling argument about why changes to the system need to occur.

Senator Cordy: Some of the information that provinces or organizations are gathering is who prescribes and how much medication a patient is taking. A few years ago I think most provinces were very much aware of the double doctoring, in some cases triple or quadruple doctoring, with people going from doctor to doctor and pharmacy to pharmacy. A lot of that has been dealt with, at least I hope so. What about individual doctors?

A friend of mine had surgery and got a prescription for 50 OxyContin pills and he was flabbergasted. Maybe the doctor felt this person would never abuse it, but there is no stereotype about who abuses prescription drugs. People have the stereotype in their minds about someone on the street and that's not the case, particularly with prescription drugs.

Do we have data in terms of to whom doctors are prescribing and the amounts? A single dose of 50 OxyContin seems to me to be extreme.

Dr. Ulan: I am happy to speak about that. That's my job, basically.

In Alberta we have a triplicate program and that's been in operation since 1986. It's a prescription monitoring program that initially was utilized to identify multi-doctoring. If a patient saw more than one practitioner in a certain period of time, a letter was sent to all the practitioners that were prescribing. Over the years we've got a huge database and several years ago — probably about six or seven years ago, at least — the college, in addition with other partners that operate the triplicate program, evaluated the way this data was being utilized and felt we could improve on that. We invested quite a bit of money into data mining so we could more appropriately identify high risk patients or physicians and interact.

My job at the college is to interact with physicians who are high prescribers and identified through our triplicate program or through the complaints process, or because of notification from a

l'Alberta et des Premières Nations. Nous nous sommes rendu compte qu'en fait, on recueillait énormément de bonnes données. Cependant, chacune de nos organisations utilise ces données de façon isolée, et il n'existe aucun mécanisme nous permettant de communiquer les données de façon à avoir une vue d'ensemble à l'échelle provinciale.

Il serait très important de rassembler ces données et de dresser un portrait plus global de la situation, parce que cela nous permettrait non seulement de déterminer l'ampleur du problème et d'élaborer des stratégies en conséquence, mais aussi de suivre nos progrès. Ce type d'information peut influencer les politiques et les lois. En l'absence de données pertinentes, il est très difficile de faire valoir la nécessité d'apporter des changements au système.

La sénatrice Cordy : Les provinces et les organisations recueillent des données sur les personnes qui prescrivent les médicaments et les quantités de médicaments qui sont prescrits. Il y a quelques années, la plupart des provinces étaient bien au courant du problème de l'obtention d'ordonnances multiples. Comme vous le savez, les patients pouvaient consulter deux ou trois, voire quatre médecins, et aller de pharmacie en pharmacie pour obtenir des médicaments. On a en grande partie remédié à ce problème, ou du moins, je l'espère. Mais qu'en est-il des médecins?

À la suite d'une chirurgie, un de mes amis s'est fait prescrire 50 OxyContin. C'est un peu exagéré. Le médecin en question ne croyait certainement pas que cette personne pourrait en abuser, mais on ne sait jamais qui peut avoir ce type de problème. Les gens ont souvent en tête le stéréotype du drogué dans la rue, mais ce n'est pas le cas ici, particulièrement avec les médicaments d'ordonnance.

Recueille-t-on des données sur les quantités prescrites par les médecins? Une seule dose de 50 OxyContin me paraît assez extrême.

Dre Ulan : Je suis heureuse de vous en parler. En fait, c'est mon travail.

En Alberta, nous avons depuis 1986 un programme d'ordonnances en triple copie. C'est un programme de surveillance des ordonnances qui, à l'origine, servait à repérer les particuliers qui avaient recours à plus d'un médecin. Si un patient voyait plus d'un praticien au cours d'un certain laps de temps, une lettre était envoyée à tous les praticiens qui prescrivaient des ordonnances. Au fil des ans, nous avons constitué une énorme base de données, et il y a plusieurs années — au moins six ou sept ans, probablement —, le collège et d'autres partenaires du programme ont évalué comment ces données étaient utilisées et ont conclu qu'on pouvait faire mieux. Nous avons investi des sommes considérables dans l'exploration de données afin d'être en mesure de repérer plus efficacement les patients et les médecins à haut risque et d'intervenir.

Mon travail au collège consiste à rencontrer les médecins qui rédigent beaucoup d'ordonnances, ceux que notre programme d'ordonnances en triple copie ou le processus de plaintes ont

colleague or a family member. I've got data that I can present to the physician; I get some information about their practice and work with them from an educational perspective to improve their prescribing practice.

We have some broad education that we provide to all physicians in the province, but really the role of the college as medical regulator is to identify high-risk prescribing and to manage that. We tend to prefer a more educational approach because it's cheaper, quicker and less adversarial.

The complaints process is also utilized. Everyone's got the option to file a complaint against their physician and that's certainly an option, but if a problem has been identified, if at all possible, we'd like to work with a physician from an educational perspective and we can rein them in.

I agree, that is an important role of medical regulators to identify not only high-risk patients and inform the prescribers but, as importantly, to identify high-risk physicians.

Senator Cordy: Ms. Robeson, I thought you spoke very reasonably about the consumer demand for prescriptions from doctors when you go to a doctor's office and people aren't necessarily taking into account the side effects of prescription drugs. Certainly the reading I've been doing recently is that this is becoming a concern. There is a demand by the consumer for medications when in fact they're not going to help. If you've got a cold, liquids and rest, the old-fashioned remedies, are best, yet people are demanding prescriptions for things where prescriptions really will not do anything and every prescription, as we know, has some kind of side effect.

I think you spoke also very well about other non-prescription remedies, like massage, physiotherapy, whatever, that would be better and there are no side effects from those.

With an anti-drug strategy that would include prescription drugs — hopefully money for that will come in the budget — would you include education in that public awareness? Would that be a major part of the strategy in terms of prescription drugs? I'm not sure people necessarily take it as seriously as they should.

Ms. Robeson: I would say it must be an important part of the strategy for all of the reasons that you've just outlined. Part of what we've done so far is a scan across the country as to what public education campaigns and other initiatives exist around this issue and exactly what they're offering. Some are specific to safe storage and disposal, whereas others are about informed consumerism of health care services specific to the prescription drug issue.

permis de repérer ou ceux qui nous ont été signalés par un collègue ou un membre de la famille. J'aborde ces médecins avec des données en main. Je recueille de l'information sur leur pratique et je travaille avec eux en vue de les sensibiliser et de les aider à améliorer leur façon de faire en matière d'ordonnances.

Nous offrons une formation très générale aux médecins de la province, mais en tant qu'ordre des médecins, notre vrai rôle est de repérer les pratiques à risque élevé en matière d'ordonnances et d'y remédier. L'approche que nous préconisons est davantage axée sur la sensibilisation, car c'est une façon plus économique, plus rapide et moins antagoniste de régler le problème.

Nous comptons aussi sur un processus de formulation de plaintes. N'importe qui a la possibilité de porter plainte contre son médecin, mais si un problème a été décelé — pour peu que ce soit possible —, nous cherchons à ramener le médecin concerné dans le droit chemin en travaillant avec lui dans une perspective éducative.

En effet, l'un des rôles importants des ordres des médecins est certes de repérer les patients à haut risque et d'en informer les praticiens, mais il est tout aussi important de repérer les médecins à haut risque.

La sénatrice Cordy : Madame Robeson, je trouve que vous avez tenu des propos très lucides au sujet des consommateurs qui demandent des médicaments sur ordonnance à leur médecin sans que personne ne se préoccupe nécessairement de leurs effets secondaires. Ce que je lis dernièrement à ce propos semble indiquer que cela devient un problème. Les consommateurs demandent des médicaments qui, dans les faits, ne vont pas les aider. Si vous avez un rhume, la bonne vieille recette dit qu'il faut du repos et beaucoup de liquide, et c'est ce qui fonctionne le mieux. Or, les gens demandent des ordonnances pour des problèmes qui ne se traitent pas avec ces médicaments. Et, comme nous le savons, tout médicament a des effets secondaires.

Vous avez en outre parlé avec éloquence des traitements qui ne requièrent pas d'ordonnance — comme la massothérapie ou la physiothérapie pour ne nommer que ceux-là —, et qui donnent de meilleurs résultats sans effets secondaires.

Dans une stratégie antidrogue qui engloberait les médicaments sur ordonnance — et nous espérons que le budget y affectera des fonds —, est-ce que la sensibilisation du public s'accompagnerait d'un volet éducatif? Cet aspect serait-il un élément fondamental de la stratégie en ce qui concerne les médicaments sur ordonnance? Je ne suis pas convaincue que les gens prennent cette question aussi sérieusement qu'ils le devraient.

Mme Robeson : J'estime que le volet éducatif doit effectivement être un élément important de la stratégie, et ce, pour toutes les raisons que vous venez d'énumérer. Une partie du travail accompli jusqu'ici consiste à recenser tout ce qui se fait au pays pour sensibiliser le public à ce sujet et ce que ces initiatives offrent. Certaines de ces campagnes ont des thèmes précis, comme l'entreposage et l'élimination sécuritaire des médicaments, tandis que d'autres visent à informer le public sur les services de santé disponibles en lien avec les médicaments sur ordonnance.

We're in the process of analyzing that scan to see what is out there, but I think that that will then inform whether we need to develop something new, update what is existing, or spread out some good practice. Yes, it has to be part of the solution to this, because consumers are part of the issue.

Senator Segal: I just wanted to make sure that I understood your answer to Senator Seth. As I understood your answer with respect to the distribution of the problem across the population, if you had 10,000 people in Alberta or any other province who had a post-secondary education and were earning in the top 5 per cent of the income cohort and you had 10,000 people who were in the lowest economic cohort, with less education and living at the poverty line or beneath, the exposure to this problem and the uptake in terms of the misuse or abuse of drugs would be no different among those two groups Did I understand your answer correctly?

Dr. Ulan: The reality is that we don't have good data about that.

Senator Segal: So we don't know?

Dr. Ulan: So we don't know.

Senator Segal: The second question really follows on my colleague Senator Cordy's question.

If you think about 35 years ago, drinking and driving, for example, if you think about smoking, if you think about where we are socially and in terms of uptake and substantial progress in terms of percentages of the population not as deleteriously affected, as was the case in the past, as I recall those efforts, there were regulatory innovations, there were memoranda of enforcement for the police in terms of how they engaged, and there was a lot of advertising and public relations done aimed at all levels of the population. It wasn't just government. Government helped, but there were a lot of private sector, not-for-profit and other groups in the mix.

Is there anything, in your judgment, that we can learn from that that government — or you — could provide some assistance or leadership on to allow us to move this ball down the road a little faster than we appear to be able to do in the kind of clinical approach which, understandably, we are now focused on?

Mr. Eves: You make an excellent point, and that's actually written directly into the recommendations of the First Do No Harm strategy, to actually build on the success of other long-term campaigns to curb and change behaviour. And you're right; there are a lot of lessons there, too.

Nous procédons actuellement à l'analyse des résultats de ce recensement afin d'établir ce qui se fait. Nous pourrions ensuite déterminer s'il faut mettre au point de nouveaux outils, moderniser les produits existants ou diffuser certaines pratiques exemplaires. Oui, cela doit faire partie de la solution à ce problème, car les consommateurs eux-mêmes font partie du problème.

Le sénateur Segal : Je veux seulement m'assurer de bien avoir saisi ce que vous avez répondu à la sénatrice Seth au sujet de la répartition du problème dans l'ensemble de la population. D'après ce que j'ai compris, l'exposition à ce problème et les risques d'une mauvaise utilisation ou d'un usage abusif de médicaments sont les mêmes, que nous ayons 10 000 personnes de l'Alberta ou de toute autre province qui ont fait des études postsecondaires et qui font partie des 5 p. 100 de la population ayant les meilleurs revenus ou 10 000 Canadiens parmi les moins bien nantis qui ont moins d'éducation et qui vivent avec un revenu égal ou inférieur au seuil de la pauvreté. Ai-je bien compris votre réponse?

Dre Ulan : La vérité est que nous n'avons pas de données probantes à ce sujet.

Le sénateur Segal : Alors, nous ne le savons pas?

Dre Ulan : C'est exact.

Le sénateur Segal : Ma deuxième question fait suite à celle de ma collègue, la sénatrice Cordy.

Comparez la situation qui prévalait il y a 35 ans au sujet de l'alcool au volant ou du tabagisme, par exemple, au point où nous sommes rendus socialement aujourd'hui, et pensez aux importants progrès que nous avons accomplis et à la diminution du pourcentage de gens qui nuisent à leur santé comme c'était le cas auparavant; je me souviens de tout ce qu'on a fait : des innovations réglementaires, des initiatives policières sur les façons d'intervenir et de la quantité de publicités et d'exercices de relation publique destinés à toutes les couches de la population. Et ce n'était pas seulement l'État. Certes, les gouvernements ont eu un rôle à jouer, mais beaucoup d'intervenants du secteur privé, d'organismes sans but lucratif et d'autres groupes ont mis la main à la pâte.

Selon vous, y a-t-il quelque chose à retenir de toute cette histoire qui permettrait au gouvernement — ou à vous — d'offrir l'aide ou d'imprimer l'orientation qui fera avancer les choses plus vite que nous semblons pouvoir le faire avec l'approche clinique sur laquelle nous concentrons naturellement toute notre attention?

M. Eves : C'est une excellente remarque, et l'essence de votre propos est reprise directement dans les recommandations qui accompagnent la stratégie S'abstenir de faire du mal; il faut en fait tabler sur les bons coups des autres campagnes à long terme pour modifier et encadrer les comportements. Et vous avez raison de dire que les expériences du passé ont beaucoup à nous apprendre.

The thing we can't take out of the equation, though, is it will still take time to get us to where we want to be. Will it take as long as smoking or wearing seatbelts, as an example? Maybe not, because this issue does have an urgency to it that may not have been there for others, where we're seeing the effects, outcomes and the harms related to prescription drug misuse occurring in much more dramatic ways.

I expect the time will be less, but it will still take some time. We will be building on the success of other campaigns.

Ms. Robeson: We can learn from a lot of those strategies because of the multifaceted approach that turned out to work, that we finally discovered worked.

What's different about this issue, however, is that these are also medications that have legitimate therapeutic benefits. So, being able to ensure that people have access to appropriate treatment using these medications when it's appropriate and when other strategies have been tried and were either unsuccessful or required some supplementation, that's what's different about this strategy. It's a little more complex, but I still think we can learn a great deal from all the other approaches that can work.

We know from putting this strategy together and from the experts that came together that it requires legislation. It requires public education and other prevention initiatives. It requires education of all key stakeholders, including prescribers and dispensers. The ways in which other communities and organizations went about doing that kind of work in the area of tobacco, for example, will greatly inform this, but it's just slightly more complex. That's not to say it's insurmountable, but it's just a little bit different as well. We have to adapt some of that.

Senator Enverga: Thank you for the presentations. Many of my questions have been answered.

However, one of the underlying causes of prescription drug misuse in Canada is the lack of awareness. With regard to that, do you have any strategies for prescription drug use? Please comment on non-prescription drugs as well, such as over-the-counter drugs.

The Chair: Stay away from over-the-counter. We're looking entirely at prescription drugs here, so we don't want to get into the alternate medications.

Senator Enverga: That's fair.

Mr. Eves: Something that's also reflected in your report, which is better communication and more effective communication, labeling is a good example of how we can get consumers the information they need when they need it. There is also the black box or black triangle methodology, which can let people know right away that this is a medication that may have some

Nous ne pouvons cependant pas ignorer qu'il faudra quand même du temps pour arriver là où nous souhaitons aller. Cela sera-t-il aussi long que dans le cas, par exemple, du tabagisme ou du port de la ceinture de sécurité? Ce ne sera peut-être pas le cas, parce que ce problème a un caractère urgent que les autres n'avaient peut-être pas. Les effets, les répercussions et les torts causés par la mauvaise utilisation des médicaments sur ordonnance se manifestent de façon beaucoup plus dramatique.

Je m'attends à ce que les choses aillent plus vite, mais cela prendra quand même un certain temps. Nous allons nous inspirer du succès des autres campagnes.

Mme Robeson : Il y a beaucoup à apprendre de ces stratégies, car nous avons fini par comprendre que l'approche à plusieurs volets est efficace.

Cependant, le présent enjeu est différent, parce que les médicaments procurent aussi des bienfaits thérapeutiques réels. Alors, nous devons veiller à ce que les personnes aient accès aux traitements appropriés ayant recours à ces médicaments lorsque leur état le justifie et lorsque d'autres approches ont échoué ou ont demandé un certain apport complémentaire. Voilà ce en quoi cette stratégie diffère. La situation est un peu plus complexe, mais nous pouvons néanmoins en apprendre beaucoup des autres approches qui fonctionnent.

La mise au point de la stratégie et les avis des experts nous ont amenés à constater qu'il faut une mesure législative. Il faut aussi éduquer le public et mettre en œuvre d'autres initiatives de prévention. Il faut sensibiliser tous les intervenants clés, dont les prescripteurs et les distributeurs. Les tactiques déployées par les autres groupes et organismes concernant le tabagisme, par exemple, nous aideront grandement à étayer notre démarche, même si le problème est un peu plus complexe. Je ne dis pas qu'il s'agit d'une tâche insurmontable, mais c'est un peu différent. Nous devons adapter certaines initiatives en conséquence.

Le sénateur Enverga : Merci de vos exposés. Vous avez répondu à plusieurs de mes questions.

Toutefois, l'une des causes sous-jacentes de la mauvaise utilisation des médicaments au Canada est le manque de sensibilisation. Avez-vous des stratégies à proposer en ce sens concernant l'utilisation des médicaments sur ordonnance? N'hésitez pas à nous donner aussi votre avis sur les médicaments qui ne nécessitent pas d'ordonnance, comme les médicaments en vente libre.

Le président : Ne touchez pas aux médicaments en vente libre. Nous ne nous intéressons qu'aux médicaments sur ordonnance, alors nous ne souhaitons pas aborder les autres.

Le sénateur Enverga : C'est bon.

M. Eves : Comme vous l'indiquez dans votre rapport, communiquer mieux et plus efficacement est une bonne façon de diffuser l'information dont les consommateurs ont besoin quand ils en ont besoin. L'étiquetage en est un bon exemple. Il y a aussi la méthode de la boîte noire ou du triangle noir qui signale clairement qu'un médicament peut s'accompagner de mises en

considerations that you need to be aware of, right through to the monograph and standardization of the monograph and what information is shared at the time the prescription is dispensed.

I think those are things that would empower consumers and give them the knowledge they need to know there is a potential for risk when they're taking this substance and alerting them to that.

Dr. Ulan: I'd like to expand on that a little. I think the education piece is critical for all health providers, not just physicians and pharmacists, but nurses, dentists, even vets. In Alberta, our Triplicate program also tracks veterinary prescriptions, and we're finding that patients are using their pets and their veterinarian appointments as a way of obtaining prescription medications that they're misusing for their own purposes. So, education of all professionals, both undergraduate as part of their training but also post-graduate, is critical and it is not just for physicians.

I couldn't agree with you more; I think the education piece is under-utilized at this point.

Senator Enverga: From what I see, it's a lack of awareness because of misuse. However, awareness causes abuse, the way I hear it from you.

Have there been any lessons learned in this regard? Do we have to put some kind of label on prescription medication as we did for cigarettes, to make risks more visible so this will not happen again? What do you think about that?

Dr. Ulan: I think there are a couple of things. Once again, on your point about being able to identify when there's abuse, I think physicians and other treatment providers are poorly equipped and poorly educated to identify when a patient is running into problems, when they're using more than they should, or when they're starting to show some high-risk behaviours.

As physicians, we aren't very well trained at identifying those symptoms and what they might mean and how to deal with the management of that patient so you can set appropriate boundaries and tighten up your control, as well as learning about resources in your community and how to get help for that patient. I think that's a big piece that we aren't well trained on as either medical students or graduate physicians.

I agree with you. I think labeling is very important because, with respect to opioids, often family members and the people close to people who are using opioids underestimate the power and the potential risk of those medications. If they were more

garde dont il faut tenir compte. Enfin, il y a les dépliants et la normalisation des dépliants, et toute l'information qui est communiquée au moment où l'ordonnance est exécutée.

D'après moi, les consommateurs seraient ainsi avertis et outillés pour comprendre les risques qui accompagnent la prise de la substance en question.

Dre Ulan : J'aimerais ajouter quelque chose à ce sujet. Je crois qu'il est essentiel de sensibiliser tous les intervenants en santé, y compris les médecins et les pharmaciens, mais aussi les infirmières, les dentistes et même les vétérinaires. En Alberta, notre programme d'ordonnances à triple copie vise aussi les ordonnances des vétérinaires, et nous constatons que les patients se servent de leurs animaux de compagnie et de leurs rendez-vous chez le vétérinaire pour obtenir des médicaments sur ordonnance qu'ils consommeront. Alors, la sensibilisation des professionnels — les étudiants au baccalauréat dans le cadre de leur formation et ceux des cycles supérieurs — est tout à fait essentielle et elle ne se limite pas aux médecins.

Je suis tout à fait d'accord avec vous. Je crois qu'à l'heure actuelle la sensibilisation est sous-utilisée.

Le sénateur Enverga : D'après ce que je peux voir, la mauvaise utilisation découle d'un manque de sensibilisation. Mais votre façon de le présenter semble indiquer que la sensibilisation ouvre la porte à une utilisation abusive.

Avons-nous retenu quelque leçon que ce soit à cet égard? Faut-il, à l'instar de ce que nous avons fait pour les cigarettes, mettre une étiquette spéciale sur les médicaments sur ordonnance afin de rendre les risques plus visibles et éviter que la même chose se reproduise? Qu'en pensez-vous?

Dre Ulan : Je crois qu'il y a deux choses à retenir ici. Encore une fois, en ce qui concerne ce que vous avez dit sur notre capacité de déceler l'utilisation abusive, je crois que les médecins et les fournisseurs de soins sont mal outillés pour savoir qu'un patient est sur une pente glissante, qu'il consomme plus de médicaments qu'il ne le devrait ou qu'il commence à afficher des comportements à haut risque.

En tant que médecins, nous sommes plutôt mal formés pour reconnaître ces symptômes et ce qu'ils signifient. Nous ne savons pas nécessairement comment gérer un patient dans une telle situation, définir les limites appropriées et renforcer le contrôle, et nous ne sommes pas nécessairement au courant des ressources disponibles dans la collectivité et des façons d'aider un tel patient. Je crois que c'est un aspect qui fait grandement défaut à notre formation, tant pour les étudiants en médecine que pour les médecins diplômés.

Je suis d'accord avec vous. Je crois que l'étiquetage est très important, notamment en ce qui concerne les opiacés, car les membres de la famille ou les proches de la personne qui prend ces médicaments en sous-estiment souvent la puissance et les risques

appropriately labeled, it would be easier to minimize some of the risky behaviours and perhaps encourage people to store those drugs more appropriately.

Ms. Robeson: That level of awareness would also empower consumers to actually ask the questions of whoever is prescribing their medication, so instead of asking for the medication, to be able to ask about dosage. Do they really need this number of pills? I could repeat a number of similar stories about the volume of pills dispensed, for example.

Maybe we also need to work with dispensers, that if a prescription comes in for 50 tablets, only a certain number are dispensed, with the option that people, if they continue to need that medication, come back for more. There are a number of changes that we could make without a whole lot of legislative requirements in that regard.

Consumer empowerment is one key piece. As Susan alluded to, in terms of recognizing signs and symptoms of substance abuse and other risk issues, the amount of education that prescribers — for example, physicians or nurses — get during their undergrad or in their postgraduate training around pain management is fairly low. In fact, of all the groups Susan mentioned, including veterinarians, veterinarians get the most of all of those groups in terms of pain management education as part of their training to be the health providers that they are.

Undergrad curriculum or pre-certification curriculum, as well as continuing education, are also part of that.

Senator Enverga: Just a quick question: Do we think we should criminalize some aspect of abusing drugs?

Dr. Ulan: It's very difficult to criminalize something that has appropriate indications. It's not like heroin or cocaine; these are medications that are important to be available for appropriate medical conditions. It's very difficult.

There are already mechanisms to criminalize trafficking, diversion and double doctoring, but to criminalize possession of something that is therapeutic would be quite challenging to do. However, the criminal activity using that as a substrate should be considered to be strengthened.

[Translation]

Senator Chaput: The national advisory council on prescription drug misuse recommends the establishment of a Canada-wide monitoring system. How can we establish a Canada-wide monitoring system when data and information is incomplete for Canada and for the various provinces, as you mentioned? How

potentiels. Un meilleur étiquetage permettrait de diminuer les comportements à risque et inciterait peut-être les gens à être plus vigilants dans leur façon de ranger ces médicaments.

Mme Robeson : De plus, une telle sensibilisation inciterait les consommateurs à poser des questions à ceux qui leur prescrivent des médicaments, notamment sur la posologie. Ont-ils vraiment besoin d'autant de comprimés? Je pourrais raconter de nouveau plusieurs histoires semblables au sujet du nombre de comprimés reçus, par exemple.

Nous devrions peut-être travailler avec les distributeurs de médicaments. Si une personne a une prescription pour 50 comprimés, il faudrait lui en donner seulement un certain nombre à la fois et lui permettre de revenir en chercher d'autres si elle en a encore besoin. Un certain nombre de changements pourraient être apportés à cet égard sans qu'il y ait lieu de remanier les lois outre mesure.

Outils les consommateurs est un élément clé. Comme le disait Susan, lorsqu'il s'agit de reconnaître les signes et les symptômes de l'utilisation abusive d'une substance, la formation à cet égard que les prescripteurs — par exemple, les médecins ou le personnel infirmier — reçoivent durant leurs études au baccalauréat ou après est plutôt déficiente. En fait, parmi tous les groupes dont Susan a parlé, ce sont les vétérinaires qui reçoivent la formation la plus approfondie sur la gestion de la douleur dans le cadre de leurs études en vue de devenir des fournisseurs de soins de santé.

Le programme de premier cycle ou de précertification, ainsi que le perfectionnement professionnel en font aussi partie.

Le sénateur Enverga : Voici une question rapide pour vous : croyez-vous que nous devrions criminaliser certains aspects de l'utilisation abusive de médicaments?

Dre Ulan : C'est très difficile de criminaliser quelque chose qui s'accompagne d'instructions appropriées. Ce n'est pas comme l'héroïne ou la cocaïne. Il est ici question de médicaments qui doivent être offerts pour traiter des problèmes de santé précis. Ce serait très difficile de le faire.

Il existe déjà des mécanismes pour criminaliser le trafic, le détournement de produits et la sollicitation d'ordonnances multiples, mais la criminalisation de la possession d'une substance thérapeutique serait très difficile à mettre en œuvre. Il y aurait cependant lieu d'envisager un resserrement du contrôle des activités criminelles ayant recours à ces produits comme substrat.

[Français]

La sénatrice Chaput : Le Conseil consultatif national sur l'abus des médicaments sur ordonnance recommande de mettre en place un système de surveillance pancanadien. Comment peut-on arriver à mettre sur pied un système de surveillance pancanadien quand, même au niveau du Canada et des

can we monitor the scope of the misuse and abuse if we do not have sufficient information? How can it be done? Are there other tools that can be used to measure it?

[English]

Dr. Ulan: What we do is start off with what we have access to as far as data goes.

In Alberta, we looked at starting to work with other stakeholders — looking at the government, the coroner and law enforcement — and putting the data we had together in a composite and aggregate way so that we aren't identifying any particular information about either a patient or a physician, but looking at an aggregate picture, just with what we have to get a better idea about what the current situation is. As things move on and as we start to develop better governance, legislative structure and work through some of the privacy issues, then we can kind of build on that.

You have to start off simple and take a look at what you have to begin with. It may not be perfect, but at least it's something, and it helps inform your process and gives you a baseline.

You can do that fairly simply using existing data, recognizing that it may not be applicable for all provinces, territories and all locations within a province, but at least it's something. Look at the data that's currently already available.

Ms. Robeson: One of the recommendations in the strategy is to put in place in each province and territory a prescription monitoring program similar to the one Susan is referring to. We're hoping to do that by having those jurisdictions that have those prescription monitoring programs work with other jurisdictions to enable them to understand how to set one up in their jurisdiction.

We're in the process of a review of the evidence — the research — on what are the core components of effective prescription monitoring programs to know what ought to be in place in each of these jurisdictions. Then we would work with those jurisdictions to identify, as Susan said, those data sets that already exist, identify gaps, and work together to try to address some of those gaps. Different jurisdictions may be collecting different data right now.

Over time, having those data sets able to communicate or be comparable to other data sets in order to understand the picture nationally does not necessarily mean that a national system is required. But it must be a system that's jurisdictionally based such that we can compare across jurisdictions, as well. That would be helpful.

différentes provinces, et vous l'avez mentionné, les données et informations ne sont pas complètes? Comment peut-on surveiller l'ampleur du mésusage et l'abus si on n'a pas l'information suffisante? Comment cela peut-il se faire? Est-ce qu'il y a d'autres outils qui permettent de mesurer?

[Traduction]

Dre Ulan : Nous commençons par les données auxquelles nous avons accès.

En Alberta, nous avons commencé à envisager la possibilité de travailler avec d'autres intervenants — le gouvernement, le coroner et les services de police — et de mettre nos données en commun en un tout hétérogène et global, de sorte qu'il soit impossible d'en extraire des renseignements au sujet d'un patient ou d'un médecin en particulier. Nous aurions ainsi un portrait global de la situation actuelle à partir de ce que nous avons. Au fur et à mesure que les choses avanceront, que nous commencerons à élaborer une meilleure structure législative et une meilleure gouvernance et que nous réussirons à régler certains problèmes relatifs à la protection des renseignements personnels, nous pourrions nous en servir pour aller de l'avant.

