



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 008 • 2^e SESSION • 41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le lundi 2 décembre 2013

Président

M. Ben Lobb

Comité permanent de la santé

Le lundi 2 décembre 2013

• (1530)

[Traduction]

Le président (M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC)): Bonjour, mesdames et messieurs. Soyez les bienvenus au Comité de la santé. Puisque nous avons le quorum, nous allons commencer.

Nous accueillons encore un grand nombre de témoins, qui nous fourniront de l'information et leur avis d'experts dans le cadre de notre étude sur la lutte contre l'abus de médicaments d'ordonnance.

Nous vous demandons de nous présenter un exposé de 10 minutes ou moins. Nous avons des services d'interprétation, au besoin. Il y aura ensuite plusieurs séries de questions.

Nous avons cinq groupes distincts. Commençons par le Royal College of Dental Surgeons of Ontario. Vous avez la parole.

Dr Peter Trainor (président, Royal College of Dental Surgeons of Ontario): Merci, monsieur le président, et mesdames et messieurs les membres du comité.

Je suis le Dr Peter Trainor, président du Royal College of Dental Surgeons of Ontario. Je suis aussi président de la Fédération canadienne des organismes de réglementation dentaire.

Le collège est l'organisme de réglementation de la profession dentaire en Ontario. Nous réglementons la pratique, tant générale que spécialisée, de plus de 9 000 dentistes. Pour vous présenter les choses sous un autre angle, nous établissons des règles pour environ la moitié des dentistes du Canada. En tant qu'organisme de réglementation en matière de soins de santé, nous avons un mandat législatif très clair: la sécurité et la protection du public. Tout ce que nous faisons ne vise qu'un seul objectif, la protection du public, et ce, depuis toujours. Le RCDSO réglemente la profession dentaire depuis 1868. Les dentistes utilisent depuis longtemps des médicaments de façon sécuritaire et efficace et en prescrivent également à leurs patients dans le traitement des maladies buccodentaires. Il s'agit d'un élément essentiel de la dentisterie moderne, et c'est pourquoi nous sommes très heureux d'avoir l'occasion de témoigner devant vous.

Je suis accompagné aujourd'hui de M. Irwin Fefergad, qui est avocat de profession. Il est le registraire et chef de la direction du collège, et il possède une certification du Barreau du Haut-Canada à titre de spécialiste du contentieux des affaires civiles et du droit de la santé. Il est également directeur général de la Fédération canadienne des organismes de réglementation dentaire.

Je suis aussi accompagné du Dr David Mock, qui est dentiste ainsi que spécialiste de la médecine et de la pathologie buccales. Le Dr Mock est un expert dans le domaine du soulagement de la douleur et, à ce titre, il est codirecteur du Wasser Pain Management Centre de l'Hôpital Mount Sinai de Toronto. Il a été doyen de la faculté de dentisterie de l'Université de Toronto, la plus importante école de médecine dentaire au pays. Le Dr Mock est aussi membre de notre conseil d'administration.

Notre collège, qui se préoccupe de la question du soulagement de la douleur chronique, a organisé un symposium d'une journée consacré exclusivement à ce sujet très important. Dans la foulée de cet événement, un groupe de travail a été mis sur pied afin de mener une étude sur la douleur aiguë et chronique. Le Dr Mock en est le président.

Le Dr Mock ainsi que le Dr David Segal, chirurgien buccal siégeant au conseil d'administration du RCDSO, sont aussi membres du groupe de travail du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Le Dr Mock est le coprésident de ce groupe de travail; ils ont préparé une déclaration sur le document national intitulé *S'abstenir de faire du mal*. Le groupe de travail est composé de professionnels et de non-spécialistes chargés du perfectionnement des compétences des fournisseurs de soins de santé.

Sur ce, je vais céder la parole à M. Fefergad.

M. Irwin Fefergad (registraire, chef de la direction, Royal College of Dental Surgeons of Ontario): Bonjour. Je vous remercie beaucoup de nous avoir invités.

À titre de registraire du collège, j'ai la responsabilité, en vertu de la loi, de protéger le public, l'intérêt du public et la santé et la sécurité de la population de l'Ontario. Notre mandat ne comprend pas la défense des intérêts des membres de la profession ni quoi que ce soit qui touche à la protection de la profession. Comme l'a dit le Dr Trainor, notre organisme de réglementation est régi par une loi, et c'est notre mantra.

La question de la prescription de médicaments, en particulier d'opioïdes, est une priorité non seulement pour le collège, comme le Dr Trainor l'a souligné et le Dr Mock vous l'expliquera dans une minute, mais aussi pour le gouvernement de l'Ontario, qui a préparé un document par l'intermédiaire du Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé, le comité consultatif législatif clé du ministre de la Santé et de l'Ontario.

J'en ai apporté des exemplaires et j'y ferai brièvement référence. Malheureusement, il est uniquement en anglais, et je m'en excuse...

• (1535)

[Français]

mais ce n'est pas mon document. Il vient du gouvernement de l'Ontario.

[Traduction]

Je ne l'ai pas traduit. C'est un document du gouvernement de l'Ontario, et je viens de vous remettre ce qu'il a préparé. J'espère que pour cette fois-ci, vous pourrez l'examiner. Je crois qu'il a une incidence sur ce dont vous pourriez discuter ou ce que vous pourriez entreprendre et analyser.

Je sais que vous suivez une procédure. Encore une fois, toutes mes excuses. Ce n'est pas un document préparé par le collège. Si vous consultez notre revue ou notre site Web, vous verrez que certains éléments sont dans les deux langues. Mais ce document vient du gouvernement de l'Ontario.

Je l'ai remis au greffier, monsieur le président.

Le président: Merci.

Est-ce que votre exposé est terminé ou avez-vous autre chose?

M. Irwin Fefegrad: Non, je voudrais parler du document.

Le président: D'accord, poursuivez.

Nous allons le faire traduire, puis nous le distribuerons aux membres du comité, d'accord?

M. Irwin Fefegrad: Merci beaucoup.

Je n'en parlerai pas pendant très longtemps, mais selon les conclusions présentées dans le rapport de l'Ontario, à la page 261, les dentistes prescrivent les médicaments, en particulier les opioïdes, de façon sécuritaire.

À la page 256, le conseil du gouvernement examine le règlement sur la faute professionnelle en matière de prescription et indique:

Les dentistes disposent d'un règlement détaillé sur la faute professionnelle. Ce règlement comprend « la prescription, la préparation ou la vente d'un médicament à des fins irrégulières ou toute autre utilisation irrégulière du pouvoir de prescrire, de préparer ou de vendre des médicaments » comme motif de mesures disciplinaires.

Je demande également au comité de consulter les pages 257, 258, 259 et 260 du rapport, où l'on traite des cours en pharmacologie dans les universités. On conclut:

Les programmes de médecine dentaire offrent des cours en pharmacologie générale à des niveaux comparables à ceux qui sont offerts aux étudiants en médecine. Tous les programmes offrent des cours en médecine générale se rapportant aux répercussions des maladies communes sur les soins dentaires.

On analyse ensuite les programmes, puis on félicite le collège relativement à sa formation continue sur l'utilisation appropriée des médicaments.

Enfin, à la page 261 du rapport, on conclut que nous sommes responsables, en tant qu'organisme de réglementation, de réglementer la profession dans l'intérêt public. Il y a une observation au sujet des programmes en ligne sur les interactions médicamenteuses indésirables qui permettent de fournir des renseignements opportuns et fiables sur les médicaments, et le conseil du ministre estime que c'est un outil très important pour tous les dentistes pour éviter de prescrire des médicaments contre-indiqués.

En conclusion, je vous dirai, en tant que registraire, que nous sommes très fiers de la façon dont les dentistes de l'Ontario utilisent leurs privilèges de prescription. Cela ne veut pas dire que tous les dentistes sont parfaits. C'est pourquoi nous avons un organisme de réglementation. Mais nous pouvons dire que la grande majorité des dentistes agissent de façon responsable, en fonction des connaissances actuelles et de leur utilisation en ce qui concerne les médicaments d'ordonnance.

Nous ne nous reposons pas sur nos lauriers. Je vais maintenant céder la parole au Dr David Mock, ancien doyen de l'école de médecine dentaire de l'Université de Toronto, qui siège maintenant à

notre conseil. Il va vous parler de quelques-unes de nos initiatives en collaboration avec nos amis et collègues de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, qui sont ici, et d'autres personnes à l'échelle nationale et provinciale.

M. David Mock (professeur, Royal College of Dental Surgeons of Ontario): Merci. J'aimerais d'abord faire une petite rectification au sujet de l'accréditation.

Le Dr David Segal et moi faisons partie de l'organisme fédéral pour le CCLT qui a produit le document *S'abstenir de faire du mal*, que vous avez sûrement vu. Mais il s'agissait d'un grand organisme national, et nous n'étions tous les deux que des membres du comité. Je suis maintenant coprésident, avec le Dr Norman Buckley, de McMaster, d'un sous-comité du groupe de travail qui se penche sur le perfectionnement des compétences, les lignes directrices et les documents d'information à l'intention des professionnels de la santé, des patients, des étudiants et du grand public en ce qui concerne toute la question de la toxicomanie.

De plus, à la suite de la réunion qui vient d'être mentionnée au RCDSO, je préside un comité qui se penche sur l'élaboration de lignes directrices, pour les chirurgiens dentistes de l'Ontario, sur la question de la douleur chronique et aiguë, en mettant principalement l'accent sur l'élaboration de lignes directrices pour la prescription de médicaments en général et, plus particulièrement, des opioïdes. À son tour, ce comité formulera des recommandations sur les programmes éducatifs additionnels à l'intention des dentistes en pratique afin de s'assurer que leurs connaissances sont à jour sur la question de la prescription, et surtout la prescription d'opioïdes. On vous a décrit le programme universitaire. En fait, c'est moi qui l'ai décrit quand nous avons rencontré le CCRPS.

Je répondrai avec plaisir à vos questions. Je dirais que les dentistes du Canada sont très sensibilisés à ce problème. En fait, le grand public est de plus en plus conscient du risque de toxicomanie et des problèmes qui y sont liés, en particulier avec les médicaments sur ordonnance; on augmente donc le nombre de programmes éducatifs afin que nos étudiants et diplômés soient eux aussi sensibilisés à ces problèmes et qu'ils sachent comment y faire face.

• (1540)

Le président: Merci beaucoup. Vous avez presque terminé exactement au bon moment. C'est très bien.

Nous allons maintenant entendre les représentants de l'Association des pharmaciens du Canada.

M. Phil Emberley (directeur, Innovation dans la pratique de la pharmacie, Association des pharmaciens du Canada): Bonjour.

Je suis le Dr Phil Emberley, directeur de l'Innovation dans la pratique de la pharmacie à l'Association des pharmaciens du Canada, et je suis également pharmacien. L'APhC représente plus de 35 000 pharmaciens canadiens d'un océan à l'autre, qui pratiquent dans les collectivités et les hôpitaux, les cliniques de médecine familiale, l'industrie, et ailleurs.

Je suis accompagné aujourd'hui de mon collègue et pair, M. Mark Barnes, qui est pharmacien, propriétaire et vice-président du développement des affaires et des relations publiques d'une pharmacie d'Ottawa, qui fournit un traitement aux patients ayant une dépendance aux opiacés. Dans quelques minutes, Mark vous parlera des services qu'il offre, ainsi que de l'influence qu'il exerce sur ses clients.

En tant que professionnels de la santé de première ligne, les pharmaciens constatent de visu les effets dévastateurs de l'abus de médicaments d'ordonnance, en particulier les analgésiques opioïdes; des carrières, des relations et des vies sont brisées. Beaucoup de patients développent une dépendance aux opioïdes lorsqu'on leur prescrit ces médicaments pour traiter une véritable maladie.

Il est difficile pour les médecins prescripteurs et les pharmaciens d'assurer un équilibre entre l'accès à des analgésiques pour les patients qui ont des besoins légitimes et la prévention du mauvais usage, de l'abus et du détournement des opioïdes. Il n'y a pas de solution miracle permettant d'atténuer le problème d'abus de médicaments d'ordonnance au Canada. Toutefois, les pharmaciens peuvent jouer un rôle important en aidant les patients à ne pas tomber dans ce piège et en traitant les personnes dépendantes aux opiacés.

Mais il faut davantage de travail et d'efforts dans certains domaines. D'abord et avant tout, les pharmaciens veulent faire ce qui est le mieux pour la santé de leurs patients, et leur but est de les éloigner des situations nuisibles comme l'abus de médicaments d'ordonnance. En tant que spécialistes des médicaments, les pharmaciens comprennent tout à fait comment agissent les drogues et comment s'installent les dépendances, ainsi que les facteurs qui mènent à l'abus et au mauvais usage de médicaments.

Ces dernières années, les gouvernements provinciaux ont élargi la portée professionnelle de la pratique des pharmaciens. Dans la plupart des provinces, les pharmaciens peuvent maintenant offrir à leurs patients une révision de leurs médicaments. Cette révision permet aux pharmaciens de mieux connaître les diagnostics d'un patient, l'indication de traitement et sa réaction aux médicaments.

Ce service peut aussi être utilisé pour signaler un usage potentiellement problématique de médicaments, ainsi que pour permettre de mieux informer les patients sur la prise de médicaments de façon sécuritaire. Par exemple, le fait d'arrêter brusquement de prendre certains narcotiques peut être nocif pour les patients et peut même mener, dans certains cas, à des visites à l'urgence. La révision des médicaments est l'occasion idéale pour les pharmaciens d'apprendre aux patients comment arrêter de façon sécuritaire de prendre un médicament.

L'APhC recommande que tous les gouvernements, y compris le gouvernement fédéral, en tant que fournisseur de services de santé, appuient les programmes de révision des médicaments par les pharmaciens.

L'Association des pharmaciens du Canada est également fournisseur accrédité de cours de formation continue. Même s'il y a déjà des formations en médecine, en soins infirmiers et en pharmacie qui fournissent de l'information dans le but d'optimiser la prescription de médicaments psychotropes, il est possible de faire plus. Les fournisseurs de services de santé doivent être mieux informés afin de soupeser les risques et les avantages du traitement aux opioïdes et de montrer aux patients comment prendre ces médicaments de façon sécuritaire.

Les professionnels de la santé doivent aussi pouvoir reconnaître les signes d'un mauvais usage potentiel de ces médicaments. Des programmes nationaux et interprofessionnels de formation doivent être élaborés afin que les connaissances de tous les fournisseurs de soins de santé soient à jour en ce qui concerne les schémas thérapeutiques actuels pour la douleur chronique et les troubles de santé mentale.

Je vais maintenant céder la parole à Mark, qui va vous parler de ses patients qui ont des problèmes liés aux médicaments d'ordonnance.

• (1545)

M. Mark Barnes (gérant de pharmacie et propriétaire, Westboro Pharmasave, Respect Rx Pharmasave, Association des pharmaciens du Canada): Je veux vous décrire des situations — seulement deux, malheureusement, parce que notre temps est limité — qui vous donneront une idée du type de personnes ou de patients que nous voyons quotidiennement à la pharmacie. Ainsi, vous pourrez comprendre de quelle façon un pharmacien peut contribuer à détecter, mais aussi à traiter ou à prévenir la dépendance, en particulier aux opioïdes.

Je vais vous parler d'un patient. Nous l'appellerons Adam. C'était une personne qui avait bien réussi, qui était bien adaptée et qui possédait un diplôme universitaire. C'était un comptable prospère. Il vivait à Ottawa et il avait deux enfants. Il s'est blessé en faisant du sport et il s'est fait traiter. On lui a prescrit des narcotiques à action brève; il s'en est suivi une surconsommation, puis un mauvais usage du narcotique et, finalement, il en est venu à s'approvisionner dans la rue.

Il était très jeune lorsqu'il a commencé à venir à la pharmacie. Il avait deux jeunes enfants et une femme, à qui il cachait sa dépendance. Il a entrepris un programme de traitement à la méthadone qui n'a pas eu les résultats escomptés à la pharmacie.

J'ai demandé à Adam ce qui n'allait pas et pourquoi il ne continuait pas à prendre sa méthadone de façon régulière. Il m'a dit qu'il cachait son problème à sa femme et qu'il essayait de conserver son emploi. Il était occupé; le matin, il devait conduire ses enfants à la garderie à 8 heures et il n'avait pas le temps de passer à la pharmacie.

Je lui ai simplement donné la possibilité de venir à la pharmacie 15 minutes plus tôt. Après que nous avons établi un lien, il s'est conformé au traitement, il a pris du mieux et il a fini de prendre sa méthadone.

Cinq mois plus tard, il m'a appelé de Disney World pour me remercier de l'avoir aidé et il m'a dit que c'était la première fois en cinq ans qu'il prenait des vacances avec sa famille.

Il ne correspondait pas au type de personne que l'on imaginerait avoir un problème de dépendance. Il avait bien réussi, il était bien adapté, il n'avait pas de problèmes financiers ni de maladies concomitantes. On lui a simplement prescrit des médicaments après sa blessure.

Le second patient dont je vais vous parler est probablement le type de patient que vous connaissez davantage; il est issu du système. À cinq ans, il a subi des mauvais traitements physiques — il s'est réveillé un matin quand ses parents lui brûlaient le front avec une cigarette. Il s'en est suivi une période durant laquelle il a été pris en charge à maintes reprises par les services de soins à l'enfance. Par la suite, il a développé une dépendance aux drogues et à l'alcool et il a contracté le VIH et l'hépatite C. Il s'est présenté à la pharmacie, et nous avons appris à nous connaître. Il m'a parlé de sa situation en disant qu'il n'avait jamais eu la moindre chance dès le début.

Je lui ai simplement demandé ce qu'il faisait maintenant; il m'a dit qu'il suivait un programme de traitement et qu'il allait très bien. Il m'a expliqué comment fonctionne la dépendance. Il travaille maintenant auprès des enfants. Il leur apprend à se protéger du VIH, il leur parle de l'échange approprié de seringues. Il leur apprend à se tenir loin des drogues. Il fait du bénévolat dans les églises locales. Chaque fois que c'est possible, il essaie de sensibiliser les gens. Et il réussit.

Cessera-t-il un jour d'utiliser la méthadone? Peut-être pas. Mais il est important que vous sachiez que la dépendance n'a pas de frontières. Elle peut toucher des personnes de toutes les classes, des sans-abri aux membres bien adaptés de la société.

Il est important que tous comprennent aujourd'hui que les pharmaciens voient ces patients tous les jours, qu'ils peuvent contribuer quotidiennement à ce qu'ils poursuivent leur traitement et qu'ils fassent des progrès.

M. Phil Emberley: Merci, Mark.

Il est important que nous intervenions relativement aux médicaments qui posent problème et que nous prenions des mesures pour prévenir leur mauvais usage et leur détournement, notamment au moyen d'une politique publique visant à empêcher la commercialisation de médicaments considérés comme problématiques.

Par exemple, l'an dernier, l'OxyContin s'est vu retirer la protection associée au brevet et a été approuvé comme médicament générique, en dépit du fait qu'il est reconnu comme un médicament entraînant une dépendance. Il nous faut un mécanisme réglementaire qui empêche les médicaments génériques présentant un risque élevé d'effets nocifs, comme l'OxyContin, d'être facilement approuvés et d'entrer sur le marché.

Le potentiel d'abus lié aux nouveaux médicaments de marque et génériques doit être pris en compte pour déterminer si la vente de ces médicaments est autorisée au Canada. Le fait que des formes d'OxyContin générique pouvant être broyées existent encore au Canada pose un risque majeur pour le public et rend les pharmacies plus vulnérables aux vols qualifiés.

De nombreuses provinces canadiennes ont mis en place des mesures de contrôle qui réduisent le détournement des narcotiques et des substances contrôlées. Le système de surveillance des stupéfiants de l'Ontario, ou ONMS, par exemple, sert de base de données centrale pour conserver l'historique des activités de prescription et de distribution de médicaments surveillés dans la province. L'ONMS peut vérifier les antécédents d'utilisation de médicaments surveillés et peut transmettre des alertes en temps réel aux pharmacies lorsqu'il y a un risque d'abus de médicaments.