Il faut commencer dans la simplicité et examiner les données actuelles. Ce n'est peut-être pas parfait, mais c'est toujours un début. Ces données peuvent servir de référence et étayer le processus.

Cela peut se faire assez facilement à l'aide des données existantes. Cela ne s'appliquera pas nécessairement à toutes les provinces, à tous les territoires et à toutes les régions d'une même province, mais c'est un point de départ. Il faut se pencher sur les données qui existent déjà.

Mme Robeson : L'une des recommandations de la stratégie est d'instaurer dans les provinces et les territoires un programme de surveillance des ordonnances semblable à celui dont parle Susan. Nous espérons y arriver en faisant en sorte que les administrations qui ont déjà un tel programme aident les autres à élaborer le leur.

Nous procédons actuellement à l'examen des données probantes — la recherche — concernant les éléments fondamentaux des programmes efficaces de surveillance des ordonnances afin de savoir ce qui doit être mis en place dans chaque administration. Ensuite, nous collaborerons avec ces administrations pour recenser, comme le suggérait Susan, les données existantes, repérer les lacunes et essayer ensemble d'en combler certaines. Les diverses administrations recueillent peut-être actuellement des données différentes.

Au fil du temps, le fait que ces ensembles de données puissent être partagées ou être comparées à d'autres ensembles de données afin de tracer un portrait national ne veut pas nécessairement dire qu'un système national est requis. Mais ce doit être un système provincial afin que nous puissions également comparer les données entre chaque province. Ce serait utile.

[Translation]

Senator Chaput: So we are using what is already going well as a model from which to develop a Canada-wide system. Thank you; I am happy to hear that.

[English]

Senator Stewart Olsen: I have so many questions, because I'm not sure that I understand the scope of the problem.

I see in the data here you quote the billions of dollars and the loss, and yet you tell us that we're not collecting the data, and so we don't really know.

Perhaps, Dr. Ulan, you could tell me. You started with something simple. It's not that I'm questioning there's a problem; I'm questioning perhaps your suggested solutions.

Trying to put in place these massive monitoring programs is not going to deal with the problem that, if this is true, needs an urgent first start or first steps. I don't think we're going to get there quickly for sure.

I'd go back to the public relations campaign and going to the prescribers.

These are not brain-trust solutions; these are pretty simple, basic solutions that we can understand and work from there. Yes, I understand the need for collecting data, but I think that, if you're right and that this problem is so enormous, then maybe we should start with the simple. I just think it's a really difficult thing to ask. I'm not sure how it would be accomplished. I'm not sure I'd like my prescriptions across Canada in today's world. Do you know what I mean?

Ms. Robeson: The First Do No Harm strategy talks about those 58 recommendations. We're talking about various single recommendations across that strategy.

It's a 10-year roadmap because it can't happen overnight. We have identified short-term strategies that will help us get toward those recommendations, and some of that includes identifying what the core components of an appropriate process are and identifying what data exists jurisdictionally so we can understand what does exist and what we do need. But data alone are not the solution. We've done a scan of what educational offerings exist for prescribers and dispensers, so we know what exists now and how that relates to the most current evidence of what ought to be offered, and then we can look at the gaps to address that as well.

For example, we partnered with the Canadian Association of Chiefs of Police and Public Safety on National Prescription Drug Take Back Day as a way of informing the public of the importance of this particular issue and what they can do to address it in their own homes, like safe storage and disposal, for

[Français]

La sénatrice Chaput : Donc, on se sert de ce qui va déjà bien comme modèle pour arriver à développer le système pancanadien. Merci, je suis heureuse d'entendre cela.

[Traduction]

La sénatrice Stewart Olsen : J'ai beaucoup de questions à poser, car je ne suis pas sûre de comprendre l'ampleur du problème.

Je vois dans les données ici que vous indiquez les milliards de dollars et les pertes, et pourtant, vous nous dites que nous ne recueillons pas les données et donc que nous ne savons pas vraiment.

Peut-être pourriez-vous m'expliquer, docteur Ulan. Vous avez commencé par quelque chose de simple. Ce n'est pas que je mets en doute l'existence d'un problème; mais je mets peut-être en doute les solutions proposées.

Tenter de mettre en place ces vastes programmes de surveillance ne réglera pas le problème qui exige, si c'est vrai, que l'on prenne immédiatement des mesures. Je doute que nous y arrivions rapidement.

Je reviendrais à la campagne de relations publiques et aux prescripteurs.

Ce ne sont pas des solutions complexes, mais des solutions de base simples que nous pouvons comprendre et utiliser comme point de départ. Je comprends la nécessité de recueillir des données, mais je pense que si vous avez raison et qu'il s'agit d'un énorme problème, alors nous devrions peut-être commencer par des solutions simples. Je pense simplement que c'est peut-être trop demander. Je ne sais pas comment ce serait réalisé. Je ne sais pas si j'aimerais que mes ordonnances se retrouvent partout au Canada de nos jours. Voyez-vous ce que je veux dire?

Mme Robeson : La stratégie S'abstenir de faire du mal propose ces 58 recommandations. Nous proposons diverses recommandations dans l'ensemble de cette stratégie.

C'est une feuille de route sur 10 ans parce que cela ne peut se faire du jour au lendemain. Nous avons défini des stratégies à court terme qui nous aideront à mettre en œuvre ces recommandations, notamment en déterminant les principaux éléments d'un processus adéquat et les données dont disposent les provinces, afin de savoir ce qui existe et ce dont nous avons besoin. Mais à elles seules, les données ne sont pas la solution. Nous avons analysé l'offre éducative pour les prescripteurs et les préparateurs afin de savoir ce qui existe actuellement et d'établir un rapport avec les données les plus récentes relatives à ce qui devrait être offert. Nous pourrions ensuite nous pencher aussi sur les lacunes.

Par exemple, nous nous sommes associés à l'Association canadienne des chefs de police et à la Sécurité publique pour la Journée nationale de retour des médicaments d'ordonnance en vue de sensibiliser les gens à l'importance de ce problème, de les informer de ce qu'ils peuvent faire pour le résoudre dans leur

example, and providing them with a way of bringing unused medication back to prevent poisonings among children, diversion to the criminal system, as well as use and misuse by their own family members. That's in place already; in fact, the last one was last May and we're having another one this May.

There are things that can be put in place along the way, and what we're talking about in terms of a national system or even jurisdictional systems is not those short-term initiatives, but we can take steps along the way as part of a much more comprehensive approach to move toward recognizing it. It is a crisis and we need to act now, but the solutions for it in a comprehensive way are going to take time.

Senator Stewart Olsen: Do you have any data on the scope of the problem in Alberta? I ask specifically, because your program seems to be up and running. It is just to gain an idea of the scope of this.

Dr. Ulan: We've got data on each of the individual parts that touch on this issue, but we don't have a data set that looks at compiling it to get a better sense.

That's important because when we have initiatives and interventions that look at addressing one part of the issue, there are unintended consequences. I'll give you an example of this. The College of Physicians & Surgeons was approached by four different First Nations communities in Alberta asking for assistance with addressing high prescribing in their communities. We worked very closely with the physicians and changed the prescribing for opioids and sedatives quite substantially. Three things happened.

First, I knew the work we do could influence physician prescribing. Those patients ended up going to different physicians where they could obtain medications from different doctors who were less strict about how they were prescribing.

Another thing happened that changed my approach. I got a call from a provincial director of women's shelters. She contacted me to say, "I understand that you've been working with the doctors in this community. I have to let you know that the number of women showing up at our shelter who have been beaten by their partners and family members has gone up substantially. There is more alcohol and more violence against women. I just want you to be aware of that because we think it is probably tied in with your prescribing intervention."

That's where I think the surveillance is important. If you are going to make a change to one aspect of the puzzle, you need to be prepared for potential unintended consequences. Look at identifying when something is changing and happening, but more importantly perhaps anticipate that there might be some

propre résidence, par exemple en entreposant et en éliminant les médicaments de façon sécuritaire, et de leur offrir la possibilité de rapporter les médicaments inutilisés afin de prévenir les empoisonnements chez les enfants, le détournement vers le marché illicite, ainsi que le mauvais usage par un membre de leur famille. Cette initiative est déjà en place; la dernière a eu lieu en mai dernier, et nous en aurons une autre en mai prochain.

Il y a des choses qui peuvent être mises en place en cours de route, et quand nous parlons d'un système national ou même de systèmes provinciaux, nous ne parlons pas de ces initiatives à court terme, mais nous pouvons prendre des mesures au cours du processus pour mettre en place une approche beaucoup plus exhaustive. Il s'agit d'une crise et il nous faut agir maintenant, mais la mise en place de solutions globales nécessitera du temps.

La sénatrice Stewart Olsen : Avez-vous des données sur l'ampleur du problème en Alberta? Je le demande en particulier parce que votre programme semble être déjà en place. C'est seulement pour avoir une idée de l'ampleur du problème.

Dre Ulan : Nous avons des données sur chacune des parties qui touchent ce problème, mais nous ne disposons pas d'un ensemble de données pouvant être compilées pour avoir une meilleure idée du problème.

C'est important, car les initiatives et les interventions que nous mettons en place pour résoudre une partie du problème entraînent des conséquences imprévues. Je vais vous donner un exemple. Quatre Premières Nations de l'Alberta ont communiqué avec le Collège des médecins et chirurgiens afin d'obtenir de l'aide pour régler le problème lié à la prescription fréquente de médicaments dans leurs collectivités. Nous avons travaillé en étroite collaboration avec les médecins et nous avons apporté d'importants changements à la prescription d'opioïdes et de sédatifs. Trois choses se sont produites.

D'abord, je savais que notre travail pouvait avoir une incidence sur les pratiques de prescription des médecins. Les patients ont fini par aller consulter d'autres médecins moins stricts sur le plan de la prescription.

Un autre événement a contribué à modifier mon approche. La directrice provinciale de refuges pour femmes battues m'a appelée et m'a dit : « Je crois que vous travaillez avec les médecins de notre collectivité. Je voulais vous dire que le nombre de femmes battues par leur conjoint ou un membre de leur famille qui se présentent à notre refuge a considérablement augmenté. La consommation d'alcool et la violence envers les femmes sont en hausse. Je voulais simplement que vous en soyez consciente, car nous croyons que c'est probablement lié à votre intervention sur la prescription de médicaments. »

Je pense que c'est là où la surveillance est importante. Si l'on apporte des changements à un élément de l'ensemble, on doit se préparer à faire face aux conséquences imprévues. Il faut déterminer ce qui change et ce qui se produit, mais il faut surtout se rappeler qu'il peut y avoir des conséquences imprévues

unintended consequences and look at how to address them beforehand. That's where the importance of surveillance comes in.

The other important piece is to look at how to change the whole system, not just one part of it.

Senator Stewart Olsen: I see. Things have changed a lot. There used to be much more scrutiny over the number of prescriptions issued. People would question that. In emergency rooms, if a doctor said, "Give them a dozen pills to go home," a nurse would say, "I think two might see them through." Things have changed a huge amount, and I'm not sure where you go to bring it back to where there's more oversight, responsible prescribing and handing out of these drugs. I'm not sure.

Dr. Ulan: It's a multi-pronged approach. We also have to look at the role of the pharmaceutical industry. I was in practice when the chronic pain management was being marketed to physicians. Previously, people on a prescription higher-potency opioid usually suffered from a malignancy or severe trauma. The chronic pain world and the pharmaceutical industry began to capitalize on that and marketed to physicians that a more liberal use of these medications was appropriate and supported by evidence. That was a big driver.

We underestimated the power of the pharmaceutical industry. It has made us review how medications are approved and monitored and how physicians are receiving their education. Receiving education from pharmaceutical representatives is not the most appropriate way to get educated. Their motivation is different. It's financial and to sell a drug. That has made a dramatic change in many institutions in terms of how research is done and medications are marketed. That was a bit of a tipping point.

The Chair: At this point I want to come in and pick up on some of these things, including your comments to Senator Stewart Olsen.

Over a number of studies, we have been dealing with the issue of the lack of electronic information in this country with regard to the medical system as a whole. In some areas, many of us find it inexcusable that we are not where we should be today in these areas.

Senator Stewart Olsen also mentioned the issue that she didn't want her information going elsewhere. If Google can tell you what suit you're going to buy next week, what it's going to look like and where you're likely to buy it without anyone else in the world knowing, we can deal with a system that monitors our prescriptions in this country while protecting the individual. What

et trouver à l'avance une façon de régler le problème. C'est la raison pour laquelle la surveillance est importante.

L'autre élément important, c'est qu'il faut chercher des moyens de changer l'ensemble du système, et pas seulement une partie.

La sénatrice Stewart Olsen : Je vois. Les choses ont beaucoup changé. Auparavant, on surveillait de beaucoup plus près le nombre d'ordonnances prescrites. Les gens remettaient cela en question. Dans les salles d'urgence, si un médecin disait : « Donnez-lui une douzaine de pilules pour rentrer à la maison », l'infirmière disait : « Peut-être que deux pourraient suffire. » Les choses ont beaucoup changé, et je ne sais pas trop ce qu'il faut faire pour qu'il y ait davantage de surveillance et que l'on prescrive et distribue les médicaments de manière responsable. Je ne sais pas.

Dre Ulan : C'est une approche à plusieurs volets. Il nous faut aussi examiner le rôle de l'industrie pharmaceutique. Je pratiquais la médecine lorsqu'on a commercialisé le soulagement de la douleur chronique auprès des médecins. Auparavant, les gens à qui on prescrivait un opioïde puissant souffraient habituellement d'une tumeur maligne ou d'un traumatisme grave. Les acteurs du domaine de la douleur chronique et l'industrie pharmaceutique ont commencé à exploiter la situation et ils ont convaincu les médecins qu'un usage accru de ces médicaments était approprié et appuyé par des données probantes. Ce fut un facteur important.

Nous avons sous-estimé le pouvoir de l'industrie pharmaceutique. Elle nous a fait revoir la façon dont les médicaments sont approuvés et surveillés et dont les médecins reçoivent leur formation. La formation donnée par des représentants pharmaceutiques n'est pas la meilleure des formations. Leur motivation est différente. Ils sont motivés par l'aspect financier; ils veulent vendre un médicament. Il y a eu des changements radicaux dans beaucoup d'institutions dans la manière d'effectuer la recherche et de commercialiser les médicaments. Ce fut en quelque sorte un point tournant.

Le président : Je voudrais maintenant intervenir et revenir sur quelques-uns de ces points, notamment sur vos réponses aux questions de la sénatrice Stewart Olsen.

Dans un certain nombre d'études, nous avons examiné la question de l'absence de renseignements électroniques dans ce pays relativement à l'ensemble du système de santé. Bon nombre d'entre nous trouvent inexcusable que nous ne soyons pas là où nous devrions être aujourd'hui dans ces domaines.

La sénatrice Stewart Olsen a également mentionné qu'elle ne voulait pas que ses renseignements personnels se retrouvent ailleurs. Si Google peut nous dire quel habit nous allons acheter la semaine prochaine, comment il sera et où nous allons probablement l'acheter sans que personne d'autre ne le sache, nous pouvons avoir un système qui surveille nos ordonnances

we really need in the data are the things you have indicated: age range, dosage, indication and frequency. There needs to be no individual identifier related to that kind of information.

There is the issue of pharmaceutical companies in this situation. We hear of physicians, and in our neck of the woods in the Maritimes we read about in the newspapers regularly, prescribing 50 to 60 OxyContin pills in a single prescription. I don't think there is any blame on an external agency because somebody wrote the prescription for those pills.

It seems that in this area we are dealing with today it is fairly well understood what dosage and frequency will likely lead to addiction. We understand that it ranges, that there are sub-sets of the population and that nothing is absolute. We know that within certain large parameters you can be reasonably concerned that a lengthy duration of a certain level dose is likely to have an impact in terms of long-term dependency.

You have spent a lot of time on the fact that these opioids get out and are used as an illicit drug; but in actual fact many people get hooked on these drugs through prescriptions that are written on an ongoing basis. I suspect that many people in this room know people in that category. There is not only the issue of dealing with the illicit use of prescriptions, but also the unintended consequence of what normally would be seen as a legitimate prescription leading to addiction. You have made a very strong point today that in order to develop educational approaches, guidelines and so on — all of the non-threatening forms of intervention — you need information.

That comes back to the need for electronic databases. Data is valuable in these areas. The one link that we have seen come up in these areas over and over is the pharmacist, not in terms of authorizing or whatever, but in terms of being aware of what is going on and often very aware of the nature of the patient they are filling the prescription for. Pharmacists tend to be much more practically aware of the total number of prescriptions that the individual is getting and the variety, et cetera.

In our previous reports, we strongly urged that Canada move much more deliberately toward an understanding of what is going on and, at the other end of the spectrum, give the electronic health record to patients so they can take it from jurisdiction to jurisdiction because people move around. Some jurisdictions are further ahead in electronic health records than others. I suppose it's an electronic medical record, because it is a record in a doctor's office and not a health record, which is a record across the country. That is ultimately the most valuable one. There are many examples of medical records, but not so many of the total health record. We have been pushing very hard in these areas.

dans ce pays tout en protégeant nos renseignements personnels. Les données dont nous avons vraiment besoin sont celles que vous avez mentionnées : groupe d'âge, posologie, indications et fréquence. Aucun identificateur personnel ne doit être lié à ce genre d'information.

Dans cette situation, il est question des sociétés pharmaceutiques. Nous entendons parler de médecins — et dans notre coin de pays, dans les Maritimes, nous le lisons souvent dans les journaux —, qui prescrivent de 50 à 60 pilules d'OxyContin dans une même ordonnance. Je ne pense pas que l'on blâme un organisme externe parce que quelqu'un a rédigé une ordonnance pour ces pilules.

Il semble que dans ce domaine, on sache très bien quelle posologie et quelle fréquence peuvent mener à une dépendance. Nous savons que cela varie, qu'il y a des sous-groupes de la population et que rien n'est absolu. Nous savons qu'à l'intérieur de certains grands paramètres, on peut raisonnablement craindre qu'une certaine dose sur une longue période soit susceptible de créer une dépendance à long terme.

Vous nous avez parlé longuement du fait que ces opioïdes sont utilisés sur le marché des drogues illicites; mais en réalité, bien des gens développent une dépendance à ces médicaments lorsqu'ils leur sont prescrits de façon continue. À mon avis, nombreux sont ceux ici qui connaissent une personne dans cette situation. Le problème ne porte pas seulement sur la consommation illicite de médicaments d'ordonnance, mais aussi sur ce qui est normalement considéré comme une ordonnance légitime et qui a comme conséquence imprévue de mener à la dépendance. Vous avez fait valoir très clairement aujourd'hui que pour mettre en place des méthodes éducatives, des lignes directrices, et cetera — toutes les formes non menaçantes d'intervention — il vous faut de l'information.

Cela nous ramène à la nécessité de mettre en place des bases de données électroniques. Les données sont utiles dans ce domaine. Le seul lien qui est sans cesse revenu à ce sujet, c'est le pharmacien; non pas sur le plan de l'autorisation, mais en ce sens qu'il est au courant de ce qui est distribué et qu'il connaît souvent le patient pour lequel il exécute l'ordonnance. Les pharmaciens sont souvent beaucoup plus au fait, concrètement, du nombre total d'ordonnances délivrées à l'individu, des divers médicaments prescrits, et cetera.

Dans nos rapports précédents, nous avons fortement recommandé que le Canada s'efforce davantage de comprendre la situation et, à l'autre extrémité du spectre, qu'il fournisse aux patients leur dossier de santé électronique afin qu'ils puissent le faire suivre lorsqu'ils déménagent dans une autre province. Certaines provinces sont plus avancées que d'autres sur le plan des dossiers de santé électronique. Je suppose qu'il s'agit d'un dossier médical électronique, puisque c'est un dossier provenant d'un cabinet de médecin, et non un dossier de santé, qui est un dossier à l'échelle du pays. C'est en fin de compte le plus utile. Il existe de nombreux exemples de dossiers médicaux, mais pas autant de dossiers complets de santé. Nous exerçons beaucoup de pressions à ce chapitre.

I want to make the point that the addictive nature of these drugs isn't just a problem for those who are already addicted and seeking. It's also a problem for people who have no dependency and didn't want it at the outset but, because of the duration and frequency of their prescriptions, ended up developing a dependency. If suitable data were collected, it would not be unreasonable to expect that guidance could be given to physicians and pharmacists with regard to the number of pills of a certain dosage considered reasonable to cover the first prescription in most circumstances.

I want you to comment on that in a minute, but I want to go on with some other issues.

You have referred, as well, to collecting data, and I appreciate that, in the cases you are dealing with and the issues you are looking at, you're looking at sources of data, as you have indicated, that are different than the ones we have normally been looking at. You're looking at police records, coroner's reports, and so on, because you're looking at the impact out there, whereas we have been so far largely concentrating on the prescription end of things in that area. What I'm saying here is that I appreciate the fact that you say it is more complex for you than it seems because of the number of sources that you want to get information from.

Let us suppose that there was a reasonable system in each province for the collection of a reasonable amount of the useful data. The value of that data is the data in total with regard to the national behaviour because it moves, it changes. What organization would you say, or could you say, would be the best to collect that data and then make it available to the other organizations that need and use that data? Is it Health Canada? Is it one of your organizations? You can't just say we need to collect data. Data doesn't collect on its own and it doesn't get distributed on its own.

We are a balkanized country, due to our federal-provincial structure. We can't change that, but we should be able to identify a mechanism that is logical and reasonable, where the data could be collected nationally and then remade available to all of the organizations that use it.

I guess I'd like you to comment on that issue and then just speculate a bit on the earlier issue I raised. Do you think it will be possible, if sufficient data is collected, to be able to give far better advice to physicians and pharmacists — and I say pharmacists because they actually could be a gatekeeper with regard to this — with regard to pharmaceuticals that are known to have significant, long-term effects? We're talking addiction here specifically, so we will stick to addiction in this case.

Je tiens à souligner que le caractère toxicomanogène de ces médicaments n'est pas uniquement un problème pour les personnes qui en sont déjà dépendantes. C'est aussi un problème pour les gens qui n'avaient pas de dépendance et qui n'en voulaient pas au départ, mais qui ont fini par développer une dépendance à cause de la durée et de la fréquence des ordonnances. Si des données pertinentes étaient recueillies, il serait raisonnable de s'attendre à ce que l'on puisse offrir des conseils aux médecins et aux pharmaciens pour ce qui est du nombre de pilules d'un certain dosage qui est considéré comme raisonnable pour la première ordonnance dans la plupart des cas.

Je vous demanderai de nous dire ce que vous en pensez dans un moment, mais je veux aborder d'autres questions.

Vous avez aussi parlé de la collecte de données, et je comprends qu'avec les cas que vous traitez et les problèmes auxquels vous êtes confrontés, vous vous servez de sources de données différentes, comme vous l'avez indiqué, de celles que nous utilisons normalement. Vous examinez les dossiers judiciaires, les rapports de coroners, et cetera, car vous vous penchez sur les répercussions, alors que nous nous concentrons principalement sur les questions liées aux ordonnances. Ce que je dis, c'est que je comprends que vous mentionniez que c'est plus complexe pour vous qu'il ne le semble, en raison du nombre de sources dont vous voulez obtenir des renseignements.

Supposons qu'il y ait un système raisonnable en place dans chaque province pour la collecte d'une quantité raisonnable des données utiles. La valeur de ces données correspond en fait à l'ensemble des données pour ce qui est du comportement national en raison du fait qu'il bouge, qu'il évolue. Selon vous, quelle serait la meilleure organisation pour recueillir ces données et les rendre accessibles aux autres organisations qui utilisent ces données? Est-ce Santé Canada? Est-ce l'une de vos organisations? On ne peut se contenter d'affirmer qu'il nous faut recueillir des données. Les données ne se recueillent pas et ne se diffusent pas d'elles-mêmes.

Nous sommes dans un pays balkanisé en raison de sa structure fédérale-provinciale. Nous n'y pouvons rien, mais nous devrions pouvoir trouver un mécanisme logique et raisonnable permettant de recueillir les données à l'échelle nationale et de les rendre accessibles à toutes les organisations qui les utilisent.

J'aimerais que vous nous donniez votre point de vue à ce sujet puis que vous vous livriez à des conjectures sur la question que j'ai soulevée tout à l'heure. Selon vous, sera-t-il possible, si suffisamment de données sont recueillies, de donner de bien meilleurs conseils aux médecins et aux pharmaciens — et je parle des pharmaciens parce qu'ils pourraient être les gardiens à cet égard — au sujet des produits pharmaceutiques reconnus pour avoir des conséquences importantes à long terme? Comme nous parlons précisément ici de la dépendance, nous allons nous en tenir à cette question.

Would you any of you like to comment?

Dr. Ulan: I can start. In Alberta, when we began to look at where it would be most important to have data surveillance housed, we felt it should be with Alberta Health because they were partners with the triplicate program and had access to that data. They were also the payers and funders for many of the data sets that would be appropriate to collect. In addition to that, they also had the authority to mandate the requirement to submit data, so it won't be an optional thing.

In Alberta we felt it would most likely reside in Alberta Health. In looking at the governance structure, they found that within Alberta Health there were several departments that also had bits of information and data that they actually weren't compiling and integrating within their own organization. That's what we felt would be most appropriate. That may be different in different provinces; that may be different from a national surveillance system. Within our province, it made most sense to look at Alberta Health.

With respect to your other questions about the prescribing data, I'm not sure I completely agree that there is a specific quantity or dose above which somebody should not dispense or prescribe. That data is actually not clear. There is a tremendous variation in prescribing appropriate doses and it is not necessarily based on diagnosis, or age, or gender, or anything like that.

Medications, and particularly the risk that comes with opioids, is not related necessarily to the quantity or the dose; it's often the whole context of the rest of the patient. Are they somebody who consumes alcohol? What other medications are they on? What's their underlying condition that the medication is being prescribed for? What's the function of their liver and kidneys? There isn't a magic quantity or dose that we can apply. I wish there was. It would make my job tremendously easier, but that's not the reality.

There have been times when I have reviewed the prescribing and clinical records for a patient that seemed to be an unusually high quality and there are absolutely no problems; it was quite appropriate. This person had an unusually high tolerance and there was no risk of harm coming from it or indication that they might be at risk.

The other thing that is difficult to determine is who is going to run into problems with medication. You can take 10 different people, put them on the same medication, the same dose, and you are going to have 10 different responses. Being able to identify who is the most likely to run into problems, either addiction or dependence or overdose, is a million-dollar question. I think there

L'un de vous aurait-il des observations à faire à ce sujet?

Dre Ulan : Je peux commencer. En Alberta, quand nous avons commencé à chercher l'endroit où il serait particulièrement important de loger la surveillance des données, nous avons estimé que ce devait être au ministère de la Santé de l'Alberta, car c'était un partenaire du programme d'ordonnances en trois copies, et il avait accès à ces données. Il était également le bailleur de fonds pour de nombreux ensembles de données qu'il serait approprié de recueillir. En plus, il avait aussi le pouvoir d'exiger la communication de données, afin que ce soit obligatoire.

En Alberta, nous avons estimé que ce serait probablement au ministère de la Santé. En examinant la structure de gouvernance, on a découvert qu'au sein du ministère de la Santé, il y avait plusieurs services qui avaient également certains renseignements et certaines données qui ne faisaient pas l'objet d'une compilation et qui n'étaient pas intégrés dans leur propre organisation. C'est ce qui était le plus approprié, selon nous. Cela peut être différent dans les autres provinces et différent d'un système national de surveillance. Dans notre province, c'est au ministère de la Santé que cela semblait le plus logique.

En ce qui concerne les autres questions que vous avez posées à propos des données sur les ordonnances, je ne suis pas certaine d'approuver entièrement le concept selon lequel on ne devrait pas être autorisé à prescrire ou distribuer plus d'une certaine quantité ou d'une certaine dose de médicament. En effet, les données à cet égard ne sont pas claires. Les doses appropriées prescrites varient énormément, et pas nécessairement en fonction du diagnostic, de l'âge ou du sexe du patient, ou de n'importe quel autre facteur de ce genre.

Les risques que présentent les médicaments et, en particulier, les opioïdes, ne sont pas nécessairement liés à la quantité ou la dose prescrite; c'est souvent le contexte général des autres caractéristiques du patient qui entre en jeu. Est-ce quelqu'un qui consomme de l'alcool? Quels autres médicaments prend-il? Pour quel problème de santé sous-jacent le médicament a-t-il été prescrit? Quel est l'état de fonctionnement de son foie et de ses reins? Il n'existe pas de quantité ou de dose magique qu'on peut appliquer. Je souhaiterais qu'il y en ait une, car cela faciliterait énormément mon travail, mais ce n'est pas le cas.

Il est arrivé que j'examine les antécédents cliniques et pharmaceutiques d'un patient à qui l'on avait prescrit des doses qui semblaient inhabituellement élevées, et j'ai constaté que cela ne posait absolument aucun problème; les prescriptions étaient tout à fait appropriées. Le degré de tolérance de cette personne était exceptionnellement élevé, et les prescriptions ne risquaient pas de lui faire du mal ou, du moins, rien ne l'indiquait.

De plus, il est difficile de déterminer qui développera des problèmes de dépendance aux médicaments. On peut prescrire la même dose du même médicament à 10 personnes et obtenir 10 réactions différentes. Il est illusoire d'espérer être en mesure d'identifier les gens les plus susceptibles d'avoir des problèmes soit de dépendance, soit de surdose. Je pense qu'il faut que nous

does need to be more information so that we can better proactively identify who is at highest risk. We have some crude tools looking at previous medical history, family history of dependence, and whether or not there is any psychiatric history. We have some general measures, but those tests haven't been well validated to ensure they are clinically appropriate. However, it gives you an idea that if you have a patient in front of you and they come from a family history of alcoholism, they struggled with an abuse issue — either alcohol or prescription drugs — previously you better be very careful with that patient and how you dispense and prescribe those medications, because they may be more likely than somebody else without a family history to run into problems.