Plusieurs autres provinces ont des programmes d'ordonnances en trois exemplaires. Bien que ces contrôles soient importants, le moyen le plus efficace serait la mise en place de dossiers de santé électroniques — en particulier des systèmes d'information sur les médicaments et un système d'ordonnance électronique dans toutes les provinces. Les pharmaciens, les médecins et les autres prescripteurs seraient en mesure de voir tous les narcotiques et les médicaments contrôlés ayant été prescrits et administrés aux patients. Le fait de connaître les antécédents de prise de médicaments contrôlés et les comportements d'un patient aiderait les pharmaciens et les prescripteurs à surveiller sa consommation et à exercer leur jugement professionnel.

Ce sont les pharmaciens, en tant que protecteurs du public, qui décident au bout du compte de fournir ou non un narcotique ou une substance contrôlée, en fonction de leur évaluation attentive du patient, de l'ordonnance et du médicament prescrit. Si les politiques

et les outils adéquats sont en place, nous pouvons faciliter le travail des pharmaciens à cet égard.

Merci. Nous nous ferons un plaisir de répondre plus tard à vos questions.

• (1550)

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant entendre la Fédération des ordres des médecins du Canada.

Vous disposez de 10 minutes. La parole est à vous.

Dr Rocco Gerace (président, Fédération des ordres des médecins du Canada): Merci beaucoup.

Je m'appelle Rocco Gerace et je suis heureux d'être ici à titre de président de la Fédération des ordres des médecins du Canada.

Je suis accompagné de Louise Marcus, directrice des Affaires professionnelles.

La Fédération des ordres des médecins du Canada est la voix des ordres provinciaux et territoriaux des médecins à l'échelle nationale et internationale.

J'ai acquis mon expérience dans la pratique de la médecine d'urgence et la toxicologie clinique. Durant de nombreuses années, j'ai utilisé les opioïdes pour les soins actifs, et je suis actuellement le registraire de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.

Nous savons que les opioïdes jouent un rôle essentiel dans le traitement de la douleur, qu'elle soit aiguë, chronique ou propre à la phase terminale. Il ne fait aucun doute que les professionnels de la santé tiennent tout autant que leurs patients à ce que la douleur soit atténuée. Mais le traitement de la douleur est empreint d'incertitude, surtout dans le cas des opioïdes, car on peut parler de sous-utilisation comme d'abus, et il peut être difficile de trouver le bon dosage. Il nous faut donc établir un équilibre. Nous devons encourager l'utilisation judicieuse de ces substances sans créer un climat de peur. Il est clair que si nous abordons ce problème de façon trop musclée, cela sèmera l'inquiétude chez les prescripteurs.

Nous savons qu'on abuse de ces médicaments au Canada. Nous figurons parmi les plus grands utilisateurs dans le monde; seuls les États-Unis nous devancent à ce chapitre. Le problème est multifactoriel; il concerne les prescripteurs, les préparateurs et dans certains cas, le public, en raison du détournement. Le mauvais usage de ces médicaments a de terribles conséquences sur l'individu; il peut créer une dépendance, qui peut parfois être fatale, mais je suis sûr que je n'ai pas besoin de vous parler des incidences sociales de l'abus de ces substances.

En ce qui concerne les médecins, nous pouvons constater, et je suis heureux de le dire, que la majorité d'entre eux prescrivent ces médicaments de manière appropriée. Cela dit, il y a de plus en plus de signalements liés à des pratiques de prescriptions inadéquates sur le plan de la réglementation. Cela peut avoir un certain nombre de résultats. Il y a des médecins qui veulent traiter le patient de façon appropriée et qui s'écartent un peu des normes. Il faut vraiment que l'on sensibilise ces médecins afin de les aider à faire un meilleur travail. De temps à autre, nous voyons des pratiques répandues de prescriptions inadéquates. Pour ces médecins, la seule solution est une approche réglementaire, et ultimement la révocation de leur droit de prescrire ces substances. Nous voyons rarement des cas de prescriptions excessives intentionnelles à des fins de détournement. Nous considérons qu'il s'agit là d'un comportement criminel et que ces individus devraient être poursuivis avec toute la rigueur de la loi. Mais je pense qu'il est important de se rappeler que les médecins veulent bien faire leur travail en prescrivant ces médicaments et en soulageant la douleur de leurs patients.

Je vais vous décrire brièvement ce qui a été fait au niveau de la communauté réglementaire. Il y a des liens vers cette activité dans le document que nous avons fait circuler.

Premièrement, au niveau national, les organismes de réglementation ont réuni des experts afin qu'ils élaborent des normes relativement à l'utilisation des opioïdes. Nous vous avons fourni le document de référence. Il a été validé à l'échelle internationale. Ces lignes directrices canadiennes fournissent des conseils fondés sur des données probantes quant à l'utilisation appropriée des opioïdes. Il en a résulté notamment un outil de gestion des opioïdes qui aide les médecins à utiliser ces médicaments de façon appropriée. Le document fournit également aux organismes de réglementation une mesure de la norme de diligence, afin que lorsque nous examinons les pratiques de prescription de chaque médecin, nous sachions à quels types de résultats nous pouvons nous attendre.

Deuxièmement, il y a l'activité menée en Ontario, dont je ne vais parler que brièvement. Il s'agissait d'un groupe de travail multilatéral chargé de déterminer ce que nous pourrions faire en tant que communauté pour résoudre ce que nous avons décrit comme un problème de santé publique. Dans le cadre de cette consultation, nous avons réuni des professionnels de la santé, des patients, des éducateurs, des responsables de l'application de la loi et des membres du gouvernement provincial. Je vais simplement mentionner quelques-uns des sujets abordés, et nous vous laisserons une copie de notre rapport.

• (1555)

Les recommandations que nous avons formulées sont tout aussi valables aujourd'hui. Nous avons proposé la création d'un système coordonné et accessible pour le traitement de la douleur et de la toxicomanie. Nous savons qu'au sein de la communauté, l'accès au traitement de la douleur ou au traitement de la toxicomanie est inadéquat.

Vous connaissez l'importance de la technologie. Nous avons estimé qu'il était important d'utiliser davantage la technologie, afin que tous les fournisseurs aient accès, en temps réel, à l'information relative aux médicaments que reçoivent leurs patients.

L'élément clé de nos recommandations, c'est la formation continue des fournisseurs de soins de santé, des patients et du grand public. Selon nous, il est important que tous ces acteurs connaissent les avantages et les risques associés aux opioïdes.

Enfin, nous avons estimé qu'il devait y avoir un mécanisme permettant à tous les intervenants de réduire les cas de détournement

en facilitant l'échange d'information, que ce soit avec les organismes de réglementation ou les organismes d'application de la loi. Il faut vraiment mettre un frein aux activités criminelles.

Pour conclure, je dirai qu'il s'agit d'un problème très complexe. J'aime beaucoup citer H.L. Mencken, un journaliste américain du début du siècle dernier. Il disait que pour chaque problème humain complexe, il existe une solution simple, facile et mauvaise. La question relative à l'usage des opioïdes est complexe. Nous devons nous employer ensemble à trouver des solutions qui pourront être appliquées partout au pays.

Au nom de la fédération, je vous remercie de l'intérêt que le comité et le gouvernement fédéral portent à cette question. Ce n'est que grâce à la participation de toutes les parties concernées que nous pourrions trouver des solutions efficaces à ce problème complexe. Je peux vous assurer que les organismes de réglementation médicale du pays seraient heureux d'offrir leur aide de quelque façon que ce soit.

Voilà qui conclut mes observations. Merci.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Gerace.

Je crois que les Maple Leafs de Toronto utilisent ce slogan depuis quelques années, et ce pourrait être le problème. Nous avons peut-être découvert le problème.

Dr Rocco Gerace: J'aimerais pouvoir me dissocier des Maple Leafs de Toronto.

Merci.

Le président: Très bien.

Nous allons maintenant entendre les représentants de l'Association canadienne du médicament générique.

Vous avez la parole pour 10 minutes.

M. Jim Keon (président, Association canadienne du médicament générique): Merci.

Bonjour.

Au nom de l'Association canadienne du médicament générique, je tiens à remercier le président et les membres du comité de nous donner l'occasion de participer à l'étude sur la lutte contre l'abus de médicaments d'ordonnance.

Je suis le président de l'ACMG et je suis accompagné aujourd'hui du Dr Colin D'Cunha, directeur des affaires médicales mondiales à Apotex Inc. Le Dr D'Cunha est aussi l'ancien médecin hygiéniste en chef de l'Ontario et il est professeur auxiliaire à l'école de médecine de l'Université de Toronto.

Je vais commencer par vous parler un peu de notre industrie.

L'industrie du médicament générique exerce ses activités dans les plus grandes sociétés du domaine des sciences de la vie en Ontario, au Québec et au Manitoba. Nous sommes les principaux fabricants et exportateurs de produits pharmaceutiques du Canada et nous faisons partie des sociétés qui investissent le plus dans la recherche et le développement dans tous les secteurs industriels.

Les sociétés de médicaments génériques procurent un emploi direct à plus de 12 000 Canadiens, dans des postes scientifiques hautement spécialisés du domaine de la recherche, du développement et de la fabrication, entre autres. Le rôle le plus important de notre industrie est de contrôler les coûts des soins de santé au Canada. Les médicaments génériques représentent 65 % de toutes les ordonnances exécutées; ils sont maintenant utilisés pour environ deux ordonnances sur trois au Canada. Cependant, ils représentent moins du quart des 22 milliards de dollars dépensés au Canada en médicaments d'ordonnance, les deux tiers du nombre d'ordonnances, et moins du quart des coûts.

Les médicaments d'ordonnance sont en général sans danger, mais seulement s'ils sont pris conformément à l'ordonnance et pour leur usage prévu. Lorsqu'on en abuse, ils peuvent causer toutes sortes d'effets néfastes sur la santé. Les médicaments d'ordonnance et en vente libre peuvent faire l'objet d'une consommation abusive lorsqu'ils sont utilisés pour un autre usage, en plus grande quantité ou d'une autre manière que ce qui est prescrit, et lorsque quelqu'un consomme un médicament qui a été prescrit à une autre personne.

Le comité a entendu de la part d'autres témoins des statistiques troublantes concernant la prévalence de la consommation abusive de médicaments d'ordonnance au Canada. C'est une source d'inquiétude pour tous les intervenants du milieu pharmaceutique et tous les Canadiens. Nous félicitons le gouvernement du Canada et le comité de leurs efforts pour examiner les rôles appropriés de tous les acteurs dans la chaîne d'approvisionnement afin de résoudre le problème de la consommation abusive des médicaments d'ordonnance.

Nous espérons que notre témoignage d'aujourd'hui vous sera utile à cet égard.

Au sujet du rôle de l'industrie pharmaceutique, je veux mentionner trois moyens utilisés par l'industrie des médicaments génériques pour appuyer les efforts de lutte contre l'abus de médicaments d'ordonnance. Premièrement, elle fournit des renseignements essentiels au sujet du profil d'innocuité, des pratiques appropriées de prescription et de l'usage des médicaments d'ordonnance; deuxièmement, elle gère une chaîne d'approvisionnement sécuritaire pour nos médicaments afin de réduire les possibilités de détournement; et troisièmement, elle assure l'élimination sécuritaire des médicaments non utilisés ou périmés.

Le premier élément porte sur les renseignements. Pour faire une petite mise en contexte, les fabricants de médicaments d'origine qui mettent au point de nouveaux médicaments font généralement la promotion de leurs produits auprès des médecins durant la période d'exclusivité des brevets. Les médicaments génériques arrivent habituellement sur le marché de 12 à 15 ans après la commercialisation du produit de marque d'origine. À ce moment, après 12 à 15 ans d'utilisation, les caractéristiques du médicament, notamment ses avantages thérapeutiques et ses effets secondaires, sont bien connus et comprises par les médecins et les pharmaciens, qui prescrivent et préparent le produit depuis de nombreuses années. Les fabricants de médicaments génériques ne présentent donc pas leurs produits de façon détaillée aux médecins. Nous appuyons toutefois de diverses manières l'amélioration des connaissances au sujet des produits que nous vendons.

Premièrement, les étiquettes et les emballages de nos produits fournissent aux professionnels des soins de santé l'information dont ils ont besoin pour prescrire et préparer les médicaments de façon appropriée. Santé Canada amorce actuellement une initiative importante qui fera en sorte que l'information qui figure sur les étiquettes et les emballages des médicaments sera plus facile à lire et

à comprendre pour le grand public — et nous participons à cet exercice.

Deuxièmement, nous avons nos monographies de produits. La monographie de produit est un document factuel et scientifique sur un médicament qui décrit les propriétés, les effets allégués, les indications et les conditions d'utilisation du produit et qui contient tout autre renseignement pouvant être requis pour assurer une utilisation sûre, optimale et efficace du médicament. Elle comprend les renseignements appropriés sur le nom du médicament, sa classification thérapeutique ou pharmacologique, ses effets ou sa pharmacologie clinique, et ses indications et utilisations cliniques. La monographie de produit inclut également bien d'autres renseignements relatifs à l'innocuité du produit, notamment les contre-indications, les mises en garde, les précautions et les effets indésirables. Conformément aux exigences de Santé Canada, le fabricant de médicaments génériques doit reprendre les renseignements qui sont contenus dans la monographie du produit de marque équivalent. Nous ne pouvons pas fournir des renseignements différents dans nos monographies de produits.

● (1600)

Le troisième domaine dans lequel les sociétés de médicaments génériques interviennent activement pour ce qui est des renseignements à l'intention des patients, c'est les plans de gestion des risques. Les sociétés élaborent des plans de gestion des risques, ou PGR, pour des médicaments particuliers en consultation avec Santé Canada. Ces plans comprennent des renseignements sur le profil d'innocuité d'un médicament, la façon d'éviter ou de réduire les risques pour les patients, les études prévues et d'autres activités permettant de mieux comprendre l'innocuité et l'efficacité du médicament, les facteurs de risque menant à des effets secondaires, ainsi que les activités destinées à mesurer l'efficacité de ces efforts de réduction des risques.

Le suivi de l'utilisation et de l'effet des médicaments est essentiel pour toute société pharmaceutique. Au Canada, les sociétés pharmaceutiques sont tenues de surveiller l'utilisation et l'effet d'un médicament donné; elles doivent aussi détecter, évaluer, comprendre et prévenir toute réaction indésirable ou tout autre problème connexe. Dans l'industrie pharmaceutique, ces activités et les études scientifiques qui s'y rattachent sont connues sous le nom de pharmacovigilance. Nos sociétés membres préparent des rapports de sécurité pour remplir les obligations de réglementation. Nous serions heureux de discuter davantage, avec le comité, des effets indésirables des médicaments. Nous effectuons également un suivi permanent et une revue de la littérature à l'échelle mondiale afin de repérer des études de cas sur les effets indésirables des médicaments.

Le deuxième domaine dans lequel les sociétés de médicaments génériques aident à prévenir l'abus de médicaments d'ordonnance, c'est la chaîne d'approvisionnement. La présence d'une chaîne d'approvisionnement sécuritaire est une grande priorité pour les sociétés de médicaments génériques. Elles fournissent à Santé Canada des médicaments approuvés pour répondre aux demandes du marché canadien. Les mêmes normes s'appliquent tant aux produits importés qu'aux produits fabriqués au pays, et il en va de même pour les produits de marque et les produits génériques. À l'heure actuelle, presque tous les médicaments génériques au Canada sont vendus à des distributeurs en gros qui sont autorisés par Santé Canada. Ces grossistes doivent remplir des normes strictes pour la distribution sécuritaire de médicaments dans l'ensemble du Canada. Ce sont les grossistes qui distribuent les médicaments aux pharmacies au Canada.

Il y a quatre aspects principaux liés à la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique: le processus d'approbation et d'examen de la réglementation, le processus de fabrication, l'approvisionnement et la livraison et, enfin, la livraison de première ligne. Je n'entrerai pas dans les détails, mais le Dr D'Cunha et moi serons heureux de répondre à toute question que vous pourriez avoir aujourd'hui sur la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique.

Le dernier point que je vais aborder, c'est l'élimination sécuritaire des médicaments d'ordonnance. Toute portion inutilisée d'un médicament offre des possibilités d'abus. Les médicaments qui sont laissés à la maison ou qui sont jetés dans la poubelle peuvent tomber entre de mauvaises mains et faire l'objet d'abus. Leur entreposage inapproprié à la maison peut également mener à des risques d'abus. Pour cette raison, ainsi que par souci de l'environnement, l'industrie des médicaments génériques enseigne aux consommateurs comment s'y prendre pour bien se débarrasser des médicaments.

Toutes les sociétés membres de l'ACMG participent aux activités de l'Association pour la récupération de produits de santé. Le programme de l'ARPS a pour objectif de recueillir les produits de santé périmés ou inutilisés avant qu'ils ne se retrouvent dans des sites d'enfouissement ou dans l'égout; il vise également à assurer une collecte et une élimination sécuritaires et efficaces. Le retour des médicaments se fait sans frais pour les consommateurs. Tous les coûts liés à la collecte et à l'élimination appropriée des produits pharmaceutiques sont payés par les membres de l'ACMG qui font partie de l'industrie pharmaceutique et de l'industrie des produits de santé. De plus, en mai 2013, le gouvernement du Canada a lancé la première Journée nationale de retour de médicaments, durant laquelle la population était encouragée à remettre des médicaments inutilisés aux postes de police et de la GRC en vue de leur élimination sécuritaire et appropriée. Nous tenons à féliciter le gouvernement pour cette initiative, et nous sommes heureux de participer à une table ronde des intervenants.

Je vais m'arrêter là. Je vous remercie encore une fois d'avoir donné à l'industrie des médicaments génériques l'occasion de participer à votre étude. Le Dr D'Cunha et moi serons ravis de répondre aux questions

• (1605)

Le président: Parfait, merci beaucoup.

Le dernier témoin que nous allons entendre aujourd'hui vient de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie.

Madame Bouchard, on vous écoute.

Mme Carole Bouchard (directrice générale, Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie): Merci, monsieur le président.

Bonjour, mesdames et messieurs.

C'est avec plaisir que l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie comparait aujourd'hui devant le comité.

Notre association sait que le comité a récemment entamé une étude sur le rôle du gouvernement dans la lutte contre l'abus de médicaments d'ordonnance et qu'il souhaite consacrer la réunion d'aujourd'hui aux pratiques exemplaires et aux obstacles fédéraux à la pratique et à la formation des professionnels de la santé.

Nous vous remercions de nous donner l'occasion de présenter notre point de vue sur ce sujet important.

Permettez-moi d'abord de vous expliquer qui nous sommes. L'ANORP, ou l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie, est un organisme sans but lucratif qui représente les organismes de réglementation de la pharmacie de l'ensemble des provinces et des territoires. Son mandat est de protéger le public. Parmi ses membres, mentionnons les services de pharmacie des Forces canadiennes.

Nos membres jouent un rôle essentiel pour veiller à ce que des méthodes de réglementation optimales soient en place dans l'intérêt de tous les Canadiens. Plus de 36 000 pharmaciens ont reçu une licence de nos membres pour pratiquer la pharmacie partout au pays et exercer leurs activités dans le cadre de pratiques et d'exigences réglementaires précises. Nos membres ont également commencé à accorder des licences à un autre groupe, les techniciens en pharmacie, dans certaines compétences du Canada où ce groupe est maintenant réglementé.

L'exposé que je ferai aujourd'hui aux membres du comité se divise en quatre grandes parties: d'abord, je vais vous donner une vue d'ensemble de l'abus de médicaments d'ordonnance; ensuite, je vous parlerai des mesures prises jusqu'à présent par notre association pour contribuer au dossier; après cela, j'aborderai le rôle des praticiens de la santé et de leurs organismes de réglementation; et en conclusion, je me pencherai sur le domaine le plus urgent que le gouvernement fédéral doit améliorer sur le plan de la réglementation.