There isn't any magic to it. I truly wish there was. It may be, over time, that we determine that or have ways of better identifying risk, but right now it's quite crude.

The Chair: That's very helpful. Would you either of you like to come in on this?

Mr. Eves: On the issue of where the data would be appropriately housed — and this is more a Canadian thing than anything — but I would defer to jurisdictional government as well as potentially how that connects to a national level through Health Canada. That's probably based on my experience.

If I look south of the border to the U.S., we had presentations during the course of the development of our strategy from two different groups, the RADARS group and the inflection group, which NAVIPPRO is part of. Data there is held privately and it is funded through third-party arrangements through pharma industry. It has been very effective in collecting data.

To the second part of your question, what can it tell us? It can tell us, for instance through the inflection group, why people are coming into treatment and how they are acquiring the drugs they are misusing in the first place. They can be very accurate, right down to the fact that they can tell you how much it costs on the street corner in New York City between Third and Main. There is some new, amazing, nuanced data that does require significant resources, but I'm not sure we could necessarily pull those resources from our jurisdictional government, our federal government. I think there are advantages to both.

dispositions d'un plus grand nombre de renseignements, afin d'être en mesure d'identifier de manière préventive les gens qui courent le plus grand risque. Nous possédons quelques outils rudimentaires, comme l'examen des antécédents médicaux du patient et de sa famille, en vue de déterminer l'existence ou non d'antécédents de dépendance ou de maladie mentale. Nous disposons de quelques outils de mesure généraux, mais ces tests n'ont pas été validés adéquatement afin de garantir qu'ils sont appropriés sur le plan clinique. Cependant, ces tests vous donnent une idée de la façon dont un patient pourrait réagir. Si le patient que vous avez en face de vous a des antécédents familiaux d'alcoolisme, s'il a souffert auparavant d'un problème de toxicomanie — qu'il soit lié à l'alcool ou à des médicaments d'ordonnance —, vous feriez mieux de faire attention à ce patient et aux médicaments que vous lui distribuez ou lui prescrivez, parce qu'il peut être plus susceptible d'avoir des problèmes qu'une autre personne sans antécédent familial.

Il n'y a aucune magie là-dedans, même si je souhaiterais que ce soit le cas. Il se peut qu'avec le temps nous trouvions des moyens de mieux mesurer les risques, mais, à l'heure actuelle, nos outils sont très rudimentaires.

Le président : Vos observations sont très utiles. L'un de vous aimerait-il intervenir à ce sujet?

M. Eves : En ce qui concerne la question de savoir où il conviendrait d'héberger les données — et il s'agit davantage d'un enjeu canadien que de quoi que ce soit d'autre —, je m'en remettrais aux gouvernements des provinces et des territoires, ainsi qu'à la façon dont ces données pourraient être offertes à l'échelle nationale par l'intermédiaire de Santé Canada. Mes observations reposent probablement sur mon expérience.

En ce qui concerne ce qui se passe aux États-Unis, deux différents groupes, soit le groupe RADARS et le groupe Inflection, dont NAVIPPRO fait partie, nous ont donné des exposés au cours de l'élaboration de notre stratégie. Là-bas, les données sont détenues par le secteur privé, et les activités sont financées grâce à des ententes négociées avec des tiers de l'industrie pharmaceutique. Le secteur privé a recueilli très efficacement les données.

En ce qui concerne la deuxième partie de votre question, qu'est-ce que les données peuvent nous révéler? Elles peuvent nous indiquer, par l'entremise du groupe Inflection, par exemple, pourquoi les gens viennent suivre des traitements et comment ils se procurent en premier lieu les médicaments dont ils font un usage abusif. Les données peuvent être très précises et aller jusqu'à vous indiquer combien coûtent les médicaments sur un coin de rue de New York entre Third et Main. Il existe de nouvelles données étonnantes et nuancées qui exigent des ressources substantielles. Toutefois, je ne suis pas certain que nous pourrions nécessairement obtenir ces ressources des gouvernements de nos provinces ou du gouvernement fédéral. Je pense que les deux scénarios comportent des avantages.

Ms. Robeson: No such system currently exists in Canada, although, as you can imagine, they are interested in making headway here.

We do also have organizations like CIHI, the Canadian Institutes for Health Information, who might be a resource to compile some of that data, but currently this is not part of the issue that they're looking at. There may be some combination, but, whatever it is, I don't think it exists just yet here.

The Chair: I think we can probably agree with you. I fully expected you would say the provinces are collecting and doing a lot in that regard, but at 36 million we are smaller than some states, so it would be useful perhaps to have that. Thank you very much for that.

Senator Seidman: I think that what we've learned from you today, and what we've heard from previous witnesses, is that there is no question that prescribing practices are pretty critical in this. There's no question that all of us know, when we turn on the television set every day, that at least every second commercial is a commercial for a prescription drug and it says, "Ask your doctor if it's right for you." I can almost hear that echoing in my ears over and over again.

I'd like to know if, in your experience, and in the studies that you have done, a monitoring system has any effect on prescribing practices of physicians.

Dr. Ulan: I can speak to that from Alberta and, as I alluded to earlier, we know we can influence physician prescribing both individually as well as more broadly. What we aren't able to do as medical regulators is influence patient behaviour.

In several of the initiatives that we've undertaken in Alberta, we've done started off with broad-based education to the physician community as a whole and then after a period of time in monitoring whatever indicator we're looking at, we do a targeted intervention. We would look at the data and identify the outlying prescribers and then work more comprehensively and intensely with those specific prescribers. It is very effective. I can influence prescribing quite significantly and quickly.

The other side of that is that I can't influence what the patients do. So, as I said, with other First Nations communities — and we have seen this replicated in other populations we have worked

Mme Robeson : Aucun système de ce genre n'existe au Canada, bien que, comme vous pouvez l'imaginer, les intervenants aimeraient faire avancer les choses ici.

Il y a également des organisations comme l'ICIS, l'Institut canadien d'information sur la santé, qui pourrait peut-être compiler certaines de ces données. Mais, en ce moment, cela ne fait pas partie de l'enjeu que ses membres étudient. Il se peut que ces données soient combinées, mais, quelles que soient ces combinaisons, je ne pense pas que ce que nous recherchons existe encore.

Le président : Je pense que nous pouvons probablement tomber d'accord avec vous. Je m'attendais tout à fait à ce que vous mentionniez que les provinces recueillent ces données et déploient de nombreux efforts à cet égard, mais, avec notre population de 36 millions d'habitants, notre pays est plus petit que certains États. Par conséquent, il serait peut-être utile de disposer de ces données. Je vous remercie infiniment de votre réponse.

La sénatrice Seidman : Je pense que ce que nous apprenons auprès de vous aujourd'hui et ce que nous avons entendu les témoins précédents communiquer, c'est qu'il ne fait aucun doute que les pratiques de prescription sont plutôt cruciales à cet égard. Il est certain que nous savons tous que, lorsque nous allumons quotidiennement la télévision, on annonce, au moins toutes les deux publicités, un médicament d'ordonnance, et on vous encourage à demander à votre médecin si ce médicament vous convient. Je peux presque entendre, encore et encore, l'écho de leurs paroles dans mes oreilles.

J'aimerais savoir si, selon votre expérience et les études que vous avez menées, un système de surveillance a un effet sur les pratiques de prescription des médecins.

Dre Ulan : Je peux parler de ce sujet, du point de vue de l'Alberta et, comme je l'ai mentionné plus tôt, nous savons que nous sommes en mesure d'exercer une influence sur les pratiques de prescription des médecins tant sur le plan individuel que de manière plus générale. Ce que nous, les membres d'un organisme de réglementation de la pratique médicale, ne pouvons pas faire, c'est d'influer sur le comportement des patients.

Dans le cadre de plusieurs initiatives que nous avons entreprises en Alberta, nous avons commencé par donner des cours de formation générale à l'ensemble des médecins, puis, après avoir passé un certain laps de temps à surveiller l'indicateur qui nous intéresse, quel qu'il soit, nous intervenons de manière ciblée. Nous examinons les données, nous identifions les prescripteurs dont les pratiques s'écartent de celles des autres, et nous travaillons avec ces prescripteurs de manière plus intense et détaillée. Cette approche est très efficace. Elle peut influencer les pratiques de prescription de façon très rapide et substantielle.

L'envers du décor est que je ne suis pas en mesure d'influer sur les actions des patients. Par conséquent, comme je l'ai indiqué, dans les autres collectivités des Premières Nations — et nous

with in the province — patients tend to drift to either the next community or another prescriber that they know is easier to obtain medications from.

It's a matter of once again going back to the multi-pronged approach. We need to educate the public, have better access to pain and addiction treatment, better education of prescribers. We need to enable physicians and pharmacists to have real-time access to that patient's data so that if this patient goes to one physician and the physician says, "No, I'm sorry, I'm not going to give you that medication," and they go to another physician down the street, that doctor can look — in our province, it's called Netcare — and say, "You just got that prescription from somebody yesterday. I'm not going to prescribe that medication for you." It's a multi-pronged approach and changing prescribing behaviour is an important piece of it, but by itself it's not going to change it in a comprehensive way.

Senator Seidman: I will take that at face value for now, but I'll present to you an example we heard about seniors, polypharmacy and growing concerns about a different approach to prescribing medications to seniors, for example a regular review of the numbers of medications they are taking. They are consistently, with many chronic diseases, prescribed many medications, perhaps by different physicians, specialists, with no one really managing. So they just have medications added to medications.

The other thing that has been proposed is de-prescribing because once a medication is prescribed, it's never taken away. I'm referring to physician prescribing practices and whether a monitoring system would have an impact on that or if it is just a cultural change for physicians.

Dr. Ulan: I think it's probably both because with prescription monitoring programs we are only monitoring controlled medications with abuse potential. It is opioids and, depending on the province, benzodiazepines, some of the stimulants. We are not looking at antidepressants, anti-psychotics, antibiotics, other medications. There must be a more comprehensive plan because that requires clinical judgment. It is possible create to systems.

In one of hospitals I used to work at, they had funding to do a project several years ago where there was a review from an independent group of pharmacists that reviewed the medications being prescribed for a particular patient. They had access to all the clinical data so they could work with the physician to look at

avons remarqué que ce phénomène se répétait au sein d'autres populations de la province avec lesquelles nous avons travaillé —, les patients ont tendance à visiter la collectivité voisine ou un autre prescripteur auprès de qui ils savent qu'il est plus facile d'obtenir des médicaments.

Il s'agit encore une fois de reprendre l'approche à plusieurs volets. Nous devons éduquer le public, avoir un meilleur accès aux services de traitement de la douleur et des toxicomanies et fournir de meilleurs cours de formation aux prescripteurs. Nous devons permettre aux médecins et aux pharmaciens d'avoir accès en temps réel aux données de leurs patients afin que, si un patient, à qui un médecin a déclaré : « Non, je suis désolé, je ne vais pas vous prescrire ce médicament », en consulte un autre qui pratique la médecine un peu plus loin, le médecin en question puisse examiner son dossier — dans notre province, le système d'accès s'appelle Netcare — et lui dire : « Je ne vais pas vous prescrire ce médicament, car quelqu'un d'autre vous l'a prescrit hier. » Cette approche comporte plusieurs volets, et la modification du comportement des prescripteurs en est un d'une grande importance. Cependant, par lui-même, ce volet ne modifiera pas la situation d'une manière approfondie.

La sénatrice Seidman : Pour l'instant, je vais vous croire sur parole, mais je vous présenterai un exemple dont nous avons entendu parler et qui concerne les personnes âgées, la polypharmacie et des préoccupations croissantes par rapport à une approche différente en matière de prescription de médicaments aux personnes âgées. Par exemple, l'approche comprend un examen régulier des nombreux médicaments qu'ils prennent. Comme ils souffrent de plusieurs maladies chroniques, il se peut que divers médecins ou spécialistes leur prescrivent constamment de nombreux médicaments et que personne ne les gère vraiment. Donc, leurs médicaments ne font que s'ajouter les uns aux autres.

Il a également été proposé que les prescriptions soient annulées, parce qu'une fois prescrits, les médicaments ne sont jamais retirés du dossier. Je fais allusion aux pratiques de prescription des médecins et à la question de savoir si un système de contrôle aurait une incidence sur ces pratiques, ou s'il s'agit simplement d'un changement de culture auquel les médecins doivent s'adapter.

Dre Ulan : Je pense que les deux sont probablement requis, parce que les programmes de surveillance ne se préoccupent que des médicaments contrôlés qui pourraient être utilisés de façon abusive, à savoir les opioïdes et, selon la province, les benzodiazépines et certains stimulants. Nous n'examinons pas les antidépresseurs, les antipsychotiques, les antibiotiques et d'autres médicaments. Il faut élaborer un plan beaucoup plus détaillé, car cela requiert un jugement clinique. Il est possible de créer des systèmes.

Dans l'un des hôpitaux dans lesquels je travaillais dans le passé, ils avaient reçu, il y a plusieurs années de cela, des fonds pour mener à bien un projet, dans le cadre duquel un groupe indépendant de pharmaciens examinait les médicaments prescrits à un patient donné. Les pharmaciens avaient accès à toutes les

how to decrease the prescribing and the risk of drug interactions. Those are clinical decisions as well, so that piece has to be part of it, and that takes time and money. But I think there are certainly solutions to it.

Senator Seidman: Now we get into what you started with and the complication of defining what we are dealing with in terms of abuse or misuse.

Dr. Ulan: And polypharmacy doesn't mean abuse or misuse.

Senator Seidman: Exactly.

Senator Bellemare: When you say "we in Alberta," who are you talking about? Are you talking about a provincial agency or CoOPDM?

Dr. Ulan: I'm talking about my role as a physician, with Physician Prescribing Practices of the College of Physicians and Surgeons, so it's more of the regulatory body role that I'm bring to this conversation. We do partner with other organizations. Our prescription monitoring program is operated by the college on behalf of partners including Alberta Health, dentists, vets, the Yukon Medical Association, and pharmacists. We have interventions. Some of the interventions are solely with physicians; the others are done in conjunction with the Alberta College of Pharmacists. When we identify a high-risk patient, we communicate with the physicians in my organization and the Alberta College of Pharmacists will communicate with the pharmacists in their organization.

Some of the other programs that we are talking about are looking at data surveillance and pulling data together from different sources. That's more referable to the Coalition on Prescription Drug Misuse because at that table we have law enforcement, Alberta Health, pharmacists, municipal police services — some of the broader programs that involve multiple stakeholders. That would be with the perspective of CoOPDM.

Senator Bellemare: Who financed the coalition?

Dr. Ulan: The coalition was funded initially by an AADAC, which is a government arm for addiction and mental health services. They were folded as Alberta Health Services went through some restructuring. We have been operating through an initial seed grant from 2008, basically a government grant. We are in the process of applying for another grant to keep operating.

Senator Bellemare: Do you think it could be that the body will monitor and do the surveillance you hope for?

données cliniques. Ainsi, ils pouvaient étudier avec le médecin la façon de réduire le nombre de prescriptions et les risques d'interaction médicamenteuse. Ils prenaient aussi des décisions cliniques. Par conséquent, cet élément doit faire partie de la solution, ce qui exige du temps et de l'argent. Toutefois, je pense qu'il y a assurément des solutions au problème.

La sénatrice Seidman : Maintenant, nous abordons la question par laquelle vous avez commencé et la difficulté de définir ce qu'on entend par abus ou utilisation abusive.

Dre Ulan : Et la polypharmacie ne signifie pas un abus ou une utilisation abusive.

La sénatrice Seidman : Exactement.

La sénatrice Bellemare : Lorsque vous dites « nous, en Alberta », à qui faites-vous allusion? Parlez-vous d'un organisme provincial ou de la CoOPDM?

Dre Ulan : Je parle de mon rôle de médecin et de Pratiques de prescription des médecins au Collège des médecins et chirurgiens. C'est donc plutôt le rôle de l'organisme de réglementation dont je discute. Nous faisons effectivement équipe avec d'autres organisations. Notre programme de surveillance des prescriptions est mené par le collège, au nom des partenaires, qui comprennent le ministère de la Santé de l'Alberta, des dentistes, des vétérinaires, l'Association médicale du Yukon et des pharmaciens. Nous procédons à des interventions. Certaines d'entre elles mettent uniquement en jeu des médecins. D'autres sont effectuées en collaboration avec le Collège des pharmaciens de l'Alberta. Lorsque nous identifions un patient à haut risque, nous communiquons avec les médecins de mon organisation, et le Collège des pharmaciens de l'Alberta entrera en contact avec les pharmaciens de son organisation.

Certains des autres programmes dont nous parlons examinent les résultats de la surveillance des données et réunissent des données provenant de diverses sources d'information. Il est plus approprié de renvoyer ces cas à la Coalition on Prescription Drug Misuse, parce qu'à cette table s'assoient des organismes d'application de la loi, le ministère de la Santé de l'Alberta, des pharmaciens et des services de police municipaux — ainsi que certains des programmes plus généraux auxquels participent plusieurs intervenants. Ce travail est effectué en tenant compte de l'optique de la CoOPDM.

La sénatrice Bellemare : Qui finance la coalition?

Dre Ulan : Au départ, la coalition était financée par l'AADAC, un organisme gouvernemental responsable des services de toxicomanies et de santé mentale. Lors de la restructuration des services de santé de l'Alberta, l'AADAC a été abolie. Depuis, nous fonctionnons au moyen d'une subvention initiale de démarrage qui nous a été accordée en 2008. Pour être en mesure de poursuivre nos activités, nous sommes maintenant en train de présenter une demande pour obtenir une autre subvention.

La sénatrice Bellemare : Pensez-vous que cet organisme pourrait exercer la surveillance que vous espérez voir?

Dr. Ulan: I don't think we have the authority to do that. We represent many different perspectives and I don't think we have that legislative authority to be in the position to do that. I'm not sure it's appropriate for us to house it within our group, but we would certainly like to be a part of and a voice as part of an advisory body on how that looks.

Senator Bellemare: Even though you have provincial people on the board, you don't think that it could work?

Dr. Ulan: When you are looking at data, where data is housed, who has access to it and responsibility for it, there are a lot of other issues that have to be addressed and we don't have a standalone body that is embedded in legislation and with privacy regulation around it. We each operate under different privacy legislation, so I don't think it would be appropriate for us to do it.

The Chair: Thank you all very much. This has been tremendously interesting.

One of your answers to my question, when you talked about knowing what individual patients are all about in terms of their character and so on, and moving us into the personalized medicine issue that we have been dealing with in other studies, but that changes the whole approach to medicine, doesn't it? Particularly when you start at the general practitioner and the time they have available, the payments schedules and so on, it starts looking at major structural changes as we move forward in those areas. But it is critical, as you say, Dr. Ulan, in terms of understanding how any given prescription may operate in any individual.

Thank you for the thoroughness and clarity of your answers and, to my colleagues, for the breadth of their questions. With that, I declare the meeting adjourned.

(The committee adjourned.)

OTTAWA, Thursday, February 6, 2014

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:29 a.m. to study prescription pharmaceuticals in Canada.

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

Dre Ulan : Je ne crois pas que nous ayons le pouvoir de le faire. Nous représentons de nombreux points de vue et, selon moi, nous ne disposons pas du pouvoir législatif requis pour être en mesure de jouer ce rôle. Je ne suis pas certaine qu'il serait approprié que notre groupe héberge cette fonction, mais nous aimerions certainement faire partie d'un organisme consultatif qui serait chargé de déterminer l'aspect de ce service, et nous souhaiterions sûrement avoir notre mot à dire à cet égard.

La sénatrice Bellemare : Vous ne croyez pas que cela puisse fonctionner, même si votre conseil d'administration compte des membres des provinces?

Dre Ulan : Il faut déterminer quand les données seront examinées, où elles seront hébergées, qui y aura accès et qui en assumera la responsabilité. De nombreuses autres questions doivent être réglées, et nous ne disposons pas d'un organisme distinct, enchâssé dans la loi et encadré par des règlements sur la protection des renseignements personnels. Nous sommes tous assujettis à différentes lois sur la protection des renseignements personnels. Par conséquent, je ne crois pas qu'il soit approprié pour nous d'assumer ce rôle.

Le président : Je vous remercie tous infiniment. Cette séance a été extrêmement intéressante.

Dans l'une de vos réponses à ma question, vous avez parlé du fait de se familiariser avec chaque patient, c'est-à-dire de connaître leur caractère, et cetera, et de la transition vers la médecine personnalisée, un enjeu que nous avons abordé dans le cadre d'autres études. Toutefois, cela modifie complètement notre approche à l'égard de la médecine, n'est-ce pas? En particulier, lorsqu'on commence à l'échelon des omnipraticiens et que l'on prend en considération le temps dont ils disposent, les tarifs d'honoraires, et cetera. Pour aller de l'avant dans ces domaines, il faut envisager d'apporter des changements majeurs aux structures actuelles. Mais, comme vous l'avez dit, docteur Ulan, c'est essentiel pour comprendre comment une personne réagira à n'importe quelle prescription.

Je vous remercie de la rigueur et de la clarté de vos réponses, et je remercie mes collègues de l'étendue de leurs questions. Cela dit, je déclare la séance levée.

(La séance est levée.)

OTTAWA, le jeudi 6 février 2014

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 29, pour poursuivre son étude sur les produits pharmaceutiques sur ordonnance au Canada.

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

[Translation]

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

[English]

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

Senator Seidman: I'm Judith Seidman from Montreal, Quebec.

Senator Stewart Olsen: Carolyn Stewart Olsen from New Brunswick.

Senator Seth: Asha Seth, Ontario.

Senator Beyak: Senator Lynn Beyak, Dryden, northwestern Ontario.

Senator Enverga: Senator Enverga from Ontario.

Senator Segal: Hugh Segal, Kingston-Frontenac-Leeds.

Senator Cordy: Jane Cordy from Nova Scotia.

Senator Chaput: Maria Chaput, Manitoba.

Senator Moore: Good morning. Wilfred Moore from Nova Scotia.

The Chair: I will remind everyone that we are dealing with our order of reference on prescription pharmaceuticals in Canada, Part 4. We are looking at the nature of unintended consequences. This is our second meeting dealing with the subject of addiction, misuse and abuse.

We have two witnesses this morning, and I will introduce them as I invite them to speak. By earlier agreement, I'm going to invite forward first Dr. Sproule, Clinician Scientist, Pharmacy, Centre for Addiction and Mental Health. She joins us by video conference. I'm pleased to welcome you. I invite you to make your presentation.

Beth Sproule, Clinician Scientist, Pharmacy, Centre for Addiction and Mental Health: Thank you for the invitation, and I appreciate the opportunity to present to the committee.

By way of background, I've been a pharmacist for 30 years and I've been working specifically in the area of prescription drug abuse for over 20 years. I mention that for two reasons: First, this isn't a new problem; and, second, I mention it to give you an idea that it has involved a number of different drugs, but the picture has been changing more recently — in the past 10 to 15 years or so. It first came to my attention as a pharmacist, particularly working at the Addiction Research Foundation in Toronto, which is now part of Centre for Addiction and Mental Health, or

[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 président du comité et sénateur de la Nouvelle-Écosse. J'invite mes collègues à se présenter, en commençant par la sénatrice Seidman, qui est à ma droite.

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

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

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

La sénatrice Beyak : Sénatrice Lynn Beyak, de Dryden, dans le nord-ouest de l'Ontario.

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

Le sénateur Segal : Hugh Segal, de Kingston-Frontenac-Leeds.

La sénatrice Cordy : Jane Cordy, de la Nouvelle-Écosse.

La sénatrice Chaput : Maria Chaput, du Manitoba.

Le sénateur Moore : Bonjour. Wilfred Moore, de la Nouvelle-Écosse.

Le président : Je vous rappelle que nous nous réunissons aujourd'hui pour étudier les produits pharmaceutiques sur ordonnance au Canada, conformément à un ordre de renvoi. Il s'agit de la quatrième partie de notre étude. Nous examinons la nature des conséquences imprévues de la prise de médicaments sur ordonnance. Nous sommes à notre deuxième réunion sur la question de la dépendance, du mauvais usage et de l'abus de médicaments.

Nous avons deux témoins ce matin. Je vous les présenterai quand je les inviterai à prendre la parole. Comme convenu, je vais commencer par Beth Sproule, clinicienne-chercheuse en pharmacie au Centre de toxicomanie et de santé mentale. Elle se joint à nous par vidéoconférence. Je vous souhaite la bienvenue et je vous invite à faire votre exposé.

Beth Sproule, clinicienne-chercheuse, Pharmacie, Centre de toxicomanie et de santé mentale : Je vous remercie de votre invitation. Je suis heureuse d'avoir la possibilité de prendre la parole devant le comité.

À titre d'information, je suis pharmacienne depuis 30 ans et je travaille depuis plus de 20 ans dans le domaine de l'abus de médicaments sur ordonnance. Je le mentionne pour deux raisons : d'abord, pour vous montrer que le problème n'est pas nouveau; ensuite, pour vous signaler que de nombreux médicaments sont en cause, mais que le tableau change depuis une dizaine ou une quinzaine d'années. Je m'en suis aperçue quand je travaillais comme pharmacienne à la Fondation de la recherche sur la toxicomanie à Toronto, qui fait maintenant partie du Centre de

CAMH. That was its name back in the 1980s and 1990s. As a pharmacist, it came to my attention with people seeking OTC codeine and large numbers of prescriptions for opioids.

With the problem regarding prescription pharmaceuticals as it relates to abuse and addiction, I want to say that our focus has been on psychotropics, which are the particular prescription drugs that affect the brain in a certain way. A lot of prescription drugs can be abused. The focus of our research and the focus of our current crisis or problem being addressed is on certain types of prescription pharmaceuticals — namely, those that work in the brain similarly to other substances of abuse, meaning they tap into the area of the brain related to reward, causing a high or good feelings. These classes of drugs include the opioid analgesics — the big one everyone is talking about — but also sedative hypnotics such as the benzodiazepines, which have been around and have been an issue for many year, and the stimulant drugs like amphetamines, Ritalin and methylphenidate-type medications.

Although they act in the brain similarly to other substances of abuse, whether alcohol, cocaine or other agents, there are unique features with the problem associated with prescription pharmaceuticals. One of those is around trying to understand and find solutions to the problem. You can't just cut off the supply; they need to be available for those who need the medications, because they are beneficial. Also, some people who have an addiction also need the medications. So we have to try to deal with that dichotomy where the drug that's causing somebody a problem is also something they need for health reasons.

One of the biggest unique features and challenges of this problem is how the health care system is intertwined with the problem. Some characterize this problem as involving dichotomous groups, where you have these prescription drugs that are widely available and there's a small population trying to divert the system and trying to get a hold of these medications to use them recreationally. Then they end up having a problem or becoming addicted to them. Then everybody else is a legitimate user, but it's not that simple.

Although most people who use the medications don't have problems, as far as we can tell, some do, and this number has been increasing, particularly in the last decade or so and particularly when we look at opioids. Some of the evidence for that is the increasing numbers of people seeking treatment specifically for addiction to prescription opioids. This is evidenced at CAMH, for example, where we have witnessed over the past decade an increasing number of people coming to both our medical withdrawal unit and into our methadone and Suboxone programs. Primarily, people seeking treatment for opioid

toxicomanie et de santé mentale, ou CAMH. C'était le nom de l'organisme dans les années 1980 et 1990. Comme pharmacienne, je me suis rendu compte que les gens achetaient de la codéine en vente libre et que nous devions exécuter un grand nombre d'ordonnances d'opioïdes.

En ce qui concerne l'abus et la dépendance de produits pharmaceutiques sur ordonnance, je tiens à signaler que nous nous sommes concentrés sur les médicaments psychotropes, c'est-à-dire ceux qui agissent sur le cerveau. De nombreux médicaments sur ordonnance peuvent faire l'objet d'abus. Nos travaux de recherche et la crise actuelle sur laquelle nous nous penchons se rapportent à certains types de produits pharmaceutiques sur ordonnance — soit ceux qui agissent sur le cerveau de la même manière que d'autres substances faisant l'objet d'abus, en accédant à la partie du cerveau liée à la récompense, qui fait qu'on se sent bien. Parmi ces médicaments se trouvent les analgésiques opioïdes — ceux dont tout le monde parle —, mais aussi les sédatifs hypnotiques, comme les benzodiazépines, qui existent et causent des problèmes depuis des années, et les stimulants, comme les amphétamines, le Ritalin et les médicaments de type méthylphénidate.

Même si les produits pharmaceutiques d'ordonnance agissent sur le cerveau de la même manière que d'autres substances faisant l'objet d'abus, comme l'alcool ou la cocaïne, le problème qu'ils posent présente des caractéristiques particulières, notamment la difficulté à le comprendre et à y trouver des solutions. On ne peut pas tout simplement interrompre l'approvisionnement. Le médicament doit demeurer disponible pour ceux qui en ont besoin, parce qu'il est bénéfique. De plus, certaines personnes qui souffrent de dépendance ont aussi besoin du médicament. Nous nous trouvons donc aux prises avec une dichotomie, le médicament dont une personne a besoin pour sa santé étant également celui qui lui cause un problème.

L'une des principales caractéristiques du problème, qui en accentue la complexité, est le fait que le système de soins de santé en est indissociable. Certains disent que le problème concerne deux groupes distincts : d'une part, les personnes, peu nombreuses, qui essaient de contourner le système et de se procurer des médicaments d'ordonnance facilement accessibles pour leur effet euphorisant et qui finissent par avoir un problème ou développer une dépendance; d'autre part, tous les autres, qui sont des consommateurs légitimes. La question n'est cependant pas si simple.

Même si, à notre connaissance, la plupart des gens qui prennent des médicaments sur ordonnance n'ont pas de problème, certains en ont, et leur nombre a augmenté, surtout depuis une dizaine d'années, particulièrement en ce qui concerne les opioïdes. En est la preuve, notamment, le nombre croissant de personnes qui se font traiter pour une dépendance à des opioïdes sur ordonnance. Ainsi, au cours de la dernière décennie, plus de gens ont consulté le centre de sevrage du CAMH et participé à ses programmes de traitement à la méthadone et au Suboxone. Ceux qui veulent se défaire de leur dépendance aux opioïdes sont

dependence are doing so for prescription opioids. Regarding those using heroin, the number seeking treatment has remained low and stable over the years compared to prescription opioids.

The increasing problem is also evidenced by the increasing number of overdoses, particularly for opioids. Of particular concern is the proportion of those overdoses that cause death that are inadvertent or accidental. This information that comes out of the coroner's office is quite important in helping to ensure that we improve our systems and maximize the safety of these medications, while at the same time ensuring their accessibility for people who need them.

The evidence for this is also found in the increasing number of youth who are using prescription opioids, as seen from a number of student surveys in different parts of Canada. Looking at people who are using prescription opioids, you can think of people using them recreationally or therapeutic users who develop a problem. It seems from our experience at CAMH and from research we've done that there's a large proportion of people who have this mixed therapeutic use and problematic use. It seems to be particularly risky for those who have a history of problems with other substances, those with mental health problems and those who have chronic pain. This combination of both therapeutic use and having a problem with the drug makes it very difficult to diagnose, to identify in practice and to treat.

In the couple minutes I have left, I thought I would mention some of the directions that are useful for helping to rectify this problem. It's clear that a comprehensive strategy is needed. Just doing isolated interventions is not going to work. It's a complex problem that needs interventions and action on numerous fronts. This is outlined in the First Do No Harm strategy that you're probably aware of — the national strategy that has a number of recommendations in different areas, including prevention, education, treatment, monitoring, surveillance and enforcement.

To highlight a couple of those, there has been particular interest in prescription monitoring programs, something that, as a pharmacist, I have an interest in and can see the value in. They are widely used and mandated in the U.S., for example, and several provinces in Canada have them to help in detecting the problem and intervening when problematic prescribing or use is detected. Research is still needed as to what is the best structure for these types of programs, the best type of intervention, the best communication strategy between programs, who should have access to this data, and how information can be shared with enforcement. There are a number of questions, but it's quite a promising area.

essentiellement des personnes qui prennent ces substances sur ordonnance. Le nombre d'héroïnomanes qui suivent une cure de désintoxication est demeuré faible et stable au fil des années comparativement à celui des consommateurs d'opioïdes sur ordonnance.

On voit que le problème grossit quand on constate l'augmentation des cas de surdose, particulièrement pour les opioïdes. Le nombre de surdoses accidentelles ou involontaires entraînant la mort est particulièrement inquiétant. Les données à cet égard fournies par le bureau du coroner sont fort importantes, car elles nous aident à améliorer nos systèmes et à maximiser la sécurité des médicaments tout en veillant à en assurer l'accessibilité pour les personnes qui en ont besoin.

Le nombre croissant de jeunes qui prennent des opioïdes sur ordonnance, comme le révèlent des sondages auprès d'étudiants de différentes régions du Canada, est une autre preuve de l'ampleur du problème. On pourrait penser que les personnes aux prises avec un problème de dépendance aux opioïdes sur ordonnance consomment ces médicaments pour leur effet euphorisant ou à des fins thérapeutiques. Or, l'expérience du CAMH et nos travaux de recherche révèlent qu'un fort pourcentage de personnes font usage de médicaments à la fois à bon et à mauvais escient. Le risque est particulièrement grand chez les personnes qui ont déjà consommé d'autres substances, sont aux prises avec des problèmes de santé mentale ou ressentent une douleur chronique. Il est par conséquent très difficile de diagnostiquer le problème, de le cerner concrètement et d'y remédier.

J'aimerais, dans les quelques minutes qu'il me reste, signaler certaines pistes utiles pour régler le problème. Il faut, de toute évidence, recourir à une stratégie globale. Les interventions isolées ne seront pas efficaces. Il s'agit d'un problème complexe, qui requiert des interventions et des mesures dans de nombreux domaines. C'est ce qu'explique la stratégie nationale intitulée S'abstenir de faire du mal, que vous connaissez probablement et qui présente diverses recommandations dans les domaines de la prévention, de l'éducation, du traitement, de la surveillance et du suivi ainsi que de l'application de la loi.

On s'est arrêté en particulier aux programmes de surveillance des ordonnances. La pharmacienne que je suis s'intéresse à de tels programmes et en voit l'utilité. Ceux-ci sont largement utilisés et imposés aux États-Unis, par exemple. Au Canada, plusieurs provinces y ont recours pour déceler le problème et intervenir si une prescription ou un usage problématiques sont constatés. Il reste encore à déterminer quels sont la meilleure structure pour ces programmes, le meilleur type d'intervention et la meilleure stratégie de communication entre les programmes, qui devrait avoir accès aux données et comment les renseignements peuvent être transmis aux responsables de l'application de la loi. Les questions sont nombreuses, mais c'est un domaine fort prometteur.

Other important areas are around education and health care professional education, with prescribers and pharmacists in particular having more education in both pain and addiction, particularly addiction. There has been very little in that area to date.

I'd like to highlight the role of the pharmacists in things like take-back programs, allowing people to bring back unused medications to pharmacies and potentially having support for that. It is a cost for pharmacists to safely dispose of that and broadening it will help with being able to take back medications, even if it's not your patient.

One other thing I'd like to highlight is access to treatment and ensuring that when people recognize that they may be having a problem with their prescription drugs, there is access to treatment, both pharmacological and non-pharmacological. There are various issues related to that.

One final thing is the whole approach of formulation strategies in trying to reduce the harm associated with different products and the various strategies that can be used on a formulation basis.

Most important, I'd like to emphasize the need for monitoring and surveillance in this area because for any interventions we have at this point, we need to know the scope of the problem, characterize the problem, implement the interventions. The only way to evaluate the impact of that would be to have a comprehensive monitoring and surveillance system in place. Thank you.

The Chair: Thank you very much, Ms. Sproule.

I'm going to turn now to Cameron Bishop, Acting Country Manager for Reckitt Benckiser Pharmaceuticals in Canada. I want to give an explanation. The invitation went out to the National Advisory Council on Prescription Drug Misuse, and Mr. Bishop is an advisory member of that organization. They recommended that he be here, and he kindly accepted the invitation.

You're in several capacities, but the topic is common. Mr. Bishop, the floor is yours.

Cameron Bishop, Country Manager (Acting), Reckitt Benckiser Pharmaceuticals (Canada): Thank you. I'm pleased to appear before you today for Reckitt Benckiser Pharmaceuticals in Canada but also as a member of the National Advisory Council on Prescription Drug Misuse, which is coordinated through the Canadian Centre on Substance Abuse. I am most pleased to be part of that council and to serve as one of its two co-chairs on the legislation and regulation subcommittee with Dr. Mel Kahan of Women's College Hospital in Toronto.

As Ms. Sproule just pointed out, the National Advisory Council on Prescription Drug Misuse released its strategy in spring 2013 entitled First Do No Harm: Responding to Canada's

L'éducation et la formation des professionnels de la santé sont d'autres domaines importants. Les médecins prescripteurs et les pharmaciens, en particulier, doivent recevoir une formation plus poussée en ce qui concerne la douleur et, surtout, la dépendance. Il ne s'est pas fait grand-chose en cette matière jusqu'ici.

J'aimerais souligner le rôle des pharmaciens dans des initiatives comme les programmes de collecte de médicaments, qui permettent aux gens de rapporter à la pharmacie des médicaments non utilisés et d'obtenir peut-être du soutien à cet égard. L'élimination de ces médicaments de façon sûre coûte quelque chose aux pharmaciens et l'élargissement des programmes leur facilitera la reprise des médicaments, même si ceux-ci ne proviennent pas de leurs patients.

J'aimerais également souligner l'importance d'assurer l'accès aux traitements, pharmacologique et non pharmacologique, pour les personnes qui reconnaissent faire un mauvais usage de leurs médicaments sur ordonnance. Diverses questions s'y rapportent.

Enfin, il faut également considérer l'approche globale des stratégies de formulation pour tâcher de réduire les méfaits liés à différents produits et les diverses stratégies pouvant être utilisées en fonction de la formulation.

J'aimerais surtout souligner l'importance fondamentale de la surveillance et du suivi dans ce domaine, parce que, pour toutes les interventions à ce stade, il faut définir le problème, en connaître l'ampleur et mettre en œuvre les mécanismes d'intervention. La seule façon d'évaluer l'incidence de cela serait d'avoir en place un système de surveillance et de suivi complet. Merci.

Le président : Merci beaucoup, madame Sproule.

Je cède maintenant la parole à Cameron Bishop, directeur national intérimaire de la société Reckitt Benckiser Pharmaceuticals au Canada. Je tiens d'abord à préciser que l'invitation a été lancée au Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance, dont M. Bishop fait partie à titre de conseiller. C'est le conseil qui nous a recommandé de faire venir M. Bishop, et celui-ci a aimablement accepté l'invitation.

Vous exercez plusieurs fonctions, mais elles tournent toutes autour du même sujet, monsieur Bishop. Vous avez la parole.

Cameron Bishop, directeur national (intérimaire), Reckitt Benckiser Pharmaceuticals (Canada) : Merci. Je suis heureux d'être ici aujourd'hui à la fois à titre de représentant de la société Reckitt Benckiser Pharmaceuticals au Canada et comme membre du Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance, qui relève du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Je suis enchanté de faire partie de ce conseil et d'en coprésider le sous-comité de la législation et de la réglementation avec le Dr Mel Kahan, du Women's College Hospital de Toronto.

Comme Mme Sproule vient de le signaler, le Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance a publié, au printemps 2013, une stratégie intitulée S'abstenir de

Prescription Drug Crisis. For the most part, though, I will confine my remarks to the recommendations contained in the report under the legislation and regulation committee.

I should probably give a quick overview of Reckitt Benckiser so you know where we're coming from.

Reckitt Benckiser Pharmaceuticals is an addiction treatment company, and to my knowledge the only one in Canada. We manufacture one product called Suboxone sublingual tablets. They are the first opioid medication approved for the substitution treatment of opioid dependence in an office-based setting. However, above and beyond that, we have a different approach to how we operate in that we focus on working in partnership with government and key stakeholders on everything from industry reform, legislative and regulatory recommendations and breaking down barriers to treatment for patients.

For those of you not familiar with Suboxone, it was approved by Health Canada in May 2007. It is a fixed-dose combination of buprenorphine, which is a partial agonist, and naloxone, an opioid antagonist. It is indicated for medication-assisted treatment in adults who are opioid dependent and is available in two strengths, a 2-milligram tablet with 0.5 milligrams of naloxone, and an 8-milligram tablet with 2 milligrams of naloxone. The intention of Suboxone's naloxone component is to deter intravenous and intranasal misuse. When you take Suboxone sublingually, then the naloxone component has poor bioavailability. However, if you crush it and take it intravenously or snort it, naloxone becomes 100 per cent bioavailable and precipitates withdrawal symptoms in patients dependent on full opioid agonists.

As committee members will know, opioid dependence is a chronic relapsing medical condition of the brain and it is a well-recognized clinical and public health problem in Canada. A 2009 study by Popova et al. indicated that between 321,000 to 914,000 non-medical prescription opioid users existed among the general population in Canada. Further, the estimated number of non-medical prescription opioid users, heroin users or both among the street-drug-using population was indicated to be about 72,000, with more individuals using non-medical prescription opioids than heroin in 2003.

Historically, heroin has been the main source of opioid dependence. However, the current reality of illicit opioid use has become much more diverse and complex. In Canada, illicit opioid use also includes a diversity of prescription opioids

faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada. Je vais cependant me borner à parler essentiellement des recommandations formulées par le comité chargé de la législation et de la réglementation.

Je devrais probablement vous donner un bref aperçu de la société Reckitt Benckiser, afin que vous sachiez ce que nous faisons.

La société Reckitt Benckiser Pharmaceuticals s'occupe du traitement des toxicomanies. À ma connaissance, c'est la seule du genre au Canada. Nous fabriquons des comprimés sublinguaux appelés Suboxone. C'est le premier médicament opioïde approuvé pour le traitement substitutif de la dépendance aux opioïdes par des médecins exerçant en cabinet. Par ailleurs, notre façon de fonctionner est particulière, car nous nous efforçons de travailler en partenariat avec le gouvernement et les principaux intervenants à tous les niveaux, depuis la réforme de l'industrie jusqu'au traitement des patients en passant par les recommandations en matière de législation et de réglementation et l'élimination des obstacles.

Je signale, pour ceux qui ne connaissent pas le produit, que le Suboxone a été approuvé par Santé Canada en mai 2007. Il s'agit d'une combinaison en proportions fixes de buprénorphine, un agoniste partiel, et de naloxone, un antagoniste des opioïdes. Il est recommandé pour le traitement au moyen de médicaments de la dépendance aux opioïdes chez les adultes. On le trouve en deux dosages : le comprimé composé de 2 milligramme de buprénorphine et de 0,5 milligramme de naloxone, et le comprimé composé de 8 milligramme de buprénorphine et de 2 milligramme de naloxone. L'intégration de la naloxone au médicament a pour but de décourager l'usage inapproprié de celui-ci par voie nasale ou intraveineuse. Quand on fait fondre le comprimé sous la langue, la biodisponibilité de la naloxone est faible. Si on le broie pour l'inhaler ou se l'injecter, par contre, la naloxone devient entièrement biodisponible et précipite les symptômes de sevrage chez les patients dépendants d'agonistes complets des opioïdes.

Comme les membres du comité le savent, la dépendance aux opioïdes est un état pathologique chronique et récurrent du cerveau qui constitue un problème clinique et de santé publique bien connu au Canada. Selon une étude réalisée en 2009 par Popova et ses collaborateurs, au Canada, entre 321 000 et 914 000 personnes consomment des opioïdes sur ordonnance à des fins non médicales. En outre, on estime à environ 72 000 le nombre de consommateurs de drogues de la rue qui font usage d'opioïdes sur ordonnance à des fins non médicales, d'héroïne ou de ces deux types de drogue, le nombre de personnes consommant des opioïdes sur ordonnance à des fins non médicales étant plus élevé que celui des héroïnomanes en 2003.

L'héroïne a toujours été la principale drogue provoquant une accoutumance aux opioïdes. La réalité actuelle est cependant bien plus complexe, car les opioïdes utilisés de façon illicite sont beaucoup plus variés. Au Canada, ils comprennent divers

including oxycodone, fentanyl, codeine, morphine and hydromorphone. As a result, there has been an increase in demand for opioid dependence treatment across Canada.

I'm often asked who are the people living with prescription drug addiction, and I say it's pretty much the people in front of you right now. It's everyone sitting around this table today, from the soccer mom who got in a car accident, broke her back, was prescribed oxycodone and found herself addicted. Then down the road when she had been dismissed by her doctor from the clinic because the doctor in question "doesn't treat patients like her," she found herself turning to prostitution while her kids were at school so that she could get access to oxycodone.

They are also the returning soldiers from Afghanistan, or Iraq in the case of the United States, who used prescription opioids to numb the pain of watching comrades blown up by a land mine or because of soft tissue injuries, then came home to Canada with addiction to opioids and/or PTSD. These are the faces of the unintended consequences of prescription drugs, individuals who by way of voluntary action wound up with an involuntary addiction.

These are real stories and they speak not just to a problem that is confined to the alleys and gutters of Canada but rather one that is widespread, growing and at crisis levels. We as a society, through lack of access to treatment and sometimes policies that criminalize disease versus treating it in the context of a public health crisis, too often force men and women — like that soldier and that soccer mom — down the slide from a contributing member of society to one on the margins, in the gutter, in jail or dead.

While we must expand treatment in all its forms in Canada, so too must we battle the stigma of addiction that allow Canadians struggling with this condition to avoid treatment because of the perception and the sometimes reality that if you admit you have a problem with abuse or dependence, then you are somehow not worthy of being part of what we define as normal. Our treatment and view of individuals who battle substance abuse in all its forms is too often one of the lowest common denominators. In many respects, it is the soft bigotry of low expectations.

I'm now going to present recommendations from the legislation and regulation committee of the National Advisory Council on Prescription Drug Misuse. Taken together, these recommendations would help put Canadian public health, patient safety and patient dignity at the forefront while seeking to mitigate the unintended consequences of prescription opioids.

opioïdes sur ordonnance, dont l'oxycodone, le fentanyl, la codéine, la morphine et l'hydromorphone. Il en résulte une augmentation de la demande de traitement de la toxicomanie opiacée partout au pays.

On me demande souvent qui est accro aux médicaments d'ordonnance. Je réponds que ce peut être n'importe qui. Ce sont des gens qui ne sont pas différents des personnes assises autour de la table en ce moment. Ce peut être la mère d'enfant qui joue au soccer. Elle se blesse au dos dans un accident de voiture et se fait prescrire de l'oxycodone, dont elle devient dépendante. Lorsque, après un certain temps, son médecin refuse de s'en occuper parce qu'il « ne traite pas des patients comme elle », elle se tourne vers la prostitution, quand ses enfants sont à l'école, afin de pouvoir se procurer de l'oxycodone.

C'est aussi le militaire qui revient de l'Afghanistan, ou de l'Irak, dans le cas des Américains. Il a pris des opioïdes sur ordonnance pour soigner des lésions aux tissus mous ou pour atténuer la douleur ressentie à la vue de ses frères d'armes morts après avoir marché sur une mine terrestre. Quand il rentre au pays, il souffre d'une accoutumance aux opioïdes et du syndrome de stress post-traumatique. Ce sont là des exemples de conséquences imprévues de la prise de médicaments sur ordonnance : une mesure volontaire finit par créer une dépendance involontaire.

Ces histoires sont vraies. Elles témoignent d'un problème qui ne touche pas seulement les quartiers malfamés du Canada, mais qui est généralisé et dont la gravité atteint un niveau de crise. À cause d'un manque d'accès à des traitements et, parfois, de politiques qui criminalisent la maladie plutôt que de la voir pour ce qu'elle est, la manifestation d'une crise de santé publique, nous, en tant que société, obligeons trop souvent des hommes et des femmes comme ce militaire et cette mère d'un petit joueur de soccer, des membres productifs de la société, à descendre la pente pour vivre en marge de la société et finir dans la rue, en prison ou à la morgue.

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

Je vais maintenant présenter les recommandations du comité de la législation et de la réglementation du Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance. Ensemble, ces recommandations placeraient au premier plan la santé publique ainsi que la sécurité et la dignité des patients, tout en cherchant à atténuer les conséquences imprévues des opioïdes vendus sur ordonnance.

Mr. Chair, in view of the legislation and regulation committee, the federal government should do the following: First, they should require that all prescription opioids carry the warning, be they painkillers or treatments for addiction, that there is the possibility of addiction, misuse or death with the drugs in this class even if used as prescribed. That would require amending Part C of the Food and Drug Regulations. Prescription painkillers should be limited to severe pain only as opposed to moderate pain. All labeling should reflect what the clinical trials of the drug actually showed.

Second, they should mandate that federal drug plans require physicians to apply for exceptional status approval should they wish to prescribe opioids over the 200 milligram daily dose level. This is the watchful dose under the *Canadian Guideline for Safe and Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain*.

Third, they should propose changes to Health Canada's existing drug approval process for both generic and branded manufacturers to require denial of approval if a conflict of interest is found. They should also require that generic manufacturers complete clinical trials to ensure the safety of their product is comparable to the brand.

I touched on conflict of interest, and what I'm talking about is if a maker of a prescription painkiller also manufactures a treatment for that addiction, or if a company manufactures an addiction treatment and then markets a painkiller that can result in an addiction that can be treated by the same addiction treatment the company is marketing. Ideally, no company should be permitted to drive volume of one product with another. If a company wishes to manufacture and sell addiction treatment, regulations must be put in place to stipulate that it first stop selling the products with addictive properties.

Health Canada should deny drug approval to any company that does not have safety provisions built into its prescription pain killers that reduce abuse and diversion. All companies that manufacture generic or branded prescription pain medications or addiction treatments must be required to contribute funding to a surveillance system for prescription drug abuse, misuse and diversion as well as for general drug safety awareness. The Minister of Health should be empowered to deny or revoke a notice of compliance for a prescription painkiller or addiction treatment manufacturer if the manufacturer fails to comply with any of the provisions I've outlined above.

Monsieur le président, voici, selon le comité de la législation et de la réglementation, ce que le gouvernement fédéral devrait faire. Premièrement, exiger que tous les opioïdes sur ordonnance, qu'ils soient vendus comme analgésiques ou pour le traitement des toxicomanies, s'accompagnent d'une mise en garde informant les consommateurs que les médicaments de cette catégorie peuvent provoquer une dépendance ou causer la mort, même s'ils sont utilisés tels qu'ils sont prescrits. Il faudrait, pour cela, modifier la partie C du Règlement sur les aliments et drogues et réserver les analgésiques sur ordonnance aux cas de douleur aiguë seulement. Les étiquettes devraient rendre compte des résultats des essais cliniques des médicaments.

Deuxièmement, exiger des régimes d'assurance-médicaments fédéraux qu'ils obligent les médecins à demander l'approbation d'un statut exceptionnel s'ils désirent prescrire des opioïdes dont la dose est supérieure à 200 milligrammes par jour, soit la dose à surveiller selon les *Lignes directrices canadiennes sur l'utilisation sécuritaire et efficace des opioïdes pour la douleur chronique non cancéreuse*.

Troisièmement, proposer des modifications au processus utilisé actuellement par Santé Canada pour l'approbation des médicaments génériques et de marque de manière à exiger le refus d'une approbation en cas de conflit d'intérêts. Il faudrait également obliger les fabricants de produits génériques à effectuer des essais cliniques afin de s'assurer que leur produit est aussi sûr que le médicament de marque.

Quand je parle de conflit d'intérêts, je pense à une entreprise qui fabriquerait à la fois un analgésique délivré sur ordonnance et le produit visant à traiter la dépendance créée par cet analgésique ou encore à une entreprise qui fabriquerait un produit traitant une dépendance et commercialiserait un analgésique créant la dépendance que le produit en question permet de traiter. Il faut établir des règlements prévoyant qu'une entreprise qui veut fabriquer et mettre en marché un produit traitant une dépendance doit d'abord cesser de vendre les produits qui risquent d'engendrer la dépendance.

Santé Canada devrait refuser l'approbation d'un médicament aux entreprises que ne prévoient pas de mesures de précaution visant à réduire l'abus ou le détournement des analgésiques vendus sur ordonnance qu'elles fabriquent. Toutes les entreprises qui fabriquent des analgésiques génériques ou de marque vendus sur ordonnance ou des produits traitant la dépendance doivent être tenues de contribuer au financement d'un système de surveillance visant l'abus, le mauvais usage ou le détournement de médicaments d'ordonnance et contribuant à sensibiliser la population au danger des médicaments. Le ministre de la Santé devrait avoir le droit de refuser ou de révoquer un avis de conformité à une entreprise qui fabrique un analgésique ou un produit traitant une dépendance si cette entreprise ne respecte pas les dispositions que je viens d'énoncer.

Fourth, we propose that federal plans delist high-dose opioid formulations, add weak-dose opioids and mandate that only tamper-resistant formulations in child-resistant packaging be placed on provincial and federal formularies.

Fifth, the federal government should also require mandatory review every two years by Health Canada of the product monographs of companies that manufacture prescription drugs with high abuse potential, including opioids, stimulants, et cetera.

Sixth, they should review regulatory requirements relevant to opioid medication, for example, section 56 of the Controlled Drugs and Substances Act, and implement changes as required to remedy any barriers that might exist to treatment.

Seventh, they should increase the transparency of all clinical trials by requiring that the pharmaceutical industry provide all data related to these trials and for Health Canada to make that data public. They should add a further offence under the Food and Drugs Act for misleading the federal regulator.

Eighth, require that all federal drug formularies cover naloxone.

Ninth, require that all companies, both branded and unbranded, that manufacturer or distribute opioids, sedatives, hypnotics or stimulants comply with full drug submission requirements before listings, and that would include the provision for branded and unbranded clinical trials, and give that data to Health Canada.

Tenth, review international evidence and existing programs on risk mitigation strategies to identify and develop effective risk mitigation strategy standards and models for pharmaceutical companies that must be adopted by industry players. I refer the committee to the FDA, which has those standards in place in the United States.

Eleventh, there should be annual reporting to Health Canada, Parliament, and all provincial ministries of health and provincial medical colleges on all aspects of a branded or unbranded company's risk mitigation strategies.

Twelfth, the federal government should implement stringent financial and regulatory penalties for branded and unbranded companies that fail to report and/or comply with their Health Canada-approved product risk mitigation strategies.

There is one that I wrote this morning and neglected to put in: Establish a national take-back day for prescription drugs. We need to get old drugs out of the medicine cabinets and into a place where they can be disposed of safely. To that end, the federal

Quatrièmement, proposer que les régimes fédéraux retirent de la liste les formules contenant des opioïdes à forte dose, y ajoutent celles à faible dose et exigent que seuls les produits qui ne peuvent être falsifiés et sont vendus dans des emballages à l'épreuve des enfants figurent dans les listes provinciales et fédérales de médicaments assurés.

Cinquièmement, faire examiner tous les deux ans par Santé Canada les monographies des produits des entreprises qui fabriquent des médicaments vendus sur ordonnance présentant un risque élevé de consommation abusive, comme les opioïdes et les stimulants.

Sixièmement, réexaminer les exigences réglementaires applicables aux médicaments opioïdes, notamment l'article 56 de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, et y apporter des modifications, s'il y a lieu, pour éliminer les obstacles au traitement.

Septièmement, accroître la transparence des essais cliniques en obligeant l'industrie pharmaceutique à fournir toutes les données concernant ces essais et Santé Canada à les publier. Il faudrait en outre prévoir, dans la Loi sur les aliments et drogues, que le fait d'induire en erreur l'organisme de réglementation constitue une infraction.

Huitièmement, exiger que la naloxone soit incluse dans les formulaires de médicaments fédéraux.

Neuvièmement, avant l'inscription de produits sur les listes, obliger toutes les entreprises qui fabriquent ou distribuent des opioïdes, des sédatifs, des hypnotiques ou des stimulants, qu'il s'agisse de produits de marque ou génériques, à se conformer à toutes les exigences relatives à la présentation de drogues — ce qui comprend la réalisation d'essais cliniques — et à fournir les données pertinentes à Santé Canada.

Dixièmement, examiner les programmes internationaux fondés sur des données probantes concernant les stratégies d'atténuation des risques afin de déterminer et d'élaborer, pour les entreprises pharmaceutiques, des normes et des modèles efficaces d'atténuation des risques devant être adoptés par l'industrie. Je renvoie le comité à la Federal Drug Administration des États-Unis, qui a mis de telles normes en place.

Onzièmement, obliger les fabricants de produits de marque ou génériques à présenter chaque année à Santé Canada, au Parlement ainsi qu'aux ministres provinciaux de la Santé et aux collèges provinciaux de médecins un rapport sur tous les aspects de leurs stratégies d'atténuation des risques.

Douzièmement, infliger des sanctions pécuniaires et réglementaires strictes aux fabricants de produits de marque et génériques qui omettent de présenter les rapports voulus ou de se conformer aux stratégies d'atténuation des risques que comportent leurs produits approuvés par Santé Canada.

Enfin, une dernière recommandation que j'ai notée ce matin et négligé d'inscrire dans le document : fixer une journée nationale de collecte des médicaments sur ordonnance. Il faut retirer les vieux médicaments de nos armoires à pharmacie et les mettre dans

government should request the Canadian Centre on Substance Abuse to work with key stakeholders nationwide to develop national standards for the take-back and disposal of these medications, because none exist now.

That concludes our committee's recommendations. We look forward to working with senators and all parliamentarians to implement them. I'd be happy to meet with any member of this committee to discuss how we might be able to do that.

The Chair: Thank you, Mr. Bishop. I note for the record that you mentioned your company's relationship with naloxone, and you came back to it in a recommendation. That's on the table. That's clear and everything is fine. I now open the meeting to questions from senators.

Senator Seidman: I'm breathless from that long list of recommendations. You, sir, mean business, and I appreciate that very much.

Ms. Sproule, you represent the Centre for Addiction and Mental Health, which is a major institution in this area. I notice that it is described as providing clinical care, education and health promotion services and that it also conducts policy development and research. You said that you're a pharmacist. Is that correct?

Ms. Sproule: That's right, yes. I'm a pharmacist.

Senator Seidman: That's the basis for my question.

You presented a lot of really good ideas that need thinking about. I thank you for that. I'd like to ask you about the role of pharmacists in monitoring and de-prescribing or re-evaluating medications. Right now, we're in the fourth part of a four-part study, and we're looking specifically in this case at unintended consequences as they relate to addiction, misuse and abuse of prescription drugs. Clearly, we want to come up with some kind of recommendations in this area.

I'm just going to cut to the chase with you. We have talked about the role of pharmacists in monitoring. They play a special role but they also play a certain role in oversight of patients who are on many different medications prescribed by many different physicians. I notice that you talked about this complicated issue of therapeutic use and addiction and how they're intertwined. You said that specifically in relation to mental health, problems with other substances and chronic pain.

It's a complicated issue; I agree with you. I'd like to know, given your special vantage point, what you see as the role of pharmacists in dealing with this complicated issue.

un endroit où on peut s'en débarrasser en toute sécurité. À cette fin, le gouvernement devait obliger le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies à élaborer avec les principaux intervenants du pays des normes nationales concernant la reprise et l'élimination de ces médicaments, car il n'en existe pas à l'heure actuelle.