Tout d'abord, j'aimerais vous faire part de notre perspective sur l'abus de médicaments d'ordonnance. Pour les besoins de notre exposé, par abus de médicaments d'ordonnance, nous entendons des médicaments qui, de façon générale, sont susceptibles de faire l'objet d'abus, comme les analgésiques, les stimulants, les tranquillisants et les somnifères.

Les médicaments d'ordonnance approuvés par Santé Canada sont examinés en fonction de leur innocuité, efficacité et qualité, puis ils sont mis à la disposition des praticiens de la santé pour aider les patients à composer avec leurs problèmes de santé et les symptômes qui les accompagnent. Les médicaments d'ordonnance occupent donc une place dans l'arsenal des médicaments thérapeutiques. Toutefois, ils présentent un risque d'abus et, lorsqu'ils sont pris ou utilisés de façon inappropriée, ils peuvent causer des problèmes.

La question de l'abus de médicaments d'ordonnance ne date pas d'hier, mais elle semble avoir été oubliée ou sous-estimée dans le cadre de ce qu'on appelle actuellement la Stratégie nationale antidrogue, élaborée sous la direction du ministère de la Justice. Il faut que cela change. Je suis convaincue que le comité a déjà entendu d'autres témoins parler en détail de la situation globale au Canada et à l'échelle mondiale en ce qui concerne ce dossier. Le Canada n'est pas le seul à se pencher sur la question. La Commission des stupéfiants de l'Organisation des Nations Unies s'y intéresse aussi.

Je suis sûre que nous avons tous été témoins, au moins une fois, du tort que subit une personne à la suite d'un abus de médicaments d'ordonnance. C'est triste pour la personne et pour sa famille, mais cette situation aurait pu être évitée.

Cela m'amène au deuxième point de mon exposé, à savoir les mesures prises jusqu'à présent par notre association pour contribuer au dossier. Ces dernières années, l'ANORP a participé à une série de réunions et d'ateliers organisés par le ministère de la Sécurité publique et le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Nous avons cru comprendre que tous ces travaux visaient à jeter les bases d'une stratégie antidrogue renouvelée pour le Canada. Nous avons accepté de faire partie du Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance. Cette initiative était importante pour l'ANORP et ses membres afin d'examiner le problème d'un peu plus près et d'élaborer une stratégie destinée à améliorer la situation au Canada.

Nous sommes heureux d'avoir contribué à ce travail, qui a mené à la publication du rapport intitulé *S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada*. Comme vous le savez, plusieurs recommandations y ont été formulées. Le rapport a établi une vision et une marche à suivre.

L'ANORP, par l'entremise de son président, continue son travail avec le Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance.

Voilà qui m'amène naturellement à la troisième partie de mon exposé, c'est-à-dire le rôle des praticiens de la santé et des organismes de réglementation dans la lutte contre l'abus de médicaments d'ordonnance. Les praticiens de la santé sont des professionnels réglementés qui respectent un code de déontologie et suivent les normes de pratique élaborées par leurs organismes de réglementation. L'objectif est d'assurer une uniformité, partout au Canada, sur le plan de la protection du public.

Les pharmaciens ne font pas exception. Ils se conforment à la norme de pratique qui consiste à fournir des services de gestion en pharmacothérapie. Ce sont des experts en gestion de médicaments, et leur but est d'assurer une pharmacothérapie optimale pour les patients. Ils travaillent en collaboration avec le patient et d'autres fournisseurs de soins de santé pour définir les besoins en matière de santé et résoudre les problèmes liés à la pharmacothérapie. Ils préparent des plans de soins. Ils assurent la mise en oeuvre, la surveillance et le suivi. Les pharmaciens peuvent repérer des enjeux, fournir des services de sensibilisation ou d'autres renseignements et, au besoin, diriger les patients vers d'autres fournisseurs de soins de santé.

• (1610)

Les médicaments susceptibles de faire l'objet d'abus ne sont pas différents des autres médicaments. La tâche ou le travail du pharmacien consiste à trouver la pharmacothérapie la plus appropriée, selon les symptômes de l'état pour lequel le patient est traité, et à en faire un suivi afin de repérer des problèmes, comme des effets secondaires ou un mauvais usage.

Au besoin, les organismes de réglementation prennent des mesures pour corriger tout problème que pourraient rencontrer leurs membres dans le cadre de leur travail. Les organismes de réglementation offrent aussi une série de lignes directrices et de normes pour favoriser des pratiques exemplaires dans le travail quotidien des pharmaciens. Ils collaborent avec d'autres intervenants dans le cadre d'initiatives qui visent à améliorer la sécurité des patients et la protection du public. Même si les organismes de réglementation et les pharmaciens font de leur mieux pour lutter contre l'abus de médicaments d'ordonnance grâce à une panoplie d'interventions et de moyens, ils manquent d'outils et de pouvoirs en ce qui a trait aux médicaments susceptibles de faire l'objet d'abus. Au Canada, la plupart de ces médicaments sont visés par Loi

réglementant certaines drogues et autres substances, qui est une loi fédérale.

J'en arrive à la dernière partie de mon exposé, qui porte sur le domaine le plus urgent où le gouvernement fédéral devrait intervenir.

La Loi réglementant certaines drogues et autres substances, ou LRCIDAS, est entrée en vigueur vers la fin des années 1990. Cette mesure législative a permis d'instaurer une série de nouvelles dispositions qui, déjà à l'époque, se faisaient attendre depuis trop longtemps au Canada. Toutefois, depuis l'adoption de la loi, on n'a pas amélioré les règlements pris en vertu de la loi. Étant donné que la loi prévoit une interdiction totale, les règlements sont nécessaires pour définir le type d'activités et de contrôles pour les médicaments d'ordonnance susceptibles de faire l'objet d'abus.

Le milieu des soins de santé et le rôle des praticiens de la santé ont considérablement changé depuis la fin des années 1960, mais le cadre de réglementation pour les stupéfiants et les médicaments contrôlés — cadre qui dicte comment ces médicaments doivent être importés, distribués, vendus, prescrits, délivrés et détruits — lui, n'a pas changé.

Cette situation crée des problèmes pour les intervenants, comme les praticiens de la santé, les organismes de réglementation et d'application de la loi, puisque le cadre désuet n'est pas adapté aux besoins et au contexte d'aujourd'hui. En outre, il n'y a presque aucun suivi de ces activités de conformité.

Notre association appuie toute intervention qui mettra l'accent, entre autres, sur l'éducation, la prévention, le traitement, le suivi, la surveillance, l'application de la loi et la recherche. Mais par-dessus tout, nous croyons que le gouvernement fédéral doit prendre les devants, en collaboration avec les intervenants touchés, pour remanier le cadre de réglementation au Canada afin qu'il soit mis à jour et adapté au contexte actuel. Par exemple, dans les règlements actuels, on parle de déposer des copies papier d'ordonnances, alors qu'il est maintenant possible d'assurer une reddition de comptes et un contrôle adéquats par voie électronique, sans nuire à la protection du public. Les organismes de réglementation se sont heurtés à des situations dans lesquelles ils devaient prendre des mesures pour empêcher ou prévenir un problème d'abus de médicaments, seulement pour se voir obligés de limiter leur intervention en raison du manque de pouvoirs prévus dans la réglementation fédérale. Cela tient, en partie, au manque d'échange d'information, de pouvoirs et de systèmes entre les organismes de réglementation fédéraux et leurs équivalents provinciaux et territoriaux.

En restructurant le cadre de réglementation, le gouvernement doit, selon nous, élaborer les paramètres les plus pertinents pour le contexte d'aujourd'hui et de demain, c'est-à-dire créer un cadre qui assure la meilleure reddition de comptes pour la gestion de cette catégorie de médicaments et qui élimine des obstacles empêchant les praticiens de la santé, y compris les pharmaciens, d'exercer pleinement leur profession.

Par ailleurs, nous croyons que le gouvernement doit clarifier ses intentions quant à la portée de l'intervention fédérale pour cette catégorie de médicaments. Tout cadre de réglementation fait appel non seulement à un plan de suivi, en plus d'un plan de conformité et d'application de la loi, mais aussi à des ressources pédagogiques pour mettre en pratique les deux plans. Il faut également s'assurer que les organismes de réglementation peuvent échanger de l'information entre eux afin de lutter contre l'abus de médicaments d'ordonnance. Il faut créer un mécanisme de suivi, à l'échelle nationale, concernant les médicaments d'ordonnance susceptibles de mener à des abus. On doit aussi mettre en oeuvre de nouvelles technologies ou d'autres initiatives de cybersanté partout au pays.

Un bon exemple à cet égard, c'est l'effort déployé par les États-Unis pour établir un programme de suivi des médicaments d'ordonnance, appelé InterConnect, qui relie les programmes à l'échelle des États.

● (1615)

Il faut également mentionner que le gouvernement se doit de jouer un rôle dans la surveillance après la mise en marché. L'abus de médicaments, les surdoses et les prescriptions inappropriées — voilà autant d'exemples de situations qui exigent un suivi accru de la part de Santé Canada, beaucoup plus que ce qui a été fait ces dernières années.

De plus, le gouvernement doit agir plus rapidement en ce qui concerne l'inscription de médicaments aux annexes de la LRC DAS. À défaut de quoi, le gouvernement laisse une série de médicaments sans suivi, parfois pendant une longue période. Lorsqu'un médicament n'est pas inscrit en annexe, cela crée souvent beaucoup de confusion chez les intervenants et les professionnels de la santé quant aux mesures de contrôle qui s'appliquent aux médicaments en question. Par exemple, de nombreux programmes provinciaux de surveillance des prescriptions, que nous appelons des programmes en trois exemplaires, n'ajouteront pas un médicament à la liste des médicaments contrôlés tant que Santé Canada n'aura pas répertorié le médicament...

Le président: Pardon, madame Bouchard, en avez-vous encore pour longtemps?

Mme Carole Bouchard: J'ai presque fini.

Le président: D'accord, merci beaucoup.

Mme Carole Bouchard: Par conséquent, ces médicaments doivent être inscrits en annexe au plus vite afin qu'on puisse les ajouter à la liste des substances contrôlées. Il faudrait accélérer le processus de mise sous contrôle des médicaments qui risquent d'être utilisés de façon abusive. De plus, il est nécessaire de procéder d'urgence à un examen et à une mise sous contrôle lorsqu'on observe de nouvelles tendances d'abus, par exemple, du côté des produits de santé en vente libre.

En conclusion, je tiens à répéter que l'abus de médicaments d'ordonnance a des conséquences importantes pour la santé des Canadiens et qu'il peut aussi créer d'autres problèmes comme la pénurie de médicaments. Lorsqu'un médicament est utilisé de façon excessive ou inappropriée, cela peut réduire l'offre au point où le médicament n'est soudain plus disponible pour ceux qui en ont besoin à des fins légitimes. Nous savons qu'il y a beaucoup à faire dans ce dossier et nous contribuerons au travail du Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments d'ordonnance.

Nous croyons que, comme point de départ, il faut remanier le cadre législatif.

Merci encore une fois, monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du comité, de nous avoir donné l'occasion de comparaître devant vous aujourd'hui.

Le président: Merci infiniment.

Nous sommes entourés d'un groupe de témoins brillants qui nous ont fait d'excellents exposés.

Comme vous pouvez le constater, chers collègues, nous recevons aujourd'hui de nombreuses personnes. Vous devrez tous avoir l'occasion de poser vos questions si chacun respecte son temps de parole. Alors, ne m'en veuillez pas si je vous interromps après sept ou cinq minutes. Par ailleurs, comme on l'a dit tout à l'heure, à cause du grand nombre de témoins que nous accueillons, si vous pouviez adresser vos questions à la personne pertinente, ce serait très utile pour assurer le bon déroulement de la réunion.

Nous allons commencer par Mme Davies, qui dispose de sept minutes.

● (1620)

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

Nous avons beaucoup de témoins aujourd'hui. Merci d'être venus.

Alors que nous abordons le sujet de plus en plus en profondeur, je me retrouve dans un dilemme, en quelque sorte. Je suis certainement d'accord avec le Dr Gerace lorsqu'il dit que c'est un enjeu complexe. Il n'y a pas nécessairement de réponse claire et nette. Plusieurs choses doivent être faites.

Après avoir entendu autant de témoins ou d'acteurs du milieu, que ce soit du point de vue de la réglementation, du point de vue professionnel ou du point de vue des praticiens, j'en suis rendue à me demander en quoi consiste le problème, en réalité. Est-ce simplement un navire si endommagé qu'il est en voie de couler? Vous nous avez tous dit que nous avons un problème très grave au Canada.

J'aimerais vous parler d'une expérience que j'ai vécue il y a deux ou trois semaines dans une pharmacie de Vancouver. Je suis allée faire renouveler une ordonnance d'un médicament générique. Ce n'était pas un antidépresseur, ce n'était pas un stimulant, ce n'était pas un opiacé, c'était simplement un médicament générique ordinaire. J'ai été plutôt heureuse de me faire répondre que je ne pouvais pas avoir un renouvellement, car il restait trop de jours. On a pris le temps de les compter. J'ai indiqué que je voyage beaucoup et que je crains d'en manquer. On m'a indiqué que je devais attendre un certain nombre de jours.

La raison qui m'a été donnée n'avait rien à voir avec la sécurité ou quelque chose du genre — je ne pense pas qu'il y avait des questions liées à la sécurité —; c'était lié à la couverture d'assurance. La question, c'est que la compagnie d'assurances qui administre le régime fédéral ne m'aurait pas donné un remboursement à moins que je n'aie respecté certains délais. Je me demande pourquoi j'ai eu cette réponse lorsque j'ai essayé de renouveler une ordonnance pour un médicament ordinaire, tandis que pour des médicaments plus forts qui pourraient poser des problèmes liés à la dépendance, vous nous dites qu'il y a beaucoup de lacunes, d'après ce que j'ai compris, et que nous avons un grave problème.

Madame Bouchard, je suis heureuse que vous ayez parlé du système de surveillance et de ce qui se passe aux États-Unis. Il me semble que c'est là quelque chose que nous devons faire au Canada. Il nous faut une stratégie pancanadienne quelconque par rapport à un système de surveillance. Je me demande si vous pouvez nous en dire un peu plus sur la façon dont cela pourrait fonctionner.

Ma deuxième question s'adresse à M. Barnes. Nous avons été très heureux d'entendre parler de votre expérience de première ligne pour les deux cas que vous avez donnés en exemple. Ce qui m'a frappé, c'est que vous avez parlé des deux cas sans porter de jugement. C'est bien, parce que je pense que les personnes qui ont des problèmes de dépendance sont stigmatisées, que ce soit un utilisateur de la rue ou un comptable, comme celui dont vous avez parlé, l'homme qui craignait de parler à sa femme. De votre point de vue de professionnel de la santé de première ligne, comment pouvons-nous lutter contre cette stigmatisation?

Manifestement, vous avez établi une très bonne relation avec cet homme. Je ne sais pas à quel point c'est rare; j'imagine que c'est assez rare. Comment pouvons-nous réduire la stigmatisation de façon à ce que les gens puissent avoir accès à des soins adéquats lorsqu'ils se retrouvent en difficulté? Le système doit fonctionner, mais lorsque les gens se retrouvent en difficulté — intentionnellement ou non —, comment pouvons-nous éliminer la stigmatisation dont ils font l'objet pour que nous puissions ensuite réellement nous employer à leur fournir des services d'intervention adéquats sans criminaliser ou stigmatiser les gens, ce qui ne fera que les pousser davantage à se cacher?

Je suis désolée; c'est assez long, mais j'aimerais simplement que Mme Bouchard et M. Barnes me donnent des réponses sur ces deux aspects.

Mme Carole Bouchard: Je vous remercie de la question.

Pour ce qui est d'un système de surveillance pancanadien, je pourrais donner une réponse à deux volets. Premièrement, dans la majeure partie des États-Unis, il existe déjà un programme de surveillance des ordonnances et les responsables se sont rendu compte, peut-être un peu trop tard, qu'ils avaient besoin de mécanismes pour relier les programmes de surveillance des ordonnances des différents États pour avoir une meilleure idée de la situation au pays. Encore une fois, je ne pense pas que leur système est une approche proactive adéquate. Je ne pense pas qu'ils obtiennent tout ce qu'ils voulaient en raison des différences qui existent entre chacun des États.

Pour le Canada cependant, pour ce qui est de la deuxième partie de la réponse à votre question, je pense que nous devons avoir un programme de surveillance pancanadien qui devra vraiment tirer parti de ce qui est mis en oeuvre dans chacune des provinces et chacun des territoires pour la création d'un programme national.

Pendant un certain temps, le Canada avait un système national, mais il n'était pas automatisé. C'était dans les années 1980 et 1990, mais il a été abandonné au fil des ans. Maintenant, nous avons la technologie électronique nécessaire pour le faire et ce serait un avantage parce qu'il y a une catégorie de médicaments importante qui pourrait être visée par ce mécanisme, mais nous devons être proactifs.

• (1625)

M. Mark Barnes: Je peux certainement comprendre le problème lié au régime d'assurance-médicaments. Comme vous le savez, cela se produit quotidiennement pour un approvisionnement d'une journée; je comprends donc ce que vous voulez dire. Malheureusement, cela ne fonctionne pas dans le cas d'une dépendance, parce qu'un patient qui utilise un médicament à mauvais escient paiera comptant, tout simplement. Malheureusement, la solution du régime d'assurance-médicaments n'est pas possible.

Vous avez parlé de mon approche. Elle est unique en ce sens qu'il s'agit d'une approche de traitement de la dépendance axée sur le respect. À cet égard, j'ai moi-même dû évoluer parce que j'étais

malheureusement le prototype même du fournisseur de soins de santé qui ne croyait pas en ces choses. Ma propre évolution, par l'intermédiaire de mes patients, m'a appris que cela peut fonctionner. Mon respect découle de mon expérience.

Donc, premièrement, la réponse est que le respect découle de l'expérience, mais nous pouvons aussi fournir des conseils. Je pense qu'il y a trois réponses à votre question. La première porte sur l'enseignement du respect aux étudiants universitaires — les étudiants en médecine, les étudiants en soins infirmiers, les étudiants en pharmacie et les étudiants en médecine dentaire. Je pense que si nous pouvons leur faire prendre conscience des problèmes et leur enseigner d'abord une approche du traitement de la dépendance axée sur le respect... L'éducation est très importante, je pense, tout comme il est important d'avoir des éducateurs qui ont la même approche.

C'est là que cela commence, mais il faut aussi que cela se poursuive ensuite au sein de notre propre profession. Je siège aussi à un comité pour le programme S'abstenir de faire du mal, de même qu'à un comité de travail pour les équipes de traitement et il n'y a pas, chez les pharmaciens, par exemple d'uniformité quant au niveau de formation uniforme dans le domaine des traitements. Chaque province a ses propres exigences quant à la formation requise pour oeuvrer dans le secteur de la prévention et du traitement de la toxicomanie, que ce soit dans le cadre du programme de traitement à la méthadone en Ontario... Je viens d'aller à Terre-Neuve pour présenter un exposé dans une université. Il nous faut un système d'éducation normalisé qui aborde le traitement des toxicomanies de manière uniforme, avec cette approche fondée sur le respect. Je pense que si nous travaillons de concert avec le milieu universitaire et aux étudiants, cela peut faire une énorme différence, puis avoir une formation uniforme ou une formation postsecondaire sur le traitement de la toxicomanie...

Le troisième aspect, c'est qu'il faut éduquer les gens. Il importe peu que l'on parle d'hypertension artérielle ou du traitement de la dépendance; il n'y a aucune différence. Au cours de la dernière décennie, nous avons fait un travail phénoménal en santé mentale pour que ce sujet sorte de l'ombre, pour que cesse la honte et pour qu'on arrête de voir la maladie mentale comme un défaut de caractère, comme une fausse maladie.