Voilà pour les recommandations de notre comité. Nous sommes disposés à collaborer avec les sénateurs et tous les parlementaires à l'application de ces recommandations. Je serai ravi de rencontrer les membres du comité pour discuter de la façon dont nous pourrions le faire.

Le président : Merci, monsieur Bishop. Je souligne au passage que vous avez mentionné le rapport de votre entreprise avec la naloxone et que vous êtes revenu là-dessus dans une recommandation. Cela fait partie de notre discussion. C'est clair. Tout va bien. Les sénateurs peuvent maintenant poser des questions.

La sénatrice Seidman : Je suis déconcertée par cette longue liste de recommandations. Vous êtes vraiment sérieux, monsieur, et je m'en réjouis.

Madame Sproule, vous représentez le Centre de toxicomanie et de santé mentale, un établissement fort important dans ce domaine. On indique dans sa description qu'il fournit des soins cliniques, offre des services de formation et de promotion de la santé, élabore des politiques et effectue de la recherche. Vous avez dit que vous êtes pharmacienne, c'est bien cela?

Mme Sproule : C'est exact. Je suis pharmacienne.

La sénatrice Seidman : C'est là-dessus que repose ma question.

Vous avez présenté beaucoup d'idées vraiment intéressantes qui méritent réflexion. Je vous en remercie. J'aimerais que vous nous parliez du rôle des pharmaciens dans la surveillance, la déprescription et la réévaluation des médicaments. Nous voilà à la dernière des quatre parties de notre étude, qui porte sur les conséquences imprévues du mauvais usage et de l'abus des médicaments sur ordonnance ainsi que de la dépendance à leur endroit. Nous aimerions formuler des recommandations à cet égard.

Je vais aller droit au but. Nous avons parlé du rôle des pharmaciens sur le plan de la surveillance. Les pharmaciens jouent un rôle particulier en cette matière, mais ils en jouent un aussi dans le suivi des patients qui prennent de nombreux médicaments prescrits par des médecins différents. J'ai remarqué que vous avez parlé du problème complexe de la consommation à des fins thérapeutiques et de la dépendance, qui sont interreliées. Vous avez signalé que c'est particulièrement le cas lorsqu'il s'agit de problèmes de santé mentale, de consommation d'autres substances et de douleur chronique.

C'est un problème complexe, j'en conviens. Étant donné l'angle privilégié sous lequel vous l'envisagez, comment voyez-vous le rôle des pharmaciens en cette matière?

Ms. Sproule: Thanks for the question. It is a complicated question but one that I have a keen interest in. One of my other hats is one at the Leslie Dan Faculty of Pharmacy at the University of Toronto where I'm Director, Division of Pharmacy Practice, so I have lots of ideas and a particular view about what the pharmacist's role is or could be.

The clinical model for pharmacy services is around identifying and resolving patients' drug-related problems. This is a huge area of drug-related problems. There are a couple of issues around trying to optimize what pharmacists could be doing in this area. I think we need to improve training so that pharmacists, in addition to other health care professionals, feel more comfortable in identifying and dealing with addiction issues. It's complex, and the current specific training is for pharmacists that provide, for example, methadone or the buprenorphine-type services. It needs to be broader than that for people using opioids.

Definitely pharmacists have a role. The role is optimized in certain settings of pharmacy practice. For example, in hospital settings or where pharmacists are in family health team settings, it's a little more difficult in community pharmacy settings or mainstream settings because they don't necessarily have the opportunity to sit down with the patient and systematically review their medications. They don't have that private area for those conversations to develop a relationship. It becomes a challenge for the pharmacist working in a community pharmacy who has many different physicians and prescribers to develop relationships with as they co-care for a patient. That becomes a challenge, whereas in a family health team setting, you're part of a team and you work with the same people.

Even with those limitations, the way that pharmacy is currently happening in community pharmacy provides a lot of opportunity for pharmacists to intervene. Regardless, we need to monitor the medications and communicate the risks to the patient, especially now that we have the *Canadian Guideline for Safe and Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain*. There is real guidance in terms of when they should be concerned, even if they don't have full information about the clinical situation of the patient, just by awareness of the daily dose.

As Mr. Bishop mentioned with the 200-milligram watchful dose, we need to be questioning, warning, helping to explain to the patients why there is that watchful dose, what the risks are with using these medications balanced with what their expectations should be as far as how well these medications are going to work for their chronic pain. It will not alleviate the pain completely. We need to help patients manage those expectations

Mme Sproule : Je vous remercie de votre question. Le problème est complexe, mais il m'intéresse au plus haut point. Je suis, entre autres, directrice de la Division de la pratique pharmaceutique à la faculté de pharmacie Leslie Dan de l'Université de Toronto; j'ai donc beaucoup d'idées et un point de vue particulier sur ce qu'est ou pourrait être le rôle du pharmacien.

Le modèle clinique pour les services pharmaceutiques consiste essentiellement à déceler et à régler les problèmes des patients en ce qui a trait aux médicaments. La question qui nous occupe représente un immense volet des problèmes liés aux médicaments. L'optimisation du rôle des pharmaciens dans ce domaine comporte certaines difficultés. Je pense qu'il faut améliorer la formation, afin que les pharmaciens, tout comme les autres professionnels de la santé, se sentent davantage en mesure de déceler les problèmes de dépendance et de s'en occuper. La question est complexe, et à l'heure actuelle, la formation s'adresse expressément aux pharmaciens qui offrent des traitements de substitution à base de médicaments comme la méthadone et la buprénorphine. Il faut l'élargir pour les consommateurs d'opioïdes.

Les pharmaciens ont assurément un rôle à jouer. Ce rôle est optimisé dans certains contextes de pratique pharmaceutique, par exemple, en milieu hospitalier ou lorsque le pharmacien fait partie d'une équipe de santé familiale. C'est un peu plus difficile lorsque le pharmacien travaille dans une pharmacie communautaire ou un contexte traditionnel, parce qu'il n'a pas forcément le temps de s'asseoir avec le patient pour passer systématiquement en revue sa médication. Dans ces milieux, il ne se trouve pas d'endroit privé où le praticien peut établir une relation avec le patient. Il n'est pas facile non plus pour le pharmacien qui travaille dans une pharmacie communautaire de nouer des relations avec les nombreux médecins qui s'occupent d'un même patient et lui prescrivent des médicaments. Dans une équipe de santé familiale, en revanche, le pharmacien fait partie de l'équipe et travaille avec les mêmes personnes.

En dépit de ces contraintes, le mode de fonctionnement des pharmacies communautaires offre actuellement de multiples possibilités d'intervention au pharmacien. Quoi qu'il en soit, nous devons surveiller les médicaments utilisés et prévenir les patients des risques, surtout depuis que nous disposons des *Lignes directrices canadiennes sur l'utilisation sécuritaire et efficace des opioïdes pour la douleur chronique non cancéreuse*. Celles-ci offrent de véritables indications quant aux signaux d'alarme à surveiller — simplement en tenant compte des doses quotidiennes —, et ce, même si le pharmacien ne dispose pas de toutes les données cliniques concernant le patient.

Comme l'a dit M. Bishop, lorsqu'on atteint la dose à surveiller de 200 milligrammes, il faut poser des questions, lancer un avertissement et aider les patients à comprendre pourquoi la dose à surveiller existe, quels sont les risques associés à l'utilisation de ces médicaments et à quel degré de soulagement de leurs douleurs chroniques ils peuvent s'attendre. Le médicament ne calmera pas entièrement la douleur. Nous devons aider les patients à gérer

and then, on a more practical level, ensure that they are storing the medications properly. Even if they trust their own children, their friends may be over and everything needs to be securely locked and brought back to the pharmacy once they are finished.

With the fentanyl patch, we must have a mechanism to return the used patches before people get more. These kinds of safety mechanisms are definitely possible, especially because of the easy access that the public has to pharmacists as a health care professional in general.

Also, in some provinces, for example, in Ontario, and then provinces that have prescription monitoring programs, but particularly in Ontario because of the way our new narcotic monitoring system is set up, there are alerts that go directly to the pharmacist as they are filling a prescription. That alert indicates if there may have been dispensing on multiple previous occasions from different physicians and different pharmacies. It gives pharmacists that information right at the point of care. There are other prescription monitoring systems that have that point-of-care access as well, so pharmacists, as they're dispensing, have a real role to play there as well.

Certainly, the most challenging is trying to figure out when a patient has crossed the line from okay use to problematic use. Mostly that's a problem because it is not a line; it's a grey area and a very difficult assessment and diagnostic process that happens over time.

Pharmacists, I agree, have a key role in the health care system and are at the interface between the actual giving of the medication and the patients, and as a profession we could be taking this on more head-on and contributing to the solution.

Senator Seidman: This is a really productive and interesting approach. I think we've had this feeling over the previous three parts of our study that there is an important role for pharmacists to play. I know Quebec has recently changed the law so that pharmacists can actually prescribe or renew prescriptions for conditions that patients have already been treated for in some ongoing way.

In community settings, where you say there are complications, they do have a larger role to play; however, the issue has been how to reimburse pharmacists for the extra time that that takes. I see that as a potential issue.

We've talked about the pharmacists, but I would like to ask a question that has to do with Health Canada. What role do you think Health Canada can play? Are there regulations that we ought to consider?

leurs attentes et, d'un point de vue plus pragmatique, veiller à ce qu'ils entreposent adéquatement leurs médicaments. Même s'ils font confiance à leurs enfants, ceux-ci peuvent avoir la visite d'amis. Tout doit être conservé sous clé et rapporté à la pharmacie lorsqu'ils en ont terminé.

Il existe, dans le cas du timbre de fentanyl, un mécanisme obligeant les gens à rendre les timbres utilisés avant d'en obtenir d'autres. Il est assurément possible de mettre en place ce genre de précaution, d'autant plus que, règle générale, les pharmaciens sont des professionnels de la santé faciles d'accès pour la population.

En outre, dans certaines provinces, l'Ontario par exemple, il existe des programmes de surveillance pharmaceutiques. La province de l'Ontario se distingue, car son nouveau Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées est conçu de manière à envoyer des alertes au pharmacien en temps réel lorsqu'il prépare une prescription. L'alerte indique si une ordonnance a été prescrite par plus d'un médecin ou remplie par plus d'une pharmacie à de nombreuses reprises. Le système donne cette information au pharmacien directement au point de service. Il existe d'autres systèmes de surveillance des ordonnances qui offrent aussi un accès à partir du point de service. Ainsi, les pharmaciens, lorsqu'ils remplissent une ordonnance, jouent aussi un véritable rôle à cet égard.

Le plus difficile est sans doute de déterminer si un patient est passé d'une consommation raisonnable à une consommation abusive. La plupart du temps, cela pose problème, car ce n'est pas noir ou blanc. C'est une zone grise, un processus d'évaluation et de diagnostic fort compliqué qui s'effectue progressivement.

Je pense aussi que les pharmaciens jouent un rôle clé dans le système de santé. Ils sont l'intermédiaire entre le patient et les médicaments. Dans l'exercice de notre profession, nous pourrions aborder ce rôle plus de front et contribuer à la recherche de solutions.

La sénatrice Seidman : Voilà une approche fort intéressante et efficace. À mon avis, les trois précédents volets de cette étude nous ont laissé l'impression que les pharmaciens ont un rôle important à jouer. Je sais que le Québec a récemment modifié la loi pour permettre aux pharmaciens d'ordonner ou de renouveler une prescription dans le cas d'un trouble de santé pour lequel un patient se fait soigner depuis un certain temps déjà.

Les pharmaciens des pharmacies communautaires — où, selon vous, les choses sont plus compliquées — ont un rôle plus important à jouer. Toutefois, la question qui se pose à l'heure actuelle est de savoir comment dédommager les pharmaciens pour le temps qu'ils consacrent à cette activité. Je considère qu'il s'agit là d'un éventuel problème.

Nous avons parlé des pharmaciens, mais j'aimerais poser une question au sujet de Santé Canada. À votre avis, quel rôle ce ministère doit-il jouer? Devrait-il envisager l'adoption de certains règlements?

Ms. Sproule: Yes, I do think Health Canada has a role, very broadly speaking, in that it can help support the strategy that I and Mr. Bishop referred to, which is the number of recommendations that are in the strategy. There are a number of recommendations that have oversight and, as Mr. Bishop said, a regulatory role.

In looking at how medications are approved, there is the issue of the generic version of control-release oxycodone that was approved after OxyContin was removed from the market. Perhaps you've already discussed that within this committee, but there is a need to look at how that happened and what changes may be needed so Health Canada can have more of a role in controlling that type of thing.

Health Canada definitely has a role in the monitoring and surveillance area. There are national surveys that have been evolving over several years. Having a mechanism to have more space for questions about prescription drug abuse would be really helpful, as well as participating in the monitoring and surveillance piece. That could be development and support of prescription monitoring programs across the country, helping operationally to develop a repository of information from different data sources such as coroners' data, treatment data and national survey data. How can we organize and standardize all of these sources? Those are recommendations that are in the strategy as well.

Those are the key areas around monitoring the problem and monitoring the post-marketing of new entities and current drugs, as well as the approval process.

Senator Stewart Olsen: Dr. Sproule, my first question would be directed to you. You mentioned that you are seeing an increasing number of users of prescription drugs having problems and they are coming in for treatment. How do you think they understand that they have the problem?

I go back to the fact that there are a lot of people who take a lot of these prescription drugs without any idea that they are becoming addicted. What is their trigger for when they find they are addicted?

Ms. Sproule: That's an excellent question and there is not an easy answer. I can tell you that one of the studies I have conducted, with the support of Health Canada, is a Pathways to Prescription Opioid Addiction study, where we interviewed over 350 people from Ontario, New Brunswick and Newfoundland and Labrador. We looked at people who had received treatment for prescription opioid addiction and, over the course of their lifetime, looked at how they ended up having a problem and the sequence of events.

Related to your question, one of the key highlights was that we were able to divide the users. This was not a random sample, but among the people who participated in the interviews there was a

Mme Sproule : Oui, je crois que Santé Canada a un rôle à jouer, au sens très large, car ce ministère peut appuyer la stratégie dont M. Bishop et moi avons parlé, c'est-à-dire la série de recommandations qui y figurent. Un certain nombre de recommandations prévoit l'exercice d'un rôle de surveillance et de réglementation, comme l'a dit M. Bishop.

Lors de l'examen du mode d'approbation des médicaments, il faudra se pencher sur la question de l'approbation de la version générique de l'oxycodone à libération contrôlée après que l'OxyContin ait été retiré du marché. Le comité en a peut-être déjà discuté, mais il faut déterminer ce qui s'est produit et quels changements doivent être apportés afin que Santé Canada joue un plus grand rôle à cet égard.

Santé Canada a assurément un rôle à jouer en matière de contrôle et de surveillance. Il y a des sondages nationaux qui ont évolué au fil des ans. Il serait très utile de disposer d'un mécanisme prévoyant plus d'espace pour des questions au sujet de l'abus de médicaments sur ordonnance, ainsi que de participer aux activités de contrôle et de surveillance. Il y aurait aussi l'élaboration et le soutien de programmes de surveillance pharmaceutique partout au pays, avec une aide sur le plan opérationnel pour créer un répertoire d'informations provenant de différentes sources de données, comme les données de coroners, les données de traitement et les données d'enquêtes nationales. Comment s'y prendre pour organiser et uniformiser toutes ces sources? La stratégie fait aussi des recommandations en ce sens.

Voilà les points principaux en ce qui a trait à la surveillance du problème, de la commercialisation des médicaments actuels et des nouveaux produits ainsi que du processus d'approbation.

La sénatrice Stewart Olsen : Madame Sproule, ma première question s'adresse à vous. Vous avez mentionné que vous voyez un nombre croissant d'utilisateurs de médicaments sur ordonnance avoir des problèmes et se présenter pour suivre un traitement. À votre avis, comment réalisent-ils qu'ils ont un problème?

Je pense au fait que bien des gens prennent des médicaments sur ordonnance sans se douter qu'ils sont en train de développer une dépendance. Quel est l'élément déclencheur qui leur fait réaliser qu'ils sont dépendants?

Mme Sproule : C'est une excellente question à laquelle il n'est pas facile de répondre. Je peux dire que dans l'une des études que j'ai menées avec le soutien de Santé Canada — Facteurs qui mènent à la dépendance aux opioïdes d'ordonnance — nous avons interviewé plus de 350 personnes provenant de l'Ontario, du Nouveau-Brunswick et de Terre-Neuve-et-Labrador. Nous avons examiné le cas de gens qui ont suivi un traitement pour une dépendance aux opioïdes sur ordonnance ainsi que la séquence des événements qui, au cours de leur vie, les a amenés à développer un problème.

Pour en venir à votre question, l'un des aspects saillants de l'étude a été la possibilité de répartir les utilisateurs. Il ne s'agissait pas d'un échantillon aléatoire, mais, parmi les gens qui

certain set of people who were younger and were using the prescription opioids recreationally only. They only had periods in their life where they used recreationally. Then there was a larger cohort of people who had had periods using therapeutically or recreationally or both.

What was clear is this: The time frame between initiating regular use of the prescription opioid and coming to their own realization that they were having a problem was prolonged in those with the therapeutic use period of several years, and they were older when they realized they were having a problem.

The triggers were more difficult to get at, but it was generally related to increasing problems in their life, increasing stressors, behavioural indicators of an addiction where you're losing control, you're unable to fulfill your obligations in life, your relationships are breaking down, and these types of things that are associated with an addiction.

It is a challenge and, as I say, there is not sort of a line that people cross. It seems to be a process, and it gets to the point where they think they have a problem. Then there's another delay for them to seek treatment actually.

Senator Stewart Olsen: I put a lot of emphasis on patient responsibility as well, or user responsibility, and I think there might be more information about what the symptoms of an addiction would be. I don't think we go there. We warn of addiction, but I don't think we have done a good enough job telling patients about the warning signs. What are your thoughts on that?

Ms. Sproule: I agree completely. When I'm teaching at the university I tell the pharmacy students and pharmacists elsewhere that when people are getting prescribed opioids and coming into the pharmacy you need to be careful with the message that you send. Pharmacists are also concerned about under-treated pain, and some patients do not take the medication because they're concerned about becoming addicted. I emphasize that they need to have a conversation and explain what addiction is. Every patient needs to be assessed individually for their level of risk for addiction, and then that education and counselling need to ensue.

For example, someone might say they are concerned about being addicted because they don't like to take tablets and they're not going to take them, or they could be concerned because they've had a past problem. You can't just reassure them with, "No, your doctor has prescribed them and you need to take them" kind of attitude.

Assessing their history in terms of smoking, taking other substances in the past, mental health problems; explaining the risks to them; explaining the behaviours that you might see, some

participaient aux entrevues, il y en avait un certain nombre qui était plus jeune et qui utilisait les opioïdes sur ordonnance uniquement pour leurs propriétés euphorisantes. Ils n'en avaient consommé que pour cette raison. Il y avait aussi un autre groupe de personnes beaucoup plus important qui en avait d'abord consommé pour leurs propriétés thérapeutiques, ou euphorisantes, ou les deux.

Chose certaine, c'est que la période de temps écoulée entre le début de la consommation régulière d'opioïdes sur ordonnance et la prise de conscience d'un problème était bien plus longue chez les personnes en faisant un usage thérapeutique pendant plusieurs années, et elles étaient plus âgées lorsqu'elles s'apercevaient qu'elles avaient un problème.

Il a été plus difficile de cerner l'élément déclencheur, mais, règle générale, celui-ci était lié à une multiplication des problèmes dans la vie des gens, des facteurs de stress, des indicateurs de comportements associés à une dépendance, où l'on perd le contrôle, où l'on devient incapable de s'acquitter de ses obligations quotidiennes et que les relations se détériorent. Ce genre de comportements est associé à un problème de dépendance.

Comme je l'ai dit, c'est difficile. Ça n'arrive pas du jour au lendemain. C'est plutôt un processus, jusqu'au jour où les gens se disent qu'ils ont un problème. Puis, il s'écoule encore du temps avant qu'ils cherchent à se faire soigner.

La sénatrice Stewart Olsen : J'accorde aussi beaucoup d'importance à la responsabilisation des patients ou utilisateurs. Je crois qu'on devrait leur donner plus d'informations sur les symptômes associés à une dépendance. À mon avis, nous ne le faisons pas. Nous parlons des risques de dépendance, mais il me semble que nous n'en faisons pas suffisamment pour renseigner les gens sur les symptômes avant-coureurs. Qu'en pensez-vous?

Mme Sproule : Je suis entièrement d'accord. Lorsque j'enseigne à l'université, je dis aux étudiants en pharmacie et aux pharmaciens, ailleurs, que lorsque les gens se présentent à la pharmacie avec une prescription d'opioïdes, il faut faire preuve de prudence quant au message qu'on envoie. Les pharmaciens s'inquiètent du traitement inadéquat de la douleur et du fait que certains patients ne prennent pas les médicaments parce qu'ils craignent de développer une dépendance. Je leur rappelle qu'ils doivent en discuter et expliquer aux patients en quoi consiste une dépendance. Il faut évaluer le risque de développer une dépendance chez chaque patient individuellement et leur offrir des conseils et des informations à cet égard.

Par exemple, une personne pourrait dire qu'elle s'inquiète de développer une dépendance parce qu'elle n'aime pas prendre des comprimés et ne veut pas les prendre, mais ce pourrait être aussi parce qu'elle a déjà eu des problèmes par le passé. On ne peut pas simplement rassurer les gens en leur disant : « Si votre médecin vous les a prescrits, c'est qu'il faut les prendre. »

Il faut vérifier leurs antécédents. Ont-ils déjà fumé ou consommé d'autres substances par le passé? Ont-ils des problèmes de santé mentale? Il faut leur expliquer les risques

of the things that they might be feeling around loss of control over taking their medication, which, again, in a therapeutic setting is challenging. If you ask patients about some of the criteria around addiction, “Do you take more than prescribed or do you ever have trouble cutting down?” the answer is, “Yes, but it is because of my pain.” Diagnostically, it is quite a challenge. I agree completely that patients need to be more informed of both the risk of addiction and the risk of inadvertent overdose.

The Chair: I will go now to Mr. Bishop, because he referred to specific recommendations in this area.

Mr. Bishop: Yes, senator, I think that is absolutely in line with what we have suggested. There are a number of different components. I always look back at my wife; two years ago she had an appendectomy — three little incisions. If you were to see my wife — I’m a lucky man; she is Miss Canada 2005. I’ve done pretty well for myself. I don’t know how, but I did. She comes from a good family, but she does have a hereditary history of addiction on her mother’s side. They prescribed 40 Percocets for a day’s surgery. She wound up taking four. When I went to the pharmacist to pick them up — and this goes back to what Dr. Sproule said earlier about education for the pharmacist but also for the doctors — I said to the pharmacist, because he didn’t know what I do from a career perspective, “This is Percocet. That’s an opioid?” He said, “That’s right.” I said, “This can cause addiction.” He said, “No, no. Addiction is not a concern with this drug.”

There were 40 Percocets in there. By day three of my wife’s taking them, I remember coming into the bedroom, and she said to me, “My gosh, look at how lovely I look.” I said, “After three days in bed, with an appendectomy, you look fantastic.” She said, “But look at my hands and look at my feet.” I said, “I don’t know what I’m looking at.” She said, “Look at the jewels on my hands and my feet. I can’t get them off the bed; they’re so heavy.”

She knew enough to take them back. I’m not saying that she would definitely have wound up addicted if she had finished off the 40, but I would say that she was enjoying it four pills in, and that’s all she took.

What you say in terms of flagging it, this is why we need plain labelling. We need to put it on there so people can understand it, so that people like my wife will look at that and say, “Oh, God. If I’m having hallucinations like this, I should probably put these away and switch to an Advil.”

que cela présente pour eux : les comportements qu’ils pourraient observer, l’impression qu’ils pourraient avoir de perdre le contrôle sur la consommation de leurs médicaments, ce qui dans un contexte thérapeutique peut être, je le répète, difficile. Quand on pose des questions aux patients au sujet de la dépendance, par exemple : « Prenez-vous une dose plus importante que celle qui vous a été prescrite ou trouvez-vous difficile d’en prendre moins? », et qu’on nous répond : « Oui, mais c’est parce que j’ai mal » il devient très difficile de poser un diagnostic. Je suis entièrement d’accord qu’il vaut mieux informer les patients des risques de dépendance ou de surdose accidentelle.

Le président : Je passerai maintenant à M. Bishop, car il a parlé de recommandations précises dans ce domaine.

M. Bishop : Oui, madame la sénatrice, je crois que cela concorde tout à fait avec nos propositions. Il y a divers éléments à considérer. Chaque fois, je n’ai qu’à penser à mon épouse. Il y a deux ans, elle a eu une appendicectomie — trois petites incisions. Si vous la rencontriez — je suis très chanceux, c’est Miss Canada 2005, j’ignore comment j’ai fait, mais je m’en suis plutôt bien tiré. Elle vient d’une bonne famille, mais elle a des prédispositions héréditaires à la dépendance du côté maternel. On lui a prescrit 40 Percocet pour une chirurgie d’un jour. Elle devait en prendre quatre par jour. Lorsque je suis allé à la pharmacie pour les ramasser — et c’est en lien avec ce que disait Mme Sproule tout à l’heure sur la sensibilisation des pharmaciens, mais aussi des médecins —, j’ai dit au pharmacien, qui ne savait pas dans quel domaine je travaillais, « Du Percocet, n’est-ce pas un opioïde? » Il m’a répondu que oui. Je lui ai demandé si cela pouvait causer une dépendance. Il m’a répondu : « Non, non, ce médicament ne crée pas de dépendance. »

Il y avait 40 Percocet dans la bouteille. Mon épouse prenait ces médicaments depuis trois jours lorsque je me rappelle être entré dans notre chambre et l’avoir entendu me dire : « Je n’en reviens pas, regarde comment je suis jolie ». Je lui ai répondu qu’après une appendicectomie et trois jours au lit, elle avait l’air en pleine forme. Elle m’a dit : « Mais regarde mes mains et mes pieds ». Je lui ai dit que je ne voyais pas de quoi elle voulait parler. Elle m’a dit : « Regarde les bijoux sur mes mains et mes pieds. Je n’arrive pas à les enlever, ils sont si lourds. »

Cela lui a suffi pour rapporter les comprimés. Je ne dis pas qu’elle aurait nécessairement développé une dépendance si elle avait pris les 40 comprimés, mais je dirais que les quatre comprimés lui plaisaient, et c’est pourtant tout ce qu’elle a pris.

Vous parlez d’avertissement, et c’est pour cela que nous avons besoin d’un étiquetage clair. Il faut que ce soit indiqué de manière à ce que les gens comprennent ce qui se passe, afin que des personnes comme ma conjointe puisse lire cette information et se dire : « Oh mon Dieu, si j’ai des hallucinations de ce genre, je devrais probablement prendre de l’Advil au lieu de ces comprimés. »

Senator Stewart Olsen: I agree. Just a comment: I really like your recommendations. I think they put an expectation of responsibility right where it needs to be. I also like the fact that you respect the patients or the users enough to have an expectation that if you tell them something, they are smart enough to know what you're getting at. We tend to be paternalistic in medicine. I don't think even young people who are taking drugs recreationally want to become addicted. They need to be educated as well. Thank you very much for your time.

Senator Cordy: Thank you very much to both of you. These have been excellent presentations. I love it when people come in with recommendations specifically related to what the federal government can do, because in Canada we always have this jurisdictional problem. Thank you very much. I know it's a lot of work when you're itemizing things to bring forward to a committee.

About 10 years ago, this committee did a study on mental health and mental illness. People forget that part of that was about addictions. This study is certainly an excellent follow-up to that.

Mr. Bishop, you spoke about the stigma of addiction. In our report we talked about the stigma of mental illness and addiction. In your presentation you spoke about the fact that there is no stereotype of who can be addicted.

How do we deal with the stigma of addiction, first of all? And second, I want to follow up on Senator Stewart Olsen's question about recognizing that there is a problem and that one has a problem with an addiction.

Dr. Sproule, you talked about the access to treatment for people who recognize that they have a problem. First of all, there is the stigma and how we deal with that, and then how, if we have the stigma, we get people to in fact recognize that they have an addiction so that they will access treatment. The second part of that question is how much access to treatment do we have in Canada for those who are addicted to prescription drugs? It is sort of one question with a gazillion parts.

Mr. Bishop: With regard to the stigma, by way of background, I am not a clinician at all. I have no scientific background. But I certainly had my biases when I started this job. We do a preceptorship, where we are lucky enough to sit with an addiction physician and meet their patients for half a day. The first time I went, I was thinking I was going to get shivved, because that's what your perception is. You look at the people on TV who are in the Downtown Eastside who are injecting heroin into their veins, using water from a dirty puddle, sitting in the back alley, turning tricks, whatever.

La sénatrice Stewart Olsen : Je suis d'accord. Je me permettrai une observation : j'aime beaucoup vos recommandations. Je crois qu'elles créent des attentes en matière de responsabilité là où il le faut. J'aime aussi le fait que vous respectez suffisamment les patients ou les utilisateurs pour considérer qu'une fois informés, ils auront le bon sens de comprendre ce qu'on veut dire. Nous adoptons souvent une attitude paternaliste dans le domaine médical. Je crois que même les jeunes qui prennent des médicaments pour leurs propriétés euphorisantes ne veulent pas développer une dépendance. Il faut aussi les sensibiliser. Je vous remercie beaucoup du temps que vous nous avez accordé.

La sénatrice Cordy : Merci beaucoup à vous deux. Il s'agissait d'excellentes présentations. J'aime beaucoup que les gens se présentent avec des recommandations sur ce que le gouvernement fédéral peut faire précisément, car au Canada, nous sommes toujours aux prises avec le problème des compétences. Je vous remercie beaucoup. Je sais que c'est beaucoup de travail lorsqu'on présente des éléments détaillés à un comité.