Je pense que nous devons adopter la même approche pour le traitement de la dépendance. Malheureusement, le traitement de la dépendance ne vient pas seul; il s'agit habituellement d'un triangle. Il y a la douleur, la dépendance et la maladie mentale. Il y a une raison à cela. Comme le disent mes patients, ils n'ont pas eu envie de se piquer du jour au lendemain. On tente de fuir une réalité quelconque.

Une voix: [Note de la rédaction: inaudible]

M. Mark Barnes: Oui, exactement. On tente de fuir un événement malheureux, même chez nos propres militaires, dans le cas du stress post-traumatique; il est donc important d'avoir l'esprit ouvert lorsqu'on aborde de telles questions. De plus, ce que nous avons fait dans le domaine de la santé mentale au cours des 10 dernières années est phénoménal. En fait, la question n'est pas tant de savoir pourquoi la dépendance existe, mais pourquoi la douleur existe.

Le président: Merci, monsieur Barnes.

C'étaient de très bonnes questions, madame Davies.

Madame Adams, vous avez sept minutes.

Mme Eve Adams (Mississauga—Brampton-Sud, PCC): Merci.

Merci beaucoup, monsieur Barnes. Vous avez souligné un excellent point, c'est-à-dire le fait que les directives cliniques pour les pharmaciens varient d'une province à l'autre, malheureusement.

Connaissez-vous — vous ou quelqu'un d'autre — certaines des principales et meilleures lignes directrices pour la pratique clinique?

M. Mark Barnes: Je serais porté à croire que l'Ontario est l'un des chefs de file. Nous avons une formation poussée. En Ontario, si vous voulez être un distributeur autorisé de méthadone, il faut suivre une formation exhaustive.

Puisque je viens de Terre-Neuve, je peux dire que la province n'offre malheureusement pas une telle formation; il faut consulter les lignes directrices et il faut les avoir sur place. En Ontario, il y a beaucoup de formation. Un cours de plusieurs mois est offert en ligne, puis il faut se rendre au CAMH pour y suivre une formation de deux ou trois jours. C'est une formation vraiment exhaustive. Je dirais donc que l'Ontario est l'un des chefs de file.

• (1630)

Mme Eve Adams: Merci. Cela nous aidera dans notre étude.

Si vous le permettez, j'aimerais aussi vous poser cette question, monsieur Barnes, et peut-être à quiconque autour de la table aimerait y répondre. Pourriez-vous nous donner des suggestions concrètes sur la façon dont nous pourrions améliorer les lignes directrices pour la pratique clinique en ce qui a trait aux prescriptions et aux ordonnances excessives?

Monsieur Mock?

M. David Mock: Permettez-moi de dire, seulement en raison de mon rôle au CCLT, de ma participation pour le document du RCDSO sur le comité de formation et aussi du fait que je suis éducateur et membre du Centre for the Study of Pain de l'Université de Toronto, que je pense que M. Barnes a très bien résumé le tout.

Premièrement, on tente actuellement de préparer ces lignes directrices. En ce qui concerne la documentation qui sera présentée au CCLT, M. Barnes travaille sur l'aspect thérapeutique et je travaille sur l'aspect éducatif. Il existe déjà d'excellentes lignes directrices sur la prescription des opiacés. Les lignes directrices canadiennes qui ont été mentionnées plus tôt viennent de l'Université McMaster.

Le comité de la partie espère produire une liste des compétences que les cliniciens devaient posséder et que les établissements d'enseignement seront par conséquent capables d'appliquer. Le comité est formé de représentants de toutes les professions dans le domaine de la santé ainsi que de profanes. Ces compétences sont celles que devraient posséder les cliniciens et, par conséquent, les étudiants. De plus, d'autres comités préparent des lignes directrices sur la prescription, l'ordonnance et la destruction subséquente des opiacés pour les retirer du marché. Je pense que beaucoup de ces choses sont en cours.

Comme j'ai déjà mis la main sur le microphone — et mes collègues savent que j'ai tendance à trop parler —, j'aurais un autre commentaire. À mon avis, l'un des aspects que le comité devrait étudier est celui de la douleur, qui a été mentionné. Lorsqu'on étudie les opiacés, il faut chercher à savoir pourquoi on l'utilise, et c'est le soulagement de la douleur. Un des problèmes que nous avons, que je constate en tant que clinicien du traitement de la douleur, c'est la disparité en matière de services de traitement de la douleur au pays ou dans notre propre province, ce qui ne laisse aux cliniciens qu'une seule option, c'est-à-dire la prescription d'opiacés. Il existe des méthodes non pharmacologiques ou moins axées sur la pharmacologie qui pourraient être plus accessibles, ce qui aiderait à réduire le problème, à mon avis.

Mme Eve Adams: J'aurai très hâte de recevoir cette documentation lorsqu'elle sera prête, mais y a-t-il quelqu'un qui aurait d'autres suggestions concrètes?

Dr Rocco Gerace: J'aimerais seulement souligner, comme M. Mock l'a fait, l'existence des directives canadiennes sur l'utilisation des opioïdes pour le soulagement de la douleur chronique. Elles ont été établies en fonction de la littérature actuelle. L'Université McMaster se charge de leur mise à jour et une publication américaine a récemment confirmé qu'il s'agit d'un ensemble de lignes directrices valide et complet.

Ce travail a été fait et les lignes directrices existent — nous y avons fait allusion dans notre mémoire — et je dirais au comité qu'il convient de les utiliser à l'avenir.

Mme Eve Adams: Merci.

Ces deux ou trois dernières semaines, nous avons entendu plusieurs témoins et il apparaît très clairement qu'il n'existe pas beaucoup de données sur l'abus de médicaments d'ordonnance dans l'ensemble de la population. Comment devrions-nous aborder cette question, à votre avis?

Oui, monsieur Mock.

M. David Mock: Le groupe de travail issu du programme S'abstenir de faire du mal se penche sur cette question et faire des recommandations.

Vous avez raison: il ne s'agit pas seulement des connaissances sur le problème de la dépendance et sur la facilité de développer une dépendance, mais aussi de choses qui ont été mentionnées, comme l'entreposage des médicaments à domicile. Vous obtenez une prescription; à quel endroit conservez-vous les médicaments? Vos enfants y ont-ils accès? Si vous ne prenez pas tous les médicaments, que faites-vous du reste? Ce sont tous des enjeux liés à l'éducation du public.

Je sais que tous les organismes de réglementation et toutes les associations de santé cherchent à régler cette question au sein de leur province respective. Je pense que des recommandations plus larges à l'échelle nationale ressortiront du document du CCLT. Vous avez raison de dire qu'il faut régler le problème.

Je pense certainement que c'est commencé. Le processus est enclenché.

Mme Eve Adams: Merci.

Monsieur Emberley, par l'intermédiaire de la présidence.

M. Phil Emberley: Oui; j'ai simplement un commentaire.

Un des aspects sur lesquels nous devrions vraiment nous concentrer, c'est que l'on n'informe pas nos jeunes à un très jeune âge sur les dangers que présentent les médicaments et le rôle des médicaments dans le traitement des maladies. Je pense que nous devons intervenir très tôt. Nous devons aller dans les écoles et nous devons parler aux jeunes des médicaments avant qu'ils n'acquiescent des croyances et des idées erronées sur les médicaments qu'ils obtiennent sur la rue ou qui leur sont fournis par d'autres. Nous devons les instruire très tôt.

L'APhC a mis en oeuvre des programmes; des pharmaciens se rendent dans les écoles et renseignent les jeunes à ce sujet. Je pense que c'est absolument par les jeunes qu'il faut commencer.

Ensuite, il y a aussi une approche interprofessionnelle utilisée pour informer les patients qui ont des douleurs sur le risque de dépendance et sur la façon de l'éviter. Je pense que c'est vraiment important.

•(1635)

Mme Eve Adams: Brièvement...

Le président: Il vous reste 40 secondes.

Mme Eve Adams: Un des problèmes découle du fait qu'il est difficile de trouver des données concrètes sur la prévalence de l'abus de médicaments d'ordonnance. Selon vous, où devrions-nous regarder? Y a-t-il d'autres pays qui sont à l'avant-garde sur ces questions? [Note de la rédaction: difficultés techniques] ... ce qui est légitime lorsqu'on cherche à trouver les meilleurs conseils possible?

M. David Mock: Je pense que mes collègues seraient d'accord pour dire qu'il s'agit d'une très bonne question à laquelle il est difficile de répondre, certainement à l'échelle nationale, à moins que quelqu'un sache quelque chose que je ne sais pas. Je ne pense pas que nous avons une base de données de ce genre.

Mme Eve Adams: Voilà la difficulté.

Merci beaucoup.

Le président: Vous êtes tout à fait dans les temps, madame Adams. Très bien.

Nous passons maintenant à Mme Fry.

L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

Nous parlons beaucoup d'usage abusif, parce que le sujet que notre comité étudie est l'usage abusif de médicaments d'ordonnance, et non des opioïdes seulement. Bon nombre des médicaments d'ordonnance ont tendance à créer des dépendances.

La grande question que je souhaitais poser et ce, précisément à Mark Barnes, est la suivante. Il y a la stigmatisation dont vous avez parlé plus tôt, et nous avons également discuté des gens qui prennent des médicaments d'ordonnance pour soulager les douleurs qu'ils ressentent. Ils prennent ces médicaments après s'être blessés au dos, puis il y a, bien entendu, les gens qui vivent maintenant dans la rue et qui ont développé une dépendance à l'héroïne ou à toutes les drogues, puisqu'elles sont toutes pareilles.

En votre qualité de pharmacien, j'aimerais que vous nous expliquiez la différence entre le Dilaudid, l'héroïne vendue dans la rue, et n'importe lequel des médicaments qui nous sont prescrits pour la douleur. Pouvez-vous nous expliquer simplement cela? Je pense connaître la différence, mais il serait peut-être intéressant de vous entendre l'énoncer.