Il y a environ 10 ans de cela, le présent comité a effectué une étude sur la santé mentale et la maladie mentale. Les gens oublient qu'une partie de celle-ci portait sur la toxicomanie. La présente étude en est la digne héritière.

Monsieur Bishop, vous avez parlé des préjugés associés à la dépendance. Dans notre rapport, nous avons parlé de la stigmatisation associée à la maladie mentale et à la toxicomanie. Dans votre présentation, vous avez parlé du fait que les personnes susceptibles de développer une dépendance ne correspondent pas à un type particulier.

Tout d'abord, comment doit-on aborder les préjugés associés à la dépendance? Puis, j'aimerais faire suite à la question de la sénatrice Stewart Olsen concernant la réalisation qu'on a un problème et que c'est un problème de dépendance.

Madame Sproule, vous avez parlé de l'accès au traitement pour les personnes conscientes qu'elles ont un problème. Tout d'abord, il y a la question des préjugés et la façon de les surmonter. En cas de préjugés, il faut faire reconnaître aux gens qu'ils ont un problème de dépendance afin qu'ils suivent un traitement. Ensuite, il y a la question de l'accessibilité des traitements au Canada pour les personnes qui ont une dépendance aux médicaments sur ordonnance. C'est une question qui comporte une foule d'éléments.

M. Bishop : En ce qui a trait aux préjugés, je ne suis pas clinicien de métier. Je n'ai pas de formation scientifique. Mais j'avais des préconceptions lorsque j'ai commencé à travailler dans ce domaine. Nous suivons un préceptorat, pendant lequel nous avons la chance de rencontrer un médecin spécialisé en dépendance et ses patients pendant une demi-journée. La première fois que j'y suis allé, j'ai cru que j'allais me faire poignarder, car c'est ainsi que nous représentons les choses. À la télévision, on voit des gens du quartier de Downtown Eastside qui s'injectent de l'héroïne avec de l'eau provenant de flaques dans les rues, qui traînent dans les ruelles et qui se livrent à la prostitution et Dieu sait quoi.

The stigma, for me, is that's how people are looked at, at the very base end. If you were to look at addiction, and this slide, and my elbow is where people are, and everybody around this table is up here. Because we have shame in the education and treatment components, we allow people to go all the way down that slide, so that by the time they get here, where my wrist is, they have no hope left.

It does start with education. The example I gave you with regard to the soccer mom, in particular, this is a lovely lady who is also a social worker, as white collar as you can get. She is now on welfare, she lives in her parents' basement, and her kids were taken by social services. As gently as I can say this, her doctor was her official dealer, without being a dealer.

It does come to the education and acceptance from the physician as well. Sometimes, through no fault of your own, perhaps a voluntary action and a voluntary prescription have resulted in an involuntary addiction. That's okay, but I think physicians have to feel not less pressure, but less stigma that, "Oh, my God, I've caused this problem," because then they're not going to turn it over to their patients.

At the same time, we have to start putting addiction in the context of what it is. We've done it for mental illness and even for HIV/AIDS. Everybody around this table is susceptible to addiction. There is no rhyme or reason. Once we change the face from the person in the Downtown Eastside, who is equally worthy of treatment and dignity, once we change that as the primary face and we start talking about it as though it's normal, I think we will go a long way.

In terms of where we are at for treatment in this country broadly, one of the best things I like about our company is that it does not require me to say that our treatment is better than everyone else's. We believe that treatment is treatment is treatment, for patients. There is no one-size-fits-all patient or treatment.

Is it where it should be? No. I believe that anything, whether it's a psychosocial support, withdrawal, or medication-assisted therapy in line with psychosocial support, is valid. But if you look across the country, it is sporadic. If you look at the federal level, where they have direct responsibility for the men and women in our military and for our First Nations, we need to do a better job of saying, "It's okay to come forward. You are still heroes and you are still people of this land. We accept you and we will help you get well."

Pour moi, le préjugé, c'est qu'à la fin, c'est ainsi qu'on perçoit les gens. Imaginons que la dépendance est une pente. Mon coude marque le haut de la pente, c'est là-haut que l'ensemble des gens et tout le monde autour de la table se trouvent. Mais parce qu'il y a une part de honte qui est rattachée à la sensibilisation et au traitement, nous laissons les gens glisser jusqu'en bas de la pente, de sorte que lorsqu'ils arrivent à mon poignet, ils n'ont plus aucun espoir.

C'est d'abord une question de sensibilisation. Prenons l'exemple de la mère que je vous ai donné, c'était une femme charmante qui était travailleuse sociale, un véritable emploi de col blanc. Elle vit maintenant de l'aide sociale, dans le sous-sol de ses parents, et les services sociaux lui ont enlevé ses enfants. J'ai beau vouloir le dire délicatement, son médecin a été son revendeur de drogue officiel, même s'il n'est pas un revendeur de drogue.

C'est aussi une question de sensibilisation et d'acceptation de la part des médecins. Parfois, pour des raisons indépendantes de leur volonté, il arrive que des traitements ou des médicaments prescrits créent une dépendance involontaire. Là n'est pas la question. À mon avis, il ne faut pas atténuer la pression subie par les médecins, mais plutôt la honte de se dire : « Oh mon Dieu, c'est moi qui ai causé ce problème », autrement, ils n'en parleront pas à leurs patients.

Parallèlement, il faut remettre les pendules à l'heure en ce qui a trait à la dépendance. Nous l'avons fait pour la maladie mentale et pour le VIH-sida. Tout le monde autour de la table est susceptible de développer une dépendance. Cela ne répond à aucune logique. Lorsque nous cesserons de considérer comme l'archétype la personne du quartier Downtown Eastside — qui mérite d'être traitée avec la même dignité et d'avoir le même accès au traitement que les autres — et que nous commencerons à parler de ce problème comme étant quelque chose de normal, je crois que nous aurons fait un bon bout de chemin.

Pour ce qui est d'où nous en sommes de manière générale au pays en matière de traitement, je dois dire que j'apprécie beaucoup que mon employeur n'exige pas que j'affirme que son traitement est supérieur à tous les autres. Nous croyons qu'un traitement est un traitement; il doit répondre aux besoins du patient. Il n'y a pas un seul type patient et il n'y a pas de traitement universel.

Sommes-nous là où nous devrions être? Non. Je crois que toutes les approches ont leur utilité, qu'il s'agisse de soutien psychosocial, de sevrage ou de traitement à l'aide de médicaments de concert avec un soutien psychosocial. Mais au Canada, ces traitements sont offerts de manière sporadique. Le fédéral, qui est directement responsable des militaires et des membres des Premières Nations, doit mieux s'y prendre pour leur dire : « C'est correct de le faire savoir, cela ne change rien au fait que vous êtes des héros et des habitants de ce pays. Nous vous acceptons et nous vous aiderons à vous soigner ».

Right now, the way we fund the different treatments, from the formulary perspective, we tend to zero in on an area that is in the news. Right now it's northern Ontario, for example, among the First Nations addiction community. But that story is repeated out and not well published in every province across the country.

I look at treatment and think, "Gosh, it's better than nothing," but it's certainly not at the level that it could be, from a medication standpoint, from a training standpoint, from a stigma standpoint, or any standpoint. We have to do a better job. Hopefully you can help convince people that we should.

The Chair: Thank you.

Senator Cordy: I just wondered, Dr. Sproule, if you would like to comment on the access to treatment aspect, which you mentioned in your presentation as well.

Ms. Sproule: I think the access to treatment is really quite important just because of, from what we gather, the number of people who currently have a problem. Moving forward, we really want to emphasize prevention, and I am hopeful that this will be reduced. However, we do have significant number of people who have problems now. From the access to treatment point of view for addictions, psychosocial interventions are the mainstay, and those are expensive treatments. So I think that access to those types of treatments and folks who can deal with this unique problem are really important. For example, some of the therapists at CAMH have told us that when they're dealing with patients whose problem is prescription opioids, a different set of psychosocial issues comes to the fore. A lot of them are around their relationships with their doctors and even how they view themselves. It is related to stigma — "I'm not really a drug addict; I've only been using what has been prescribed to me." Those types of issues need to be dealt with.

The other thing around access to treatment is pharmacological. This is one of the few areas of addiction where, for opioid dependence in particular, we have very good treatments. One is Suboxone, which Mr. Bishop's company produces, and the other is methadone, which has been around for quite a while in Canada, available in clinics and offices. However, there is still limited access for some patients based on where they live. There may not be a methadone prescriber or a methadone dispensing pharmacy in the area. That's where options like Suboxone can be offered, but, again, there may not be prescribers. It's not just prescribing the drugs. You need to know how to deal with the problem with the person who has an addiction. It is a little bit different from prescribing other opioids. Of course, coverage is sort of a provincial formulary issue for the most part, with third-party payers. Obviously, methadone is less expensive, but, for a lot of reasons, if people have access to Suboxone, it would be good for that to be treated not just as second line but to be more available

À l'heure actuelle, le financement des traitements, à partir de la liste des médicaments assurés, tend à cibler les régions dont on parle dans les nouvelles. En ce moment, par exemple, c'est le Nord de l'Ontario, où des membres des Premières Nations ont développé une dépendance. Mais la même histoire se répète dans toutes les provinces canadiennes, bien qu'on en parle moins.

Je vois un traitement et je me dis : « Ma foi, c'est mieux que rien », mais ce n'est certainement pas au niveau où ce pourrait l'être, sur le plan de la médication, de la formation, des préjugés ou sur tout autre plan. Nous devons faire du meilleur boulot. Avec un peu de chance, vous réussirez à convaincre les gens que nous le devrions.

Le président : Je vous remercie.

La sénatrice Cordy : Je me demandais, madame Sproule, si vous aimeriez parler de l'accessibilité des traitements, dont vous avez également parlé dans votre présentation.

Mme Sproule : Je crois que l'accessibilité des traitements est fort importante simplement en raison du nombre de personnes qui, à notre connaissance, ont actuellement un problème. À l'avenir, nous voulons réellement mettre l'accent sur la prévention, et je suis sûre que l'incidence diminuera. Toutefois, il y a dans le moment un grand nombre de personnes aux prises avec ce problème. Pour ce qui est de l'accessibilité des traitements de la dépendance, les interventions psychosociales sont la pierre angulaire, mais il s'agit de traitements coûteux. À mon avis, l'accès à ce genre de traitements et aux personnes capables de soigner ce problème particulier est extrêmement important. Par exemple, certains thérapeutes au Centre de toxicomanie et de santé mentale nous ont dit que lorsqu'ils soignent des patients qui ont un problème lié aux opioïdes d'ordonnance, ils se heurtent à des problèmes psychosociaux entièrement différents. Un grand nombre sont liés à la relation du patient avec son médecin et même à leur perception d'eux-mêmes. C'est lié aux préjugés : « Je ne suis pas vraiment un toxicomane; je n'utilise que ce qu'on m'a prescrit. » Il faut se pencher sur ce genre de problèmes.

L'autre volet du traitement est pharmacologique. C'est l'un des rares types de toxicomanie où il existe de très bons traitements, dans les cas de la dépendance aux opioïdes en particulier. Il y a la Suboxone, que produit l'entreprise de M. Bishop, et la méthadone, qui est utilisée au Canada depuis un bon nombre d'années dans les cliniques et les bureaux médicaux. Toutefois, l'accès demeure limité pour certains patients, selon la région où ils habitent. Il n'y a pas nécessairement de prescripteur de méthadone ou de pharmacie qui en tient dans la région. C'est là que des options comme la Suboxone peuvent être offertes, mais il se peut que là encore, il n'y ait aucun prescripteur. Il ne s'agit pas simplement de prescrire le médicament. Il faut aussi savoir comment soigner le problème de la personne qui a une dépendance. Cela diffère de la prescription des autres opioïdes. Bien entendu, la couverture est généralement prévue dans la liste des médicaments assurés par la province, avec des tiers payeurs. Il est vrai que la méthadone est moins coûteuse, mais pour de

for people as well. So the issue is the access, the actual number of bodies around that are willing and able to provide the treatment, and then the access from a financial point of view.

Senator Enverga: Thank you for all the presentations.

Mr. Bishop, you mentioned in one of your recommendations that Health Canada should deny drug approval to any company that does not have safety provisions. Can you explain about the safety provisions?

Mr. Bishop: I go back to the naloxone component that is part of buprenorphine. In the interests of full disclosure, it is no secret that if you take buprenorphine alone, it is an opioid. It is a partial opioid, but it is an addictive property. You can become addicted to everything from food to sex to whatever, but if there's a way to prevent it, that should be explored. When we created Suboxone, we added the naloxone component so that if people wanted to snort it because they wanted to see if they could get a high from the buprenorphine side, then it would induce withdrawal if they're dependent on the opioids.

That technology exists. It could be put into fentanyl patches. It could be put into oxycodone, as we've seen. There are a variety of different ways to do it, but adding a naloxone component would be an absolute must. It exists. That's the thing I find so funny, senator. We have these drugs that are being approved. I'm not going to fault the minister because she has approved this, that or the other thing because she needs to be empowered to have the tools to say, "No, it is not enough," but I struggle with the fact that Health Canada doesn't look at it and say, "We have this generic version of oxycodone. We know that there are other products on the market that are abuse deterrent. Why are we approving these things without those tools in there?" I struggle with that, so I think we need to empower them to put those tools in in the first place.

Senator Enverga: How many of the drug manufacturers do not have the tools or the safety provisions?

Mr. Bishop: I will have to beg ignorance on that one; I don't know the answer to that. Dr. Sproule, do you know?

Ms. Sproule: Could you repeat the question?

Senator Enverga: Knowing that there are safety provisions that we can put in medications, how many of the drugs that we have right now have safety provisions?

Ms. Sproule: Most don't. There are specific examples, Suboxone being one of them. The other big example is the tamper-resistant products. There are different product formulation strategies. Adding an antagonist is one strategy, which is the naloxone strategy, but OxyNEO and Concerta are

multiplés raisons, il serait bon que la Suboxone ne serve pas seulement de traitement de rechange, et que les gens y aient plus facilement accès. Il y a donc la question de l'accessibilité du point de vue du nombre de personnes prêtes à donner le traitement et capables de le faire et l'accessibilité du point de vue financier.

Le sénateur Enverga : Je vous remercie de vos présentations.

Monsieur Bishop, vous avez dit, dans l'une de vos recommandations, que Santé Canada devrait refuser l'homologation d'un médicament aux entreprises qui ne prennent pas de précautions. Pouvez-vous nous expliquer en quoi consistent les précautions?

M. Bishop : Je reviens au naloxone, qui est associé à la buprénorphine. Par m'assurer que l'information soit complète, tout le monde sait que prise seule, la buprénorphine est un opioïde, un opioïde partiel, mais qui comporte des risques de dépendance. On peut développer une dépendance pour n'importe quoi, de la nourriture au sexe, en passant par tout le reste. Mais s'il y a un moyen de la prévenir, on devrait l'explorer. Lorsque nous avons créé la Suboxone, nous avons ajouté la naloxone, de sorte que si des gens voulaient l'inhaler, pour voir s'ils pouvaient se défoncer en raison de la présence de buprénorphine, la naloxone provoquerait des symptômes de sevrage s'ils sont dépendants aux opioïdes.

Le procédé existe. On pourrait le faire pour les timbres de fentanyl et l'oxycodone, comme nous l'avons vu. Il y a différentes façons de le faire, mais il serait absolument essentiel d'ajouter de la naloxone. Cela existe. Voilà ce que je trouve fort étrange, sénateur. Des médicaments sont homologués — je n'accuse pas la ministre parce qu'elle a approuvé ce médicament ou d'autres; il lui faut des outils pour pouvoir dire : « Non, c'est insuffisant », mais ce qui me dépasse, c'est que Santé Canada ne se penche pas sur la question pour dire : « Nous avons une version générique d'oxycodone. Nous savons qu'il existe d'autres produits sur le marché qui découragent l'abus. Pourquoi approuvons-nous ces médicaments sans profiter d'y associer ces éléments? » J'ai du mal à comprendre. À mon avis, il faut leur donner le pouvoir d'utiliser dès le départ les outils existants.

Le sénateur Enverga : Combien de fabricants de médicaments disposent de ces outils ou de ces mesures de sécurité?

M. Bishop : Je dois confesser mon ignorance à cet égard; je l'ignore. Madame Sproule, le savez-vous?

Mme Sproule : Pourriez-vous répéter la question?

Le sénateur Enverga : Étant donné qu'il existe des mesures de sécurité qui peuvent être intégrées aux médicaments, combien de médicaments disposent de mesures de sécurité à l'heure actuelle?

Mme Sproule : La plupart n'en ont pas. Il y a des exemples précis, comme la Suboxone. Un autre bon exemple, ce sont les produits résistants à l'adultération. Il existe différentes stratégies pour la formulation de produits. L'ajout d'un antagoniste, la naloxone, en est une, mais l'OxyNEO et le Concerta sont d'autres

other products that are abuse-deterrent because they prevent the crushing and potentially injecting that way. It is definitely only very few that you could target.

Senator Enverga: Can you possibly let us know the reason that they are not being put in?

The Chair: We don't want to speculate too far here. We want to go on the positive side and look at recommendations. We are not speculating with regard to motive.

Mr. Bishop: I'll just say that I'm sure that everybody wants to make sure that patients are being treated.

The Chair: We will have officials here as witnesses later, and questions can be put to them directly. I want to come back and clarify. Your recommendation was very clear. You felt that where there is an opportunity for safety to be built in, it should be required. So that's the generic issue, senator, and he has made a broad recommendation there.

Senator Seth: Thank you for this. It is a complicated, unsolved topic that we will probably keep on discussing. There will be no final result, but we will keep on trying. CAMH calls itself a teaching hospital with regard to prescription drug abuse and misuse, and, recently, a program was launched called VISION 2020: tomorrow.today. Of course this campaign is meant to unlock CAMH's full potential as a 21st century academic health science centre. How is this vision applied in the treatment of prescription abuse and misuse?

Ms. Sproule: Yes, CAMH does have a number of initiatives that are directed toward the prescription drug abuse area. We have ongoing programs that have specifically targeted the problem of opioid dependence in particular for several years. Part of it is focused on things like reducing stigma, particularly around treatment, methadone treatment, for example. There is a website that was developed called methadonesaveslives.ca. That provides good information on how well methadone works for opioid dependence and on the role of prescription drugs that are currently a major part of the picture of opioid dependence. Helping to reduce stigma and people being accepting of treatment is one area. We have a number of educational initiatives through our program as well. That includes several series of webinars every year that health professionals and the public are invited to participate in. There are a number of courses, both in-house and online, offered through CAMH, including safe prescribing for opioids, that reflect the Canadian opioid guideline for safe prescribing. It includes, in Ontario, a mandatory opioids treatment course that all methadone prescribers and all pharmacists dispensing methadone are mandated to take. In that opioid dependence treatment course, there is a core course online, plus an in-person workshop that includes both methadone and buprenorphine training, along with a number of allied courses that come together to create a certificate program that's

produits qui découragent l'abus, car on ne peut écraser les comprimés pour se les injecter. Il y en a vraiment très peu que vous pourriez cibler.

Le sénateur Enverga : Pouvez-vous nous indiquer pour quelles raisons on ne les utilise pas?

Le président : Nous ne voulons pas nous aventurer trop loin sur cette voie. Nous voulons examiner les recommandations et regarder le côté positif. Nous ne voulons pas spéculer sur les motifs.

M. Bishop : Je dirai simplement que je suis convaincu que tout le monde veut s'assurer que les patients sont soignés.

Le président : Des responsables viendront témoigner plus tard; nous pourrons leur poser directement la question. Je tiens à revenir sur un point pour le préciser. Votre recommandation était fort claire. Vous considérez qu'il serait possible d'intégrer des précautions, si nécessaire. Voilà la question générale, sénateur, et il a fait une recommandation générale à cet égard.

Le sénateur Seth : Je vous remercie. Il s'agit d'une question difficile et insoluble, dont nous continuerons sans doute de discuter. Il n'y aura pas de solution définitive, mais nous continuerons d'essayer. Le Centre de toxicomanie et de santé mentale se présente comme un hôpital d'enseignement en ce qui concerne l'abus et la mauvaise utilisation de médicaments. Il a récemment lancé un plan appelé VISION 2020 : aujourd'hui.demain. Cette campagne vise à développer le plein potentiel du centre en tant que centre de recherche en sciences de la santé du XXI^e siècle. Comment applique-t-on cette vision dans le traitement des cas d'abus et de mauvaise utilisation de médicaments sur ordonnance?

Mme Sproule : Oui, le Centre de toxicomanie et de santé mentale compte un certain nombre d'initiatives axées sur l'abus de médicaments sur ordonnance. Nous disposons de programmes qui visent spécifiquement le problème de la dépendance aux opioïdes depuis plusieurs années. Ils visent notamment à réduire les préjugés entourant les traitements, celui à la méthadone, par exemple. On a créé un site web appelé methadonesaveslives.ca. Ce site montre que la méthadone sauve des vies et fournit de l'information utile sur le degré d'efficacité de la méthadone pour contrer la dépendance aux opioïdes et sur le rôle des médicaments sur ordonnance qui actuellement sont en grande partie responsables de la dépendance aux opioïdes. L'un des aspects est de contribuer à défaire les préjugés et à faire accepter le traitement aux gens. Nous offrons également diverses initiatives de sensibilisation par l'entremise du programme, nous offrons notamment plusieurs séries de webinaires chaque année auxquels des professionnels de la santé et la population sont invités à participer. Le Centre de toxicomanie et de santé mentale offre une variété de cours, à l'interne et en ligne, dont un sur les pratiques de prescription sécuritaire d'opioïdes qui tient compte des Lignes directrices canadiennes sur l'utilisation sécuritaire et efficace des opioïdes. En Ontario, tous les prescripteurs de méthadone et tous les pharmaciens qui en fournissent doivent suivre un cours obligatoire sur les traitements au moyen d'opioïdes. Le cours sur

affiliated with the University of Toronto. That is in addition to a number of training opportunities, people coming for clinical placements and that type of thing at CAMH.

Certainly on the education front, that's where there's been a large initiative from CAMH. In addition, on the treatment side and on the research side there is support, for example, for my research program, and there are a few other researchers at CAMH as well focusing on different aspects of this issue, in addition to also putting out some policy statements, both provincially and federally, around the issue.

Senator Seth: Ms. Sproule, I think you were talking about a prescription monitoring program. How do you monitor? I'm talking with regard also to health professionals. Do we have any tools where we can monitor? Can you explain that?

Ms. Sproule: Yes. I was mentioning prescription monitoring programs; sorry if I didn't explain it well enough. I was referring to the formal programs implemented around collecting data on all monitored drugs that are dispensed in a province or territory, for example. Some provinces have this and some don't. Everything that's dispensed, an administrative database goes to a central place where retrospectively or at the point of care you can see what else the patient has had prescribed or dispensed, not just in that pharmacy. Normally, pharmacy records are just in-house. They are only located in that particular pharmacy. So this creates a way of sharing information, no matter where they have it prescribed and where they have it dispensed.

Different programs can be set up around that to use that information. Some provinces, for example, do monitor that, look at physician prescribing and, for example, an intervention, if they send out letters to prescribers that are outside the norm for the prescribers in their province or their area. If they get a letter like that from their regulatory college, it has quite a big impact. The idea is that it could be quite helpful.

The information at point of care is thought to be quite helpful because you can question things on the spot and help clarify with the patient and the prescriber what the situation might be if something has been flagged.

The challenge with monitoring programs is what the threshold is for when something should be flagged, because you can't have too many flags; you don't want to miss people. There are still a lot of questions around them, but the general feeling is at least having a handle on who's prescribing what and which patients are getting

le traitement de la dépendance aux opioïdes prévoit un programme de base en ligne ainsi que des ateliers en classe comprenant une formation sur la méthadone et la buprénorphine, de même que des cours connexes qui, ensemble, forment un programme de certificat en partenariat avec l'Université de Toronto. Ce certificat s'ajoute à une série de possibilités de formation, de gens qui suivent des stages cliniques et autres choses de ce genre.

Alors oui, on peut dire que le CTSM n'a pas chômé du point de vue de l'éducation, et c'est là qu'on trouve l'initiative la plus importante. Pour ce qui est du traitement et de la recherche, je sais que mon programme de recherche a reçu du soutien. Il y a aussi quelques chercheurs du centre qui s'intéressent aux différents aspects de la question et qui produisent des énoncés de politiques, autant pour le fédéral que les provinces.

La sénatrice Seth : Madame Sproule, je crois que vous avez parlé d'un programme de suivi des ordonnances. Comment vous y prenez-vous? Je parle du point de vue des spécialistes de la santé. Existe-t-il des outils qui nous permettent d'assurer un suivi? Pourriez-vous nous en dire plus?

Mme Sproule : Oui, j'ai effectivement parlé de programme de suivi des ordonnances, et je vous prie de m'excuser si je n'ai pas suffisamment expliqué de quoi il s'agit. Je parlais des programmes officiels visant à recueillir des données sur l'ensemble des médicaments sous surveillance d'une province ou d'un territoire donné. Certaines provinces se sont dotées d'un tel programme, mais pas toutes. Tout ce qui est délivré est consigné dans une base de données administratives centrale, laquelle permet ensuite, que ce soit sur place ou au laboratoire d'origine, de savoir ce que les patients se sont fait prescrire ou délivrer, et pas seulement dans telle ou telle pharmacie, mais partout. Normalement, les dossiers d'une pharmacie ne sortent pas de la pharmacie en question. Ce programme permet donc de partager l'information, peu importe l'endroit où les médicaments ont été prescrits et délivrés.

Différents programmes peuvent alors être créés afin d'utiliser l'information ainsi disponible. Certaines provinces, par exemple, font un suivi et interviennent au besoin. Elles vont, par exemple, envoyer une lettre aux médecins prescripteurs qui s'écartent des normes provinciales ou régionales. Croyez-moi, les médecins qui reçoivent pareille lettre de leur ordre professionnel ne prennent pas la chose à la légère. L'objectif, évidemment, est de faire œuvre utile.

L'information qui se trouve dans les laboratoires peut s'avérer très utile, car elle permet d'avoir instantanément un portrait de la situation et de faire immédiatement le point avec le patient ou le médecin prescripteur, le cas échéant.

Le principal défi consiste à déterminer à partir de quel moment il faut intervenir; parce qu'il ne faut pas passer notre temps à intervenir. Mais on ne veut pas non plus qu'un cas passe entre les mailles du filet. Il reste encore beaucoup de questions, mais la plupart des gens s'entendent pour dire qu'il faut à tout le moins

what is the base of what's needed. We are still working on the best way to use that information. That's a formal prescription monitoring program.

Clinical monitoring as a clinician of an individual patient involves assessing how well the medication is working for the particular pain problem, for example, and also its use. From a pharmacist's point of view, we keep track of early refills or signs of intoxication or problems. It's monitoring on an individual basis versus a program.

Senator Seth: Thank you.

Senator Moore: Ms. Sproule, in your remarks, you mentioned increasing inadvertent overdoses and deaths and you said something about a coroner's report. You also commented about the increase in use of opioids by youth and some numbers there.

Do you have any reports or studies that you could give to our clerk that would help us in trying to analyze or get a handle on the situation?

Ms. Sproule: Yes, I absolutely can do that. There are several published reports. There are two key ones in the coroner's data area. One was published in 2009 by Irfan Dhalla that showed the increase, using coroner's data and Ontario drug benefit data, which showed a correlation between increase in prescribing and an increase in overdose deaths.

Last year, a researcher called Madadi published a report that also looked at the characteristics of people who had overdosed with opioids as part of the picture. One of the most interesting things from that paper was showing for each individual type of opioid the proportion of overdose deaths that were inadvertent, and the medication with the highest inadvertent overdose death was methadone.

On the youth front, CAMH has a long-running student survey that has been monitoring student drug use for over 30 years. There's definitely data we can provide you that shows that prescription drug use is right up there with alcohol and cannabis in youth.

Senator Moore: Mr. Bishop, you mentioned that one of your recommendations requires that all federal drug formularies cover naloxone. Just for my benefit and the public who may be watching this hearing, what do you mean by a formulary?

Mr. Bishop: You mean define "formulary"? I apologize. It is where the drugs are listed, what drugs are covered by, whether it's the provincial government or what have you. That is what the formulary is.

savoir qui prescrit quoi et quels patients se font délivrer quoi. Nous plançons encore sur le meilleur usage à faire de toute cette information. Voilà un exemple de programme officiel de suivi des ordonnances.

Le suivi clinique des patients suppose qu'on va déterminer l'efficacité des médicaments qui leur sont prescrits, par exemple pour soulager la douleur, ainsi que l'usage qu'ils en font. De leur côté, les pharmaciens prennent note des renouvellements hâtifs et des signes d'intoxication ou de problèmes. C'est la différence entre le suivi personnalisé et celui qui est fait dans le cadre d'un programme.

La sénatrice Seth : Je vous remercie.

Le sénateur Moore : Madame Sproule, vous disiez tout à l'heure que le nombre de surdoses accidentelles et de décès était en hausse et vous parliez aussi du rapport d'un coroner. Vous nous avez donné quelques chiffres sur la consommation d'opioïdes chez les jeunes, qui semble en hausse selon ce que vous dites.

Y a-t-il des rapports que vous pourriez remettre à notre greffière afin de nous aider à analyser la situation et à bien en saisir les tenants et les aboutissants?

Mme Sproule : Absolument, oui. Il y en a plusieurs. Deux, plus particulièrement, ont été publiés par des coroners. Le premier, publié en 2009 par Irfan Dhalla, montrait, à partir des données des coroners et celles du gouvernement de l'Ontario sur les médicaments gratuits, que lorsqu'un médicament est davantage prescrit, le nombre de décès par surdose augmente lui aussi.

L'an dernier, une chercheuse appelée Madadi publiait un rapport s'intéressant aussi aux caractéristiques des gens qui font des surdoses d'opioïdes. Son rapport montrait notamment la proportion de décès par surdose accidentelle pour chaque type d'opioïdes. Or, c'est avec la méthadone qu'il y en a le plus.

En ce qui concerne les jeunes, depuis plus de 30 ans, le CTSM organise un sondage auprès des étudiants afin de suivre leur consommation de médicaments. Là aussi, nous pourrions vous fournir des données montrant que la consommation de médicaments sur ordonnance est très populaire chez les jeunes, autant que l'alcool ou le cannabis.

Le sénateur Moore : Monsieur Bishop, vous recommandiez entre autres que la naloxone figure dans tous les guides pharmaceutiques fédéraux. Pour ma gouverne — et celle des Canadiens qui nous regardent — que voulez-vous dire par « guide pharmaceutique »?

M. Bishop : Vous voulez une définition? Pardonnez-moi. Il s'agit en fait d'une liste de médicaments, sur laquelle on indique notamment quels médicaments sont couverts, et par qui — les gouvernements provinciaux, par exemple. C'est ça, un guide pharmaceutique.

Senator Moore: So it's a registry of drugs and the respective conditions they are prescribed for?

Mr. Bishop: Some of them. It depends. Some formularies will have written that it will be under a certain heading. It might say "cardiovascular," but it depends on the class of drug or if there are criteria attached to it and where on the formulary it sits. If it has criteria, then it would be in a different area of the formulary and it could only be prescribed using the criteria.

Senator Moore: These formularies are distributed to all qualified pharmacists in the provinces?

Mr. Bishop: Yes. Where the pharmacies operate, they would have access to the various formularies, and when they treat patients covered under federal ones, they would use the federal formularies, and the provincial ones accordingly.

Senator Moore: Your second recommendation is to mandate that federal public drug plans require physicians to apply for exceptional-status approval should they wish to prescribe opioids in dosages over 200 milligrams per day. To whom would they apply, and what would be the qualifications of the people who would hear those applications? Have you worked that through?

Mr. Bishop: We have not. It has been a discussion point that we have had a lot of debate around on our committee.

What I would suggest is if we could get to a point where we look at section 56 and any barriers that exist there, that is the methadone exemption. What we envision is taking similar language that exists for the methadone exemption and applying it to the physicians who may want to go over and above the 200 milligram. What happens now is that if you want your methadone exemption, it is Health Canada that gives it, but it's done through the provincial colleges.

What would be required in this case would be that, if you could add something to section 56 pertaining to this, Health Canada would still issue the exemption but it would go through the colleges as is done right now for the methadone exemption, but it would have to require certain levels of training and application before you are actually able to get it.

[Translation]

Senator Bellemare: We are fortunate to have Ms. Sproule as a witness. She is known for saying that Canada is one of the largest consumers of opioids per capita and that consumption has increased significantly between 2000 and 2009. I do not have any medical training, but I am an economist and statistics interest me. When I see statistics like that, I have to wonder where the data for these statistics came from.

Le sénateur Moore : Comme un registre des médicaments et des conditions dans lesquelles ils peuvent être prescrits?

M. Bishop : Pour certains d'entre eux, oui. Ça dépend. Certains guides vont être divisés en rubriques. « Problèmes cardiovasculaires », par exemple, mais ça varie en fonction de la catégorie du médicament, selon que des critères s'y rattachent ou non et d'après l'endroit du formulaire où il est inscrit. Si des critères s'y rattachent, alors il sera inscrit dans une section bien précise du guide, ce qui voudra dire qu'il ne pourra être prescrit que si les critères en question sont remplis.

Le sénateur Moore : Et ces guides sont distribués à tous les pharmaciens professionnels des provinces?

M. Bishop : Voilà. Les pharmacies reçoivent les différents guides, et les pharmaciens consultent les guides fédéraux ou provinciaux selon la couverture dont bénéficient les patients.

Le sénateur Moore : Vous recommandiez aussi que les régimes de soins de santé publics fédéraux obligent les médecins qui souhaitent prescrire plus de 200 milligrammes d'opioïdes par jour à obtenir une autorisation exceptionnelle. À qui s'adresseraient-ils, précisément, et à quel titre les gens à qui ces demandes seraient adressées pourraient-ils en évaluer le bien-fondé? Avez-vous songé à ces éléments?

M. Bishop : Pas encore. Disons que ce point a fait l'objet de nombreux débats au sein de notre comité.

À mon avis, nous pourrions nous inspirer de l'article 56 et de l'exemption relative à la méthadone. Nous pourrions utiliser le même libellé et l'appliquer aux médecins qui souhaitent prescrire au-delà de 200 milligrammes par jour. Or, pour le moment, c'est Santé Canada qui délivre les autorisations pour la méthadone, par l'entremise des ordres professionnels provinciaux.

Si nous pouvions modifier l'article 56 pour y inclure ce que je propose, la décision reviendrait toujours à Santé Canada, par l'entremise des ordres professionnels, comme c'est le cas présentement, sauf que les personnes concernées devraient alors suivre une formation bien précise et faire l'objet d'un suivi.

[Français]

La sénatrice Bellemare : Nous avons de la chance de recevoir Mme Sproule au comité comme témoin, elle qui est reconnue pour avoir dit que le Canada est un des grands consommateurs d'opioïdes par habitant et que cette consommation a beaucoup augmenté entre 2000 et 2009. Moi, je n'ai pas de formation médicale, mais je suis économiste et les statistiques m'intéressent; et quand je vois de telles statistiques, je ne peux faire autrement que de me demander sur quelles bases ont été trouvées les données composant ces statistiques.

Are you able to explain to us why per capita consumption is so high in Canada? Are we seeing similar trends with stimulants? Since this phenomenon seems to also be significant in Canada, are we consuming more than in other countries, and if so, why?

[English]

Ms. Sproule: Thank you for the question. I wish I had good answers for all of them, but I can tell you that where the statistics come from is the International Narcotics Control Board, and they get information from several countries around the world; there are over 200 listed in there. They have converted usage statistics into a per capita statistic.

From 2000 into 2011, actually, the per capita consumption in Canada steadily increased. In the middle of that point, we started out in 2000 as ranked fifth, and now we rank second only to the U.S. The U.S. is quite a bit higher. Even though we're second, there are several countries that are similar, but out of 200, we do rank second and have consistently.

The question about why is harder to answer, though. It could be that we're better at treating pain than other countries. Usage statistics alone don't provide enough information about why we're having an increased problem, but it's suggestive that, as we know for other substances, increasing availability correlates with an increasing number of people who have problems. Certainly we're concerned about increased prescribing and the relationship to that.

We do have evidence that an increase in prescribing of higher doses is linked to an increasing number of overdose deaths, for example. That's where this watchful dose we've been talking about, the 200 milligrams of morphine equivalence, comes from. The risk benefit crosses a line, particularly around that dose, from the evidence we have now.

Unfortunately, there are a lot of questions around statistics and what is actually happening in Canada where we don't have that information. That's why I've been talking about the monitoring and surveillance piece. Similarly to Mr. Bishop for the First Do No Harm strategy, I'm leading the monitoring and implementation team to help try and rectify that and to move the strategy along to help implement that.

Mostly we have information about use and less about the number of problems and what the impact of our interventions might be.

Senator Bellemare: For other kinds of substances, like Ritalin and other stimulants, has there also been an increase in Canada? Do you have data on the situation in Canada for those substances?

Dans la foulée de ma question, êtes-vous en mesure de nous expliquer comment il se fait que cette consommation par habitant soit si élevée au Canada? Est-ce qu'on observe également des tendances similaires concernant les stimulants? Parce que ce phénomène semble aussi être important au Canada; sommes-nous consommateurs plus qu'ailleurs et, si oui, pourquoi cette réalité?

[Traduction]

Mme Sproule : Je vous remercie de votre question. J'aimerais bien avoir la réponse à tout ça, mais je peux déjà vous dire que je tiens mes statistiques de l'Organe international de contrôle des stupéfiants, qui les recueille directement auprès d'environ 200 pays. C'est l'OICS qui a calculé les statistiques par habitant à partir des données sur la consommation.

De 2000 à 2011, en fait, la consommation per capita au Canada n'a pas cessé d'augmenter. En 2000, nous arrivions au cinquième rang, alors qu'aujourd'hui, nous arrivons au deuxième rang, derrière les États-Unis. Je précise cependant que les chiffres aux États-Unis sont pas mal plus élevés. Et même si le Canada arrive deuxième, la situation ici est comparable à celle dans plusieurs autres pays. N'empêche, sur 200 pays, nous arrivons au deuxième rang année après année.

Quant à savoir pourquoi, j'avoue que c'est difficile à dire. Peut-être que nous traitons mieux la douleur que les autres pays. Les seules statistiques sur la consommation ne nous permettent pas de comprendre pourquoi le problème s'aggrave, même si, comme pour les autres substances, nous savons qu'il y a un lien de cause à effet entre disponibilité accrue et consommation problématique accrue. Chose certaine, nous étudions de près le lien entre la prescription accrue et la situation telle qu'on la connaît aujourd'hui.

Nous avons la preuve que, plus un médicament est prescrit en doses élevées, plus il y a de décès par surdoses. C'est pour cette raison que nous parlions d'une équivalence-morphine de 200 milligrammes. D'après les données dont nous disposons, le ratio risques-bienfaits bascule au-delà de cette dose.

Malheureusement, il y a beaucoup de questions relativement aux statistiques qui demeurent sans réponse, et nous n'avons pas toute l'information nécessaire pour brosser un tableau complet de la situation au Canada. Voilà pourquoi je parlais de suivi et de surveillance. Comme M. Bishop et la stratégie S'abstenir de faire du mal, je dirige l'équipe responsable du suivi et de la mise en œuvre; ensemble, nous tentons de rectifier le tir et d'amener la stratégie dans ce sens-là.

En gros, l'information que nous avons porte davantage sur la consommation que sur le nombre de problèmes survenus ou l'effet de nos interventions.

La sénatrice Bellemare : Pour les autres substances, comme le Ritalin et les stimulants en général, y a-t-il aussi eu une hausse au Canada? Avez-vous des données sur la consommation de ces substances au Canada?

Ms. Sproule: No, it's less clear for the stimulants and the benzodiazepines. It's definitely smaller than for opioids. Opioids are definitely the leader in the amount of problems.

With respect to stimulants, most of the research from the U.S., for example, has been in college students, that type of thing, who end up having a problem with stimulants. The numbers are quite a bit lower.

For example, in a small study that Health Canada funded that I did before we had our monitoring system in Ontario, we looked at regular users of opioids, stimulants and benzodiazepines using community pharmacy data. We invited people to call us so we could get an idea of what their regular use entailed and if there were any problems. We only had one person who called in about stimulants. The magnitude is quite a bit lower, but it's still a problem for those who are using and wind up having an issue. I don't have the exact numbers, but it's definitely magnitudes lower than for opioids.

The Chair: Mr. Bishop wanted to come in on this.

Mr. Bishop: Dr. Sproule made a good point that we might be really good at treating pain, and that might be the underlying cause.

I take two examples, first the one that Senator Stewart Olsen was talking about in helping patients recognize when they're becoming addicted. Then again I use the example of my wife, who went in for day surgery and got 40 Percocets, used four or five of them and then returned them.

We are really good at treating pain with medication. We're less good, however, in ensuring there are physiotherapy and other sorts of non-pharmacological ways to treat that pain. We start to see these climbing, and unfortunately, we sometimes have it in our head that we have this sickness care system; we'll just give you the pills, you'll be fine, don't worry, you'll feel better. But we have less of a preventive piece and a wellness model that would promote less pharmacological and more on the get well part.

Senator Bellemare: If I could add a comment and a question, I thought with the demography, because we're getting older, maybe that's why we have more opioid use issues. Is that a hypothesis that can explain these facts? Other countries are getting older, too, but so is Canada.

Mme Sproule : Non, l'augmentation est moins aisément observable pour les stimulants et les benzodiazépines. Chose certaine, elle est moins marquée que pour les opioïdes. Ce sont eux, le véritable problème.

En ce qui concerne les stimulants, la plupart des recherches qui ont été réalisées aux États-Unis, par exemple, portaient sur des étudiants de niveau collégial pour qui la consommation de stimulants a fini par devenir problématique. Les chiffres sont pas mal moins élevés.

Par exemple, dans le cadre d'une petite étude financée par Santé Canada que j'ai moi-même menée avant la mise en œuvre du système de suivi ontarien, nous nous étions servis des données recueillies par les pharmaciens pour en savoir plus sur les consommateurs réguliers d'opioïdes, de stimulants et de benzodiazépines. Nous avons invité les gens à nous appeler afin que nous puissions avoir une idée plus exacte de leurs habitudes de consommation et déterminer s'il y avait vraiment un problème. Une seule personne consommait des stimulants. Même si le problème est moins répandu, il s'agit malgré tout d'un problème pour ceux qui en consomment de manière abusive. Je ne connais pas les chiffres exacts, mais c'est nettement moins répandu que pour les opioïdes.

Le président : M. Bishop souhaite ajouter quelque chose.

M. Bishop : La Dre Sproule a soulevé un point intéressant lorsqu'elle a dit que nous étions excellents pour traiter la douleur et qu'il s'agissait sans doute d'une cause sous-jacente au problème.

Voici deux exemples : il y a d'abord celui que nous donnait la sénatrice Stewart Olsen lorsqu'elle disait qu'il faut aider les patients à reconnaître les signes de la dépendance. Je reviens aussi à l'exemple de ma femme, à qui on a prescrit 40 Percocet pour une chirurgie d'un jour. Après en avoir utilisé quatre ou cinq, elle a rapporté le reste.

Nous sommes très bons pour traiter la douleur à coups de médicaments. Nous sommes moins bons, par contre, pour prescrire d'autres moyens non pharmacologiques de traiter la douleur, comme la physiothérapie. Nous commençons à voir les statistiques grimper, et malheureusement, il est parfois difficile de ne pas voir le système comme une machine à pilules : « Voilà, prenez ceci et vous vous sentirez mieux; tout va bien aller ». Or, nous aurions intérêt à miser davantage sur le bien-être et la prévention que sur les remèdes pharmacologiques.

La sénatrice Bellemare : Si vous permettez, j'aurais eu un commentaire et une question. Je me disais que c'est peut-être parce que la population vieillit — parce que nous vieillissons — qu'il y a de plus en plus de problèmes de consommation d'opioïdes. Qu'en pensez-vous? Est-ce une hypothèse plausible? La population vieillit partout, y compris au Canada.

Ms. Sproule: In our studies and certainly with the people seeking treatment at CAMH, the mean age is in the forties, as well as in the number of studies we've done overall. From our student surveys, though, we know there's also a population of younger people using opioids more recreationally.

We are seeing a change in that yes, people are needing it therapeutically — those numbers are increasing — but the other cohort of young people initiating experimental use with them is a newer phenomenon that is also part of the picture.

Senator Chaput: Thank you. Most of my questions have been asked, but I have one on student drug use and younger Canadians' addictions, 15 years and older.

In the education strategy, what is being done with regard to the high schools? I would even say Grades 6, 7 and 8 because that's where they are now. We have the schools, the universities and also the community colleges where we get young people who are interested in trades. There are a lot of young ones there.

What is presently being done to educate them? After all, they are the parents of tomorrow.

The Chair: Dr. Sproule, do you want to comment first?

Ms. Sproule: Sure. I can't say I'm an expert or fully aware of all the initiatives that may be happening there. I know that from a prevention and public education point of view, another group that was part of the national strategy did look at that. In particular, they were looking at the most effective way of sending that message, whether it's through schools or social media, and what the best form of social media is. These types of things are being looked at and lessons are being learned, like don't put a government logo on a social media message because that won't attract viewers.

From a school's point of view, my impression is that a large part of the substance abuse initiatives are also taken on by enforcement, with police officers having an education component going into schools. I know they're including prescription opioids in their general message as well, definitely. I think those are the main points I can make on that.

Mr. Bishop: I have a couple things to add. I agree with everything that Dr. Sproule just said. Certainly government-sponsored awareness programs are fine, except that people my age and younger — and I'm 35 — honest to God, don't waste your money because nothing bugs me more than government

Mme Sproule : Dans nos études et d'après ce qu'on voit sur le terrain, avec les patients qui viennent se faire traiter au CTSM, l'âge moyen se situe dans la quarantaine. D'après les sondages que nous avons menés récemment, par contre, nous savons qu'il y a de plus en plus de jeunes qui consomment des opioïdes pour le plaisir.

Les choses changent, oui, parce qu'en plus de gens qui ont besoin d'opioïdes pour des raisons thérapeutiques — et leur nombre va sans cesse croissant —, mais il y a aussi un tout nouveau phénomène, celui des jeunes qui en consomment pour l'expérience.

La sénatrice Chaput : Je vous remercie. La plupart des questions que je voulais poser l'ont déjà été, mais j'aimerais quand même parler de la consommation des étudiants et des problèmes de dépendances chez les jeunes, disons de 15 ans et plus.

Dans le cadre de la stratégie de sensibilisation, cible-t-on les élèves du secondaire? En fait, j'inclurais même les élèves de 6^e, 7^e ou 8^e année, parce que c'est aussi ça, la réalité. Avec les écoles, les universités et les collèges communautaires, où vont les jeunes qui veulent apprendre un métier spécialisé, disons que ça fait beaucoup de monde.

Que fait-on pour les sensibiliser? Ce sont eux, après tout, les parents de demain.

Le président : Docteur Sproule, voulez-vous répondre la première?

Mme Sproule : D'accord. Je suis loin d'être une experte et je ne connais pas toutes les initiatives qui se font actuellement, mais je sais qu'un autre groupe au sein de la stratégie nationale s'est intéressé au volet prévention et sensibilisation du public. Il a notamment tenté de trouver le moyen de plus efficace de faire passer le message, que ce soit à l'école ou dans les médias sociaux, et dans ce dernier cas, dans quels types de médias sociaux plus particulièrement. Il y a des gens qui s'intéressent à ces questions, et on tire des leçons de ce qui s'est fait jusqu'ici. On a par exemple appris que le meilleur moyen pour qu'un message diffusé dans les médias sociaux ne soit pas lu consiste à y apposer un logo gouvernemental.

En ce qui concerne les écoles, j'ai l'impression qu'une bonne partie des initiatives de lutte contre la consommation abusive nous viennent des autorités, comme les policiers qui font la tournée des écoles. C'est sûr et certain qu'une partie de leur laïus porte sur les opioïdes sur ordonnance. Je crois que ça fait le tour.

M. Bishop : J'aurais quelques choses à ajouter. Je suis d'accord avec ce que la Dre Sproule vient de dire. Je n'ai rien contre les programmes de sensibilisation organisés par le gouvernement, sauf que, pour les gens de mon âge ou plus jeunes, et j'ai 35 ans... Sérieusement, ne gaspillez pas votre argent, parce qu'il n'y a rien

giving me tips on how to be cool without doing drugs or alcohol. If I haven't figured it out by now, I don't think the government is going to be able to help me.

In terms of the schools, though, our office here in Ottawa is located just down the road, about 10 minutes away from a high school where about four, maybe five kids in the last year at that same high school have died of fentanyl overdose. I found with what we're hearing from the different physicians in there, they are doing awareness, but it always comes after the fact. You can't bring five teenagers who are dead back after the fact.

I don't know what the answer is, but I do know that we have to do a better job of making people feel it's okay, if they're approached at a party, to say, "You know what, I took this from my parents' medicine cabinet, and it's not a good thing." I don't know how to do it.

However, I have the greatest respect for the men and women in uniform who are police officers. I'm not sure, but enforcement should probably not be the ones going in to inform kids because automatically the stigma is, "You will do something wrong if you do this." We know that to be true, but having a police officer show up in uniform to provide that education could give the wrong message, namely, "I'd better just take this and shut my mouth because I do not want to go to jail."

I think there's a role for the police, but we also need to do a better job of bringing the issue of addiction forward. We need to bring forward the Philip Seymour Hoffmans and the Cory Monteiths of the world who struggle in silence to speak to it, not necessarily just police officers and certainly not necessarily government.

Senator Chaput: Who is best to do the work, if it's not the governments or the police officers? Who can do it?

Mr. Bishop: We have a responsibility on the National Advisory Council on Prescription Drug Misuse to make those recommendations, and I know there has been a lot of debate there. I'm not sure everyone is aligned yet on the best way forward.

What I will say to you is this: I think it will require everybody from the layperson to industry to physicians to pharmacists to everybody coming together to do it because you cannot deal with this in silos. Right now, that's what we're trying to do. I don't have a final answer for you, but I know it will take the collective to make a recommendation.

Senator Chaput: Could it be a pharmacist or a doctor?

Mr. Bishop: I'll leave Dr. Sproule to answer that, except to say that, again, this returns to the education piece and the stigma going around it. Yes, it could be, but we have to get the right stakeholders to come forward in that community to say: "You know what? I treat these patients; I'm going to give you the

qui m'agace plus que de me faire dire par le gouvernement que je n'ai pas besoin de consommer d'alcool ou de drogue pour être cool. Si je n'ai pas encore compris ça, ce n'est pas le gouvernement qui va m'aider.

Pour ce qui est des écoles, par contre, je dois dire que nos locaux d'Ottawa sont situés tout près d'ici, à une dizaine de minutes d'une école secondaire où, seulement l'an dernier, quatre ou cinq élèves sont morts d'une surdose au fentanyl. Selon ce que disent les médecins, les autorités font de la sensibilisation, oui, mais c'est toujours après coup. Ces jeunes-là sont morts; on ne peut pas les ramener à la vie.

Je ne connais pas la réponse, mais je sais qu'on doit s'organiser pour vraiment faire comprendre aux jeunes qui se font offrir des médicaments pendant une fête qu'ils n'ont pas à se sentir mal de dire que ce genre de chose n'est pas pour eux. Je ne sais pas ce qu'il faudrait faire pour qu'ils comprennent.

J'ai cependant le plus grand des respects pour les policiers. Ce n'est que mon avis personnel, mais je ne suis pas sûr que ce soit à eux de s'adresser aux jeunes, parce qu'on leur envoie alors le message qu'il s'agit de quelque chose de répréhensible. C'est vrai, évidemment, mais on pourrait envoyer le mauvais message en demandant à des policiers en uniforme de faire ce travail, car les jeunes pourraient alors avoir le réflexe de se cacher, de peur d'aboutir en prison.

La police a un rôle à jouer, je ne dis pas le contraire, mais il n'en demeure pas moins que, pour l'instant, le message sur la dépendance ne passe pas. Nous devons prendre les Philip Seymour Hoffman et les Cory Monteith de ce monde, qui pour le moment se démènent tout seuls dans leur coin, et les amener à briser le silence; or, je ne suis pas sûr que les policiers soient les mieux placés, et le gouvernement pas davantage.

La sénatrice Chaput : Qui, dans ce cas-là, serait le mieux placé, si ce n'est les policiers ou le gouvernement? Qui?

M. Bishop : Nous avons la responsabilité, au Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance, de recommander des solutions, et je peux vous dire que ce sujet a fait l'objet de nombreux débats. Je ne pense pas qu'une seule solution ait réussi à faire l'unanimité.

Je vais vous dire une chose : il va falloir que tout le monde travaille ensemble; les citoyens, les médecins, les pharmaciens, parce que, quand chacun agit de son côté, on n'avance pas. Et c'est ce qui se passe à l'heure actuelle. Je n'ai pas de solution miracle à vous proposer, mais je peux vous dire qu'il va falloir nous concerter pour réussir à formuler une recommandation.

La sénatrice Chaput : Les pharmaciens, alors? Ou les médecins?

M. Bishop : Je vais laisser le soin à la Dre Sproule de répondre, si ce n'est pour dire que la question nous ramène encore une fois à la notion de sensibilisation et aux préjugés qui y sont associés. Peut-être que oui, mais il faudrait que les bonnes personnes se manifestent et disent : « Vous savez quoi? Je les traite, moi, ces

lowdown on what's happening and I'm not ashamed of treating them and neither should my patients be ashamed for coming forward."

Senator Seidman: Mr. Bishop, you've done very well answering my colleagues, and most of my questions have been fairly well answered.

You have made recommendations that would include all stakeholders — the prescribers, the physicians and pharmacists, industry, the regulators, government, Health Canada and patients or all of us, consumers. We live in a society that's very drug-oriented, and perhaps it's a culture that we need to deal with.

I do want to ask you about your second recommendation. I believe Senator Moore has already touched on it, but I want to ask you about it with specific reference to Suboxone. My understanding is that Suboxone doesn't have to have the requirement of exemption under section 56. I find that quite curious. In fact, all that is needed is a 60- to 90-minute online training program for a physician to be able to prescribe it.

In light of your second recommendation where you make it very clear that there should be a need for application for exceptional status for a physician to prescribe, I'd like you to reconcile what seems like a contradiction.

Mr. Bishop: It really depends on the jurisdiction you're in right now. You're quite right that Suboxone doesn't require an exemption. However, depending on where you are — B.C. comes to mind, Manitoba and some other jurisdictions — you actually have to have your methadone exemption in order to prescribe Suboxone. It varies, and I'm happy to share with you the provinces where it differs.

Regarding section 56, I'm going to ask Dr. Sproule to jump in, at least from her perspective, too.

As for the Suboxone piece, first of all, we offer a six-hour training course online; it's Suboxone CME. We recommend that everyone go into that training course but that they also have a full understanding of the opioid dependence practice. Would I suggest it be added to the exemption piece? That's why in a further recommendation we said let's look at it. Is section 56 acting as an impediment or a driver towards treatment? There may be an opportunity to do something there.

What I will say is that whatever we do, it has to be standardized across the country. We have a transient population. If you're in Newfoundland and fly up to Fort McMurray for work, and you're on Suboxone in Newfoundland, you may not be able to get it up in Fort McMurray because you don't have a doctor with a methadone exemption, and, if you do, they haven't taken the Suboxone training.

patients-là. Je vais vous donner l'heure juste, et je vous dis dès maintenant que je n'ai pas honte de mes patients et qu'eux non plus n'ont pas à avoir honte parce qu'ils ont osé demander de l'aide. »

La sénatrice Seidman : Monsieur Bishop, vous avez si bien répondu aux questions de mes collègues que vous avez répondu à presque toutes mes questions, à moi.

Vous recommandez d'inclure tout le monde : les prescripteurs, les médecins, les pharmaciens, l'industrie, les autorités réglementaires, le gouvernement, Santé Canada, les patients et nous tous, les consommateurs. La société dans laquelle nous vivons accorde beaucoup de place aux médicaments, et je me demande si nous ne devrions pas nous attaquer à cette culture.

J'aimerais revenir sur votre deuxième recommandation. Si je ne m'abuse, le sénateur Moore en a parlé lui aussi, mais j'aimerais que vous me parliez du Suboxone. Selon ce que j'ai cru comprendre, le Suboxone n'a pas besoin d'une exemption aux termes de l'article 56. Je trouve ça plutôt étonnant. En fait, pour pouvoir prescrire ce médicament, les médecins doivent seulement suivre une formation en ligne d'une heure, une heure et demie.

Selon votre deuxième recommandation, vous dites clairement que les médecins qui souhaitent le prescrire devraient en faire expressément la demande. Je vois une contradiction dans tout ça, et j'aimerais que vous m'éclairiez.

M. Bishop : Tout dépend de la province où vous vous trouvez. Vous avez tout à fait raison de dire que les médecins n'ont pas besoin d'une exemption pour prescrire du Suboxone. Dans certaines provinces, par contre — je pense à la Colombie-Britannique et au Manitoba, mais il y en a d'autres —, les médecins ont besoin de la même exemption que pour la méthadone. Les règles varient d'une province à l'autre, et je pourrai vous indiquer avec plaisir ce qu'il en est dans chacune d'elles.

En ce qui concerne l'article 56, je vais demander à la Dre Sproule de vous dire elle-même ce qu'elle en pense.

Je tiens d'abord à préciser que le cours en ligne que nous offrons sur le Suboxone dure six heures; il s'agit de formation médicale continue. Nous recommandons à tout le monde de le suivre, mais il faut aussi que les médecins comprennent bien la dépendance aux opioïdes. Devrait-on, à mon avis, demander une exemption? C'est précisément dans cette optique-là que j'ai recommandé qu'on étudie la question plus avant. L'article 56 favorise-t-il le traitement ou, au contraire, le compromet-il? Il y a peut-être quelque chose à faire ici.

Peu importe ce que nous décidons de faire, il va falloir que ce soit uniforme d'un bout à l'autre du pays. Les gens voyagent. Si une personne qui habite à Terre-Neuve et qui prend du Suboxone doit se rendre à Fort McMurray pour aller travailler, elle peut se retrouver coincée, parce que rien ne garantit qu'elle va trouver un médecin en Alberta qui a obtenu l'exemption nécessaire pour prescrire de la méthadone ou qui a suivi la formation sur le Suboxone.

The pharmacological properties of Suboxone are materially different than those of methadone. Methadone is a good drug for some patients, but people don't seem to realize sometimes that the optimal dose of methadone could kill you as a patient. It could take anywhere from six weeks to six months to titrate up to the right dose. With Suboxone, the maximum dose you can ever be on is 24 milligrams, and you can titrate up to that in two days. Because of the parameters within it, there is a baby-sitter, so to speak, in terms of not causing the respiratory depression you would see from other drugs.

It is an opioid, but I'm not sure it would fit into section 56. Again, I'm a creature of the committee that I'm on, and if that is the recommendation, it's obviously one we would support. But for now, the pharmacological properties of Suboxone and methadone are materially different, which is why the methadone requirement is so much more substantial.

Dr. Sproule, is that fair?