M. Mark Barnes: En ce qui concerne la possibilité de développer une dépendance à un opioïde, je signalerais tout d'abord qu'un opioïde est un dérivé de l'opium. Celui-ci provenait à l'origine des graines de pavot, mais il va de soi qu'il a ensuite été produit chimiquement. Il existe différents dérivés de l'opium, dont le plus célèbre est probablement la morphine. Ces dérivés sont très efficaces, et j'espère que votre comité ne considère pas ces opioïdes comme nocifs parce que, malheureusement, ils sont géniaux pour soulager la douleur. D'ailleurs, dans le cadre de l'exercice de ma spécialité, je recommande l'utilisation responsable des opioïdes, que ce soit le fentanyl ou l'ensemble des dérivés.

Ces opioïdes activent les récepteurs des opioïdes ou se lient à eux. Par conséquent, qu'il s'agisse d'héroïne, d'OxyContin, d'hydromorphone ou de morphine, ils se lient tous aux mêmes récepteurs.

Certains produits chimiques se lient plus facilement aux récepteurs que d'autres, et ils sont certes plus susceptibles d'engendrer certains des effets indésirables qu'on leur prête. C'est ce dont on entend parler, à savoir les surdoses, l'hypoventilation, la bradycardie et les divers effets qui me rendent nerveux lorsque je les

distribue. Toutefois, selon notre point de vue, ce sont essentiellement des opioïdes, et ils produisent donc tous les mêmes effets de classe, à différents degrés. De plus, ils sont tous également dangereux lorsqu'ils sont pris à la plus forte dose.

L'hon. Hedy Fry: Nous avons beaucoup parlé de l'établissement de lignes directrices relatives à l'usage d'opioïdes d'ordonnance et à la prescription de médicaments, tout comme nous avons parlé des compétences que les professionnels doivent avoir pour exercer ces activités. Nous avons abordé tous ces sujets. Nous parlons alors de la personne qui fournit le médicament. Mis à part les médicaments prescrits par quelques mauvais éléments, ces derniers sont prescrits pour aider des patients. Ils sont prescrits parce qu'ils sont nécessaires, et ils sont les seuls médicaments à pouvoir être utilisés.

Toutefois, certaines personnes sont plus susceptibles de développer des dépendances que d'autres. Lorsque vous prescrivez des médicaments, pouvez-vous penser à une façon de repérer les patients qui seront plus susceptibles de développer des dépendances que les autres.

M. Mark Barnes: Je suis pharmacien. Je ne prescris pas de médicaments.

L'hon. Hedy Fry: Ma question s'adresse à quiconque souhaite y répondre. Peut-être que les représentants du collège souhaiteraient y répondre, ou les chirurgiens dentaires...

Allez-y, David.

M. David Mock: Certains outils permettent d'évaluer les risques d'accoutumance. En fait, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario en a produit quelques-uns — ils figurent dans votre document, dans les lignes directrices, en fait. Quelques outils sont également mentionnés dans les lignes directrices canadiennes relatives aux opioïdes, et nous allons les intégrer dans les nôtres. Ils ne sont pas formidables, mais utiles et complémentaires. Toutefois, comme vous l'avez souligné, la décision de base est toujours prise par le clinicien et repose sur sa connaissance des patients et des symptômes qu'ils présentent, mais des outils existent. Il y en a un certain nombre sur le marché qui sont assurément très utiles.

•(1640)

L'hon. Hedy Fry: Merci.

Comment est-ce que je m'en tire?

Le président: Il vous reste deux minutes et 45 secondes.

L'hon. Hedy Fry: Merci.

Je souhaitais simplement poser une autre question à propos des médicaments génériques.

Nous savons que l'une des raisons pour lesquelles l'usage du médicament OxyContin est privilégié dans les rues tient au fait qu'il est facile à broyer et qu'on peut faire toutes sortes de choses avec lui, comme l'injecter, etc. C'est une drogue qui peut être utilisée de diverses façons et, par conséquent, il est très facile de trouver des personnes intéressées à l'acheter dans les rues.

On nous a dit que l'entreprise qui est l'origine du médicament a décidé qu'elle était en mesure de créer un nouveau produit, appelé OxyNEO, qui ne serait pas aussi facile à utiliser. Les agents de santé provinciaux, les ministres provinciaux de la Santé, les États-Unis et son procureur général nous ont également signalé que, pour cette raison, nous devrions cesser de produire des versions génériques d'OxyContin.

Êtes-vous d'accord avec cette déclaration et, dans l'affirmative, pourquoi les produisons-nous encore?

Qui veut répondre à cette question?

Monsieur Keon.

M. Jim Keon: Premièrement, le produit est approuvé par Santé Canada, et ce ministère n'a pas déterminé que le produit était dangereux et que son utilisation devrait être interdite. Nos fabricants produisent le médicament conformément à toutes les lignes directrices de Santé Canada.

OxyContin a effectivement fait l'objet d'un usage abusif. L'accroissement rapide de cet usage abusif a eu lieu pendant ce que j'appellerais la « période d'exclusivité », alors que Purdue était la seule compagnie pharmaceutique à vendre le produit. Maintenant, cette dernière ne commercialise plus le produit.

Comme je l'ai mentionné plus tôt, les fabricants de médicaments génériques ne commercialisent pas leurs produits et n'assurent pas leur promotion auprès des médecins. Si un médecin a réussi à stabiliser l'état d'un patient à l'aide d'Oxycontin et souhaite continuer de le prescrire, la version générique du médicament générique est disponible à un prix habituellement beaucoup plus bas que celui du médicament original. La chaîne d'approvisionnement distribue la version générique d'une manière très efficace et sécuritaire.

Voilà la réponse générale à votre question.

Apotex est l'un des fabricants du médicament générique. Je vais permettre au M. D'Cunha de parler également de la question.

Dr Colin D'Cunha (directeur des affaires médicales mondiales, Apotex Inc., Association canadienne du médicament générique): Comme M. Keon l'a déjà indiqué, l'approvisionnement est contrôlé jusque dans les pharmacies, là où la décision de distribuer le produit est prise.

Je vous mentionne que, selon les chiffres annuels que M. Keon m'a montrés pendant l'heure du dîner, la version générique du médicament compte pour moins de 5 % des ventes totales de ce composé.

Il me semble qu'il faut assurer une meilleure prévention, un meilleur traitement et une meilleure surveillance.

Le président: Allez-y, monsieur, mais soyez bref. Il nous reste quelques secondes à consacrer à cette intervention.

Dr Peter Trainor: Merci.

J'aime entendre le mot « prévention ». En tant que dentistes, nous suivons toujours un modèle de prévention, qui a été très fructueux dans le domaine de la dentisterie.

M. Emberley a déclaré que nous devons sensibiliser les jeunes très tôt. Sensibilisation, sensibilisation, sensibilisation — il est très important d'informer les familles des dommages qui peuvent être causés en laissant les médicaments d'ordonnance à la portée des enfants. Les systèmes scolaires doivent aborder ce sujet avec les enfants à un très jeune âge, afin qu'ils comprennent les effets néfastes que peuvent avoir les médicaments qu'ils trouvent dans les armoires à pharmacie de leurs parents.

Pour en revenir à la façon dont on peut prévenir les abus et à quelques-unes des stratégies qui peuvent être adoptées pour composer avec les personnes qui ont le droit de prescrire des médicaments, je dirais que cela nous ramène au fait qu'il faut que les antécédents médicaux du patient soient justes et détaillés et que la personne en question comprenne ses problèmes.

L'une des difficultés que nous, les dentistes, rencontrons tient au fait que les gens ne pensent pas devoir nous divulguer la totalité de leurs antécédents médicaux. Mais il est vraiment important qu'ils le fassent parce que, si un patient a eu des problèmes de toxicomanie

dans le passé ou d'autres problèmes de ce genre, et que je lui prescris un médicament pour soulager une expérience douloureuse ou en prévision d'une intervention chirurgicale que je vais pratiquer, cela pourrait bouleverser la vie du patient en entraînant une rechute catastrophique. Comme je l'ai indiqué, nous devons connaître ces renseignements, afin d'être en mesure de prévenir ces problèmes.

Nous devons tous travailler ensemble, afin d'élaborer un processus d'éducation multifactoriel, à tout égard.

• (1645)

Le président: Voilà un excellent argument.

Nous avons dépassé de loin le temps qui nous était imparti

Monsieur Hawn.

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

Je vous remercie tous de votre présence.

Dr Gerace, vous étiez impatient de donner votre son de cloche à propos du dernier argument. Aimerez-vous le faire? D'accord.

M. Mock, vous avez parlé de quelques-uns des moyens non pharmacologiques de soulager la douleur. J'ai l'impression que ces moyens nous répugnent ou que nous venons juste de les découvrir. Pourriez-vous décrire quelques-uns d'entre eux?

M. David Mock: Plusieurs méthodes se sont avérées très utiles. Encore une fois, je suis préoccupé davantage par la douleur chronique que la douleur aiguë, qui peut être soulagée par la prise d'un médicament pendant une courte période. Et il existe, par exemple, des approches comme la thérapie cognitivo-comportementale. De nombreuses données démontrent que cette thérapie est efficace soit par elle-même, soit en combinaison avec une faible dose de médicaments ou un médicament de courte durée et de la physiothérapie ou de l'ergothérapie, ou d'autres traitements de ce genre.

Dans notre clinique, nous accueillons des patients originaires de parties de la province où le médecin local n'a aucun choix, car il n'a pas accès aux autres moyens et son patient souffre. Il ne peut que prescrire un analgésique raisonnablement puissant qui est très souvent un opioïde. D'autres méthodes, qui font actuellement l'objet d'essais, apparaissent maintenant sur le marché et sont présentées au public. Cependant, leur disponibilité est souvent problématique, en particulier dans les régions éloignées.

L'hon. Laurie Hawn: Je suppose que ce à quoi je voulais en venir — et je vous suis reconnaissant...

M. David Mock: Biorétroaction, acupuncture...

L'hon. Laurie Hawn: Oui, il existe quelques remèdes non traditionnels qui viennent de la Chine ou peu importe, et qui datent de 5 000 ans. Et ceux-ci fonctionnent, bien que personne ne sache exactement pourquoi.

M. David Mock: Oui, nous disposons également de remèdes de ce genre.

L'hon. Laurie Hawn: Ces solutions commencent-elles à être mieux acceptées par la profession médicale en général — et j'inclus là-dedans les dentistes?

M. David Mock: Selon