Ms. Sproule: The short answer is yes. Because of the pharmacological properties, namely, the ceiling effect, that there is with buprenorphine, there isn't the same risk of overdose, and it has some features that make it safer than methadone, which is why it doesn't require an exemption. The main reason methadone needs the exemption is that it is a challenging drug to use and to prescribe safely. We refer back to methadone having the highest proportion of inadvertent overdoses in Ontario. Those happen by just increasing the dose of methadone too quickly. So that is true.

Having said that, also, as I mentioned earlier, to prescribe either buprenorphine or methadone, it's more than just knowing the drug. You have to know the patients, the problems and the management issues around helping people who have addiction.

Senator Seidman: The reason I asked the question is precisely because this is a demonstration of how complicated it is. There are a lot of stakeholders involved here, and there are potential conflicts of interest. I think it's important to understand that, for example, the College of Physicians and Surgeons of Ontario has stated very clearly that while a methadone exemption is not necessary to prescribe buprenorphine, the college recommends that physicians who wish to treat opioid dependence should have or should obtain a section 56 exemption.

We're dealing with a lot of stakeholders, and it only exemplifies how complicated the issue is.

Senator Cordy: I'd like to talk about the collection of data because we heard from you, Dr. Sproule, that Canada is number two in terms of use of opiates, and, Mr. Bishop, we heard from

Les propriétés pharmacologiques du Suboxone sont matériellement différentes de celles de la méthadone. La méthadone convient parfaitement à certains patients, mais les gens ne savent pas toujours que la dose optimale peut suffire à tuer un adulte. Avant de trouver la bonne dose, ça peut prendre de six semaines à six mois. Avec le Suboxone, la dose maximale est de 24 milligrammes, point; alors après deux jours, on peut trouver le bon équilibre. À cause de ces paramètres, il y a une substance dans le médicament qui prévient la dépression respiratoire causée normalement par les autres médicaments.

Il s'agit bel et bien d'un opioïde, mais je ne suis pas certain que l'article 56 pourrait s'appliquer. Cela dit, je suis lié par les décisions du comité dont je fais partie, et si jamais c'est la recommandation qui est faite, nous allons évidemment l'appuyer. Mais pour le moment, les propriétés pharmacologiques du Suboxone et de la méthadone étant matériellement différentes, c'est ce qui explique que les formalités associées à la méthadone sont beaucoup plus exigeantes.

Est-ce que je me trompe, madame Sproule?

Mme Sproule : Pour répondre brièvement, non. Les propriétés pharmacologiques de la buprénorphine étant ce qu'elles sont — et je pense plus particulièrement à l'effet de plafonnement, il n'y a pas de risque de surdose. Et comme certaines caractéristiques la rendent moins risquée que la méthadone, c'est ce qui explique qu'il ne faille pas absolument d'exemption pour la prescrire. En fait, si la méthadone requiert une exemption, c'est principalement parce qu'il s'agit d'un produit difficile à utiliser et risqué à prescrire. On se rappelle qu'il s'agit de la principale cause de surdoses accidentelles en Ontario, lesquelles peuvent survenir simplement parce que l'on a augmenté la dose trop rapidement. Alors, non, vous ne vous trompez pas.

Cela étant, comme je le disais tout à l'heure, que l'on parle de buprénorphine ou de méthadone, il ne suffit pas de connaître ces médicaments pour les prescrire. Il faut aussi connaître les patients, les problèmes ainsi que les techniques de soutien aux personnes qui souffrent de dépendances.

La sénatrice Seidman : C'est justement parce que c'est si compliqué que j'ai posé la question. Il y a beaucoup d'étapes, donc d'intervenants, donc de conflits d'intérêts possibles. Il est donc important, à mon avis, de comprendre, par exemple, pourquoi l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a dit très clairement que, même si ce n'est pas obligatoire, il est fortement recommandé que les médecins qui souhaitent prescrire de la buprénorphine pour traiter une dépendance aux opioïdes devraient obtenir une exemption aux termes de l'article 56, comme pour la méthadone.

On parle ici d'un grand nombre d'intervenants, et ça montre bien à quel point la situation peut être compliquée.

La sénatrice Cordy : J'aimerais parler de la collecte des données, parce que, selon ce que vous nous avez dit, madame Sproule, le Canada arrive au deuxième rang mondial pour ce qui

you that there are between 321,000 and 914,000 non-medical opioid users, which is quite a gap.

Yesterday, our witnesses said that there's a lot of data collected on use or abuse of pharmaceuticals but that the data is, in fact, not being compiled or analyzed. Could you touch on the collection and the analyzing of data we have available to us here in Canada?

Mr. Bishop: I will let Dr. Sproule answer that because she heads up monitoring and surveillance.

Ms. Sproule: I'm not sure specifically what they may have been referring to yesterday, but there is a lot of information collected clinically in regular practices and doctors' offices and pharmacies and treatment facilities, at CAMH, for example, but having it easily retrievable and translating that into viable statistics is a challenge. That will improve as more and more health systems become electronic.

That is certainly going to be the case at CAMH. Up until now, every time we wanted to go in and look at what was happening, we had to physically go and do individual chart reviews from patient charts. We are implementing a totally electronic system in a few months.

I think that that may be what they were referring to.

There are systems in the U.S. that integrate clinical information that are then automatically collected anonymously to be able to be analyzed for that purpose. There is a system that can be used in addiction treatment facilities where when you are gathering all the initial information from a patient, including the different types of drugs they're using and how much, that can all be de-identified and then put into a database to analyze trends across the country around what are people seeking treatment for, which drugs, and looking for trends. For example, a few years when the U.S. changed their OxyContin product — it's still called OxyContin, but it's same as our OxyNEO — the change in people seeking treatment was detected quite early by using that type of system.

Right now, I think what they may have been referring to was that we have a fragmented system. There are diverse pieces of information, again more about use than actually how many people are having a problem, but even people seeking treatment. For example, in Ontario there is a system called DATIS that CAMH helps organize, and that collects data but just from publicly funded addiction treatment centres. So again, it is not the whole picture.

I think that's the challenge: Does one just physically collate and have a repository for this information? And the other challenge in the field around collecting data is the different definitions that are used, even comparing surveys and

est de la consommation d'opiacés, alors que, de votre côté, monsieur Bishop, vous nous avez dit que le nombre de personnes qui consomment des opioïdes non médicaux se situe quelque part entre 321 000 et 914 000. C'est tout un écart.

Les témoins d'hier nous ont dit que l'on recueille beaucoup de données sur la consommation — abusive ou non — de produits pharmaceutiques, mais que ces données ne sont ni compilées ni analysées. Pourriez-vous nous parler des données qui sont recueillies et analysées ici, au Canada?

M. Bishop : Je vais laisser Mme Sproule répondre parce qu'elle dirige le comité de suivi et de surveillance.

Mme Sproule : Je ne sais pas ce qui a été dit exactement hier, mais on recueille effectivement beaucoup de données, que ce soit dans les cliniques, les bureaux de médecins, les pharmacies, les établissements de traitement ou au CTSM. Or, c'est une autre paire de manches que de prendre toutes ces données et de les traduire en statistiques utilisables. Chose certaine, plus l'informatisation des dossiers progresse, plus ce sera facile.

En tout cas, ça va être plus facile au CTSM. Jusqu'à maintenant, chaque fois que nous voulons savoir quelque chose, nous devons nous déplacer physiquement pour aller chercher le dossier du patient que nous voulons consulter. D'ici quelques mois, tout cela devrait être entièrement informatisé.

C'est peut-être de ça que les témoins d'hier parlaient.

Aux États-Unis, il existe des systèmes qui intègrent les données cliniques et les compilent automatiquement et anonymement afin qu'elles puissent être analysées. Il y a même un système qui peut servir dans les établissements de traitement des dépendances : il suffit d'y consigner les données des patients, y compris les médicaments qu'ils consomment et la quantité, et le système s'occupe ensuite de dépersonnaliser le tout et d'analyser les tendances qui se dégagent à l'échelle du pays, que ce soit pour les types de dépendances à traiter ou les médicaments eux-mêmes. Par exemple, il y a quelques années, quand les États-Unis ont modifié la composition de l'OxyContin — le nom est demeuré le même, mais il s'agit en fait du même produit que notre OxyNEO à nous —, ce système a permis de faire ressortir très rapidement le changement concernant les gens qui avaient besoin de se faire traiter.

J'ai l'impression que les témoins d'hier vous ont probablement dit qu'à l'heure actuelle, on a seulement un portrait fragmenté de la situation. On a des données ici et là, et encore, davantage sur la consommation que sur le nombre de gens qui ont un problème ou qui ont besoin de se faire traiter. Par exemple, en Ontario, le système DATIS — que le CTSM contribue à organiser — recueille des données, mais seulement auprès des centres de traitement recevant des fonds de l'État. C'est comme je vous disais : un portrait fragmenté.

Je crois en fait que c'est là que le bât blesse : doit-on se contenter de colliger et de consigner physiquement toutes ces données? Il ne faut pas oublier non plus que, sur le terrain, tout le monde utilise ses propres définitions, même pour des expressions

information around what do you mean by “misuse” and “abuse.” Everybody uses a slightly different definition and it can be interpreted differently. So it is very hard to even compare across jurisdictions many times.

The Chair: I will just further clarify that yesterday they were talking about a very broad data collection including results out of coroners’ offices, police services and so on. The point was made similar to what you’ve just made.

Senator Cordy: Mr. Bishop, you spoke about the watchful dose, 200 milligrams per day, but you didn’t mention how many days a prescription can be. You spoke about your wife. I spoke about a friend who got 50 tablets of OxyContin after surgery. Would that be overstepping the boundaries to say how many you should prescribe? That seems to be a pretty big problem.

Mr. Bishop: One of the things that our committee has said — again, we have not formalized that aspect of it, but we are united on that recommendation. However, on the days of prescribing, there is debate that if it’s over and above 90 days, then you have to reapply. That seems to be where we are leaning, that it should be a 90-day window on the exemption and then you would have to reapply.

Unfortunately, it is a bit of a bureaucratic hurdle. However, I’m not sure when we lose 500 people to opioid overdose in Ontario alone that we don’t want to create a couple of barriers here or there. Right now we seem to be trending over to the 90-day limit for a physician to be able to prescribe that, and then at the end of that to have to reapply.

Senator Enverga: Now that I know we can apply safety provisions for opioid pain relievers, can we do the same with stimulants and sedatives?

Ms. Sproule: Yes. It depends. The naloxone example is very specific for opioids, because it’s an antagonist. We do not have that for stimulants or for benzodiazepines. There really is not a good antagonist-type analogous drug for stimulants.

For benzodiazepines there is an analogous antagonist that’s available, but again, with the pharmacology and the way these drugs work, it’s not practical, because if you were to induce withdrawal as an antagonist in someone who is physically dependent on them, you can induce a seizure, which is unlike opioids. With opioids, the withdrawal symptoms can be miserable but not usually considered life threatening, whereas that’s not the case with benzodiazepines. So adding a substance does not work as well with other drugs, but certainly other formulation strategies, particularly making them crush-resistant, is possible. An example of that is Concerta, a stimulant product in Canada.

aussi courantes que « mauvaise utilisation » et « consommation abusive », alors imaginez quand il faut comparer différents sondages et sources de données. Tout le monde adapte les définitions selon ses besoins, ce qui veut dire qu’on peut ensuite interpréter les données différemment. Alors bien souvent, c’est très difficile de comparer la situation d’une province à l’autre.

Le président : J’aimerais juste préciser qu’hier, les témoins disaient que la collecte des données ratait très large — on y incluait même les résultats des rapports de coroners, les données policières, et cetera. Leur conclusion était comparable à la vôtre.

La sénatrice Cordy : Monsieur Bishop, vous avez parlé de la dose à surveiller — 200 milligrammes par jour —, mais vous ne nous avez pas parlé du nombre de jours que les ordonnances peuvent couvrir. Vous nous avez donné l’exemple de votre femme. De mon côté, je connais quelqu’un à qui on a remis 50 comprimés d’OxyContin après une chirurgie. Irait-on trop loin en fixant le nombre limite de comprimés pouvant être prescrits? J’ai l’impression qu’il s’agit d’un gros problème.

M. Bishop : Notre comité a notamment dit... en fait, nous n’avons pas encore adopté de position officielle à ce sujet, mais disons que cette recommandation fait pas mal l’unanimité. En ce qui concerne le nombre de jours, d’aucuns disent qu’au-delà de 90 jours, il faudrait présenter une nouvelle demande. C’est la tendance qui semble se dégager : l’exemption devrait être valable durant 90 jours, après quoi elle devrait être renouvelée.

Malheureusement, ce serait un véritable fouillis bureaucratique. Mais bon, quand on est rendu à 500 décès par surdose aux opioïdes seulement en Ontario, ce serait peut-être une bonne idée de créer un ou deux obstacles ici et là. Pour l’heure, on parle surtout d’une période de 90 jours après laquelle le médecin qui a obtenu une exemption devrait présenter une nouvelle demande.

Le sénateur Enverga : Je sais maintenant qu’on peut appliquer des paramètres de sécurité aux analgésiques opioïdes, mais dites-moi : peut-on faire la même chose pour les stimulants et les sédatifs?

Mme Sproule : Oui. En fait, ça dépend. L’exemple de la naloxone est révélateur pour ce qui est des opioïdes, car il s’agit d’un antagoniste. Il n’en va pas de même pour les stimulants ou les benzodiazépines. Il n’y a pas vraiment d’antagonistes comparables dans la catégorie des stimulants.

Il y en a bien un pour les benzodiazépines, mais à cause des propriétés pharmacologiques et des effets de ces médicaments, ce n’est pas vraiment pratique, parce que si on tente de sevrer une personne dépendante à un antagoniste, on peut provoquer une crise épileptique, contrairement aux opioïdes. Avec les opioïdes, le sevrage peut être assez pénible merci, mais il est rarement fatal, ce qui n’est pas le cas avec les benzodiazépines. Alors on ne peut pas ajouter une substance comme on le ferait pour d’autres médicaments, mais on peut par contre jouer sur la formulation, comme en rendant les comprimés résistants aux chocs. C’est ce qui a été fait avec le Concerta, un stimulant produit au Canada.

Senator Chaput: My question has to do with the younger Canadians' addictions, the data, and the answer could be sent in writing.

Do you have any data on younger Canadians' addictions regarding the regional differences between provinces and then between regions in a province and also rural and urban areas, if there are differences? Do you have data that you could send to the committee?

Mr. Chair, if you agree.

The Chair: Certainly. And the request is back to you.

Mr. Bishop: Yes.

The Chair: If you would send it to our clerk that would be very helpful.

This has been a fascinating discussion of a very important issue, and it's quite interesting to hear the different approaches to certain aspects. This is the second session on this, and there have been some, not nuance differences, but some clear differences in response with regard to the issues dealing particularly with the limits on prescriptions and so on.

I want to touch on a couple of things. I want to come back first to one of last areas where, Mr. Bishop, you pointed out the problematic aspect of government advertising programs to act as educational vehicles. Now, the reality is that it won't matter who in the end has decided to carry out this public educational piece. Government will be expected to pay for it, so it has to be involved in some way.

I think you gave a very good summary in the end when you pointed out the need to bring together groups and individuals who work in these areas at the front lines and with the groups that are most affected. Therefore, I'd like you to think a bit more about that aspect, because they will go to government for funding, and there has to be an accountable way of spending in government. But the key issue is the one that both of you have mentioned, and that is that the campaigns chosen must actually be recognizable and acceptable, at least viewable, by the audiences intended.

If you could give that some additional thought and perhaps send us in writing how you think that might work so that the bringing together of the groups that would come — you can mention examples if you want — that's not so important — but then in the end how would you choose the organizations that will develop the actual modules that will go out, because at some point it has to come up with a recommendation.

I will just leave that, perhaps, unless you have a quick comment.

Mr. Bishop: I hear what you're saying on the government side, but one of the things we have talked about on the national advisory council is that I don't know it has to be government.

La sénatrice Chaput : Ma question porte sur les dépendances chez les jeunes Canadiens et les données s'y rapportant. Vous pourrez nous répondre plus tard par écrit si vous le souhaitez.

Avez-vous des données sur les dépendances chez les jeunes Canadiens et sur les différences régionales — par exemple d'une province à l'autre, ou d'une région d'une même province à une autre, ou encore sur les différences entre les zones rurales et urbaines? Y a-t-il des données que vous pourriez nous faire parvenir?

Si vous n'y voyez pas d'inconvénient, monsieur le président.

Le président : Certainement. On vous écoute.

M. Bishop : Oui.

Le président : Envoyez le tout à notre greffière. Merci beaucoup.

Ce fut une discussion fascinante à propos d'un sujet capital, et c'est très intéressant de voir les différentes approches adoptées par tout un chacun. C'est la deuxième réunion que nous tenons sur ce sujet, et déjà, nous avons vu des différences — non négligeables — dans les réponses qui nous ont été données, notamment en ce qui concerne les limites aux prescriptions et ce genre de chose.

J'aimerais poser quelques questions. En fait, j'aimerais revenir sur une des dernières choses que vous avez dites, monsieur Bishop : vous disiez à quel point les programmes gouvernementaux de publicité faisaient de mauvais moyens de sensibilisation. Or, peu importe à qui les campagnes de sensibilisation vont être confiées au final, c'est quand même le gouvernement qui va payer. Alors il doit prendre part au processus, qu'on le veuille ou non.

J'ai trouvé que vous aviez bien résumé la situation lorsque vous avez dit, à la fin, qu'il faut amener les groupes, les intervenants de première ligne et les personnes directement touchées à collaborer. J'aimerais que vous poussiez votre réflexion un peu plus loin, parce que tous ces gens vont s'adresser un jour au gouvernement pour obtenir de l'argent, et le gouvernement a le devoir de dépenser judicieusement l'argent des contribuables. N'empêche, ce qu'il faut retenir — et vous l'avez dit tous les deux —, c'est que, peu importe la campagne choisie, elle doit être reconnaissable et acceptable, du moins aux yeux du public cible.

Si vous pouviez penser à la forme que prendrait cette collaboration et nous envoyer ensuite le fruit de vos réflexions par écrit. Vous pouvez même donner des exemples, mais ce n'est pas essentiel... Bref, dites-nous comment vous choisiriez les organismes qui élaboreraient les modules eux-mêmes, parce qu'au bout du compte, il faut bien une recommandation.

Je vais terminer là-dessus. Souhaitez-vous ajouter brièvement quelque chose?

M. Bishop : Je comprends votre argument concernant le gouvernement, mais au Conseil national consultatif, nous nous disions justement que ce n'est pas obligé que ça vienne du gouvernement.

The Chair: We're talking about spending now.

Mr. Bishop: Look at the NHL. It has a litany of problems when it involves soft-tissue injuries, chronic-concussion syndrome. As I have outlined in the recommendations, industry should be required to pay into drug awareness initiatives; government already pays a great deal of money when it comes to drugs and all that kind of stuff, but there are other stakeholders who may not be evident.

Dr. Irfan Dhalla sent me a paper a couple of months ago about chronic concussion injuries and soft tissue injuries in the NFL in the United States. We know what's happened up here in Canada. We've seen that. And right there, you've got built-in heroes for a lot of young Canadians, but you also have — I'm not a big expert on the NHL, but I think you've got a little bit of money there.

This is where the private-public partnerships could really pay some dividends and get government out of it, and do something that is going to be cost-neutral.

The Chair: A public-private partnership has government; it's not out of it. But you have made some good points. I really like the idea of having the heroic side of things as part of the visibility, for obvious reasons. Thank you.

Now I want to come to an issue that is really very important and at the core, at least of the problem with people becoming accidentally addicted through medical treatment as opposed to those who are out on the street seeking these kinds of drugs. We have heard that there could be some limitations on prescribing, possibly in terms of length and in terms of maximum dosage prescribed in particular products.

We need to be careful here, because we're dealing with the issue mostly of pain. You have made a very good argument that there needs to be a recognition of the magnitude of the pain and the various ways of dealing with that that are non-prescription in terms of pharmaceuticals. In terms of that education piece, that has to go through the medical system, because that's where it starts. You have given clear examples — and we are familiar with them — where that's not occurring and that awareness is not there. Many of us have heard exactly the examples you gave today in terms of saying, "Here is this; go away and do that" when there are many alternatives to treating certain kinds of pain.

But at the extreme, I suspect that many people in this room have dealt with friends or family who have been dying of cancer. We have the other end of spectrum where we have some rather unusual barriers to prescribing a sufficient painkiller to mitigate pain in a palliative care situation.

Le président : On parle de dépenses, dans ce cas-là.

M. Bishop : Prenons l'exemple de la LNH. Il y a toutes sortes de problèmes, comme les blessures aux tissus mous ou le syndrome chronique postcommotion cérébrale. Comme je le disais dans mes recommandations, l'industrie devrait payer elle-même les campagnes de sensibilisation à la consommation de médicaments; le gouvernement dépense déjà beaucoup d'argent dans ce dossier-là, or, il est loin d'être le seul intervenant. C'est juste que les autres se font plus discrets.

Le Dr Irfan Dhalla m'a envoyé un article il y a quelques mois sur les blessures chroniques postcommotion cérébrale et les blessures aux tissus mous dans la NFL, aux États-Unis. Nous savons tous ce qui est arrivé ici, au Canada. Nous l'avons vu. Ces gens-là font des héros parfaits pour les jeunes Canadiens, mais... Je ne suis pas un grand spécialiste de la LNH, mais je crois que vous avez un peu d'argent là-dedans.

Voilà un exemple de situation où les partenariats publics-privés pourraient s'avérer payants et faire en sorte que le gouvernement se retire du dossier, sans que ça lui coûte un sou.

Le président : Dans un partenariat public-privé, le gouvernement est nécessairement présent; il ne peut pas se retirer du dossier. Mais vous avez soulevé des arguments intéressants. J'aime l'idée de miser sur la visibilité des héros, on voit tout de suite l'intérêt. Je vous remercie.

J'en viens à une question centrale, à savoir les gens qui deviennent dépendants accidentellement, parce qu'on leur a prescrit des médicaments, par opposition à ceux qui traînent dans la rue et qui cherchent consciemment à consommer. On nous a dit qu'il serait possible de limiter les prescriptions de certains produits, tant du point de vue de la durée que de la dose maximale.

Il faut faire attention, parce qu'on parle ici de soulager la douleur. Vous nous avez clairement expliqué qu'il faut prendre conscience de l'ampleur de la douleur et savoir qu'il y a aussi des produits pharmaceutiques vendus sans ordonnance qui permettent de la soulager. Pour ce qui est de la sensibilisation, il faut passer par le réseau de la santé, parce que c'est de là que tout part. Vous nous avez donné de bons exemples — que nous connaissions déjà — de cas où l'information ne passe tout simplement pas. La plupart d'entre nous ont déjà entendu précisément les exemples que vous nous avez donnés aujourd'hui, notamment lorsqu'on dit aux gens : « Prenez ceci, retournez chez vous et faites ceci ou cela », alors qu'il y a toutes sortes d'autres façons de traiter certaines formes de douleur.

Mais si on pousse le raisonnement jusqu'au bout, j'imagine que bien des gens ici présents ont déjà vu un ami ou un proche mourir du cancer. Il ne faut pas non plus tomber dans l'autre extrême et semer des obstacles incongrus qui vont empêcher les patients ayant besoin de soins palliatifs d'avoir accès aux analgésiques dont ils ont besoin.

This is really a complex kind of problem. It's too deep to get into the argument; I know some of the dimensions of this. What I'd like to ask both of you is to think about this in real terms. Remember that, on the one hand, the initial contact point is the physician who writes the first prescription. On the other end are the people who have pain ranging from pain that can be treated by a number of different possibilities through to those dealing with terminal pain issues.

And we're dealing ultimately with regulation.

So this is not a simple issue. But we have heard you can't limit, on the one hand, and we've heard that there should be some guidelines at the very least, on the other. I wonder if you witnesses could both think about this and, based on your respective experiences, write to our clerk with any ideas you have following this meeting.

The final thing I want to touch on in this regard, and you have referred to it very directly and inferred it in some of your answers, is this: We know that the electronic gathering of information is one of the keys to the future in terms of responding to many of the questions our colleagues have asked in terms of seeking data, extents, levels of prescription and so on.

Dr. Sproule, I want to mention directly that in our previous studies we have been very impressed with the extent to which pharmacists are organized across the country — or at least communicate; I shouldn't say "organized" as that may convey other issues. Regardless, you are capable of communicating, and you are very good with technology. You are all pretty much fully online, electronically in terms of data and so on.

We have heard many suggestions that pharmacists can play — and largely this has come from pharmacists themselves — an even larger role, certainly in the data gathering and in advising patients that they see. You mentioned earlier, Dr. Sproule, that perhaps in rural area, it's not easy to have instruction. But in some rural areas, the pharmacist does indeed deal with all of the prescriptions of most their patients, and they often voluntarily provide feedback and information.

I again want to ask you as a take-away question to think about the problem of gathering information, both in terms of the volume and distribution of specific pharmaceuticals in the areas we are talking about today and then the collection of data on adverse reactions, which of course you've largely talked about today, because addiction is a huge adverse reaction. Please give that some thought, unfettered by committee room and other distractions, and if you could write any thoughts you have on this back to our clerk. This is an area we've been pushing in all of our reports, and we are continuously seeking specific, identifiable actions that can be taken, and the best organizations that can do it.

Il s'agit d'un problème très complexe. Trop profond en tout cas pour qu'on se lance dans un débat; j'en sais quelque chose. J'aimerais cependant vous demander à tous les deux de réfléchir à une application concrète. Rappelons-nous qu'au départ, il y a le médecin qui rédige l'ordonnance. À l'autre bout, il y a les gens qui souffrent, mais dont la douleur pourrait être traitée par différents moyens, ainsi que ceux qui sont en phase terminale.

Ce qui nous ramène, en dernière analyse, à la réglementation.

Ce n'est pas simple, on s'entend. Nous avons toutefois vu que, d'une part, on ne peut pas imposer de limites, mais que de l'autre, il devrait à tout le moins y avoir des lignes directrices. Je me demande si vous pourriez réfléchir à tout ça et transmettre par écrit les idées que vous pourriez avoir après la réunion d'aujourd'hui.

Une dernière chose avant de terminer, et je sais que vous en avez parlé tous les deux, directement et indirectement : nous savons que la collecte informatique des renseignements constitue l'une des clés qui nous permettra de répondre aux nombreuses questions de nos collègues relativement aux données, aux durées, aux quantités prescrites, et cetera.

Docteure Sproule, je tiens à dire que, chaque fois que nous avons mené une étude, nous avons toujours été impressionnés par la manière dont les pharmaciens du pays sont organisés — ou plutôt par la manière dont ils communiquent; je ne devrais pas dire « organisés », parce que ce mot a une autre connotation. Quoi qu'il en soit, vous savez communiquer, et la technologie ne vous fait pas peur. La quasi-totalité de vos activités se fait en ligne, ou du moins par ordinateur, notamment en ce qui concerne les données.

D'aucuns — dont les pharmaciens eux-mêmes — croient que les pharmaciens peuvent jouer un rôle accru dans la collecte des données et les conseils aux patients. Vous disiez, madame Sproule, que les gens des régions rurales n'ont pas tous fait de longues études. Mais dans certains cas, le pharmacien du village traite toutes les ordonnances de la plupart des patients, et ces derniers ont souvent tendance à donner volontairement des commentaires et de l'information.

Là aussi, j'aimerais que vous songiez au problème de la collecte des données, du point de vue du volume autant que de la distribution de tel ou tel produit pharmaceutique dans les secteurs dont nous avons parlé aujourd'hui ou des effets indésirables, et Dieu sait que la dépendance est tout un effet indésirable. Pensez-y, à l'abri de toutes les distractions que l'on peut trouver dans une salle de comité, et si vous pouviez mettre vos idées par écrit et les faire parvenir à notre greffière, ce serait parfait. Ce sujet est omniprésent dans nos rapports, et nous sommes toujours à la recherche de mesures précises et ciblées et d'organismes prêts à les mettre en œuvre.

With that I want to thank you both for a remarkable meeting today, an extremely informative meeting with useful data. The recommendations in the report you referred to — we have seen that it's a remarkable document. The additional points you have made today and the extent of your responses to us have been excellent. I want to thank my colleagues once again for questions that have elicited a tremendous amount of information in the response.

(The committee adjourned.)

Sur ce, je tiens à vous remercier tous les deux pour ce qui fut une réunion remarquable et tout ce qu'il y a d'instructive. Les recommandations qui figurent dans le rapport dont vous parliez... il s'agit effectivement d'un document extraordinaire. Les arguments que vous avez soulevés étaient excellents, tout comme vos réponses à nos questions. Je remercie aussi mes collègues d'avoir su poser les bonnes questions, car ce sont elles qui nous ont permis de recueillir autant d'information.

(La séance est levée.)

WITNESSES

Wednesday, February 5, 2014

Coalition on Prescription Drug Misuse:

Dr. Susan Ulan, Co-chair.

Canadian Centre on Substance Abuse:

Robert Eves, Director, Strategic Partnerships & Knowledge Mobilization;

Paula Robeson, Knowledge Broker.

Thursday, February 6, 2014

Centre for Addiction and Mental Health:

Beth Sproule, Clinician Scientist, Pharmacy (by video conference).

Reckitt Benckiser Pharmaceuticals (Canada):

Cameron Bishop, Country Manager (Acting).

TÉMOINS

Le mercredi 5 février 2014

Coalition on Prescription Drug Misuse :

Dre Susan Ulan, coprésidente.

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies :

Robert Eves, directeur, Partenariats stratégiques et mobilisation des connaissances;

Paula Robeson, courtier du savoir.

Le jeudi 6 février 2014

Centre de toxicomanie et de santé mentale :

Beth Sproule, clinicienne-chercheuse, Pharmacie (par vidéoconférence).

Reckitt Benckiser Pharmaceuticals (Canada) :

Cameron Bishop, directeur national (intérimaire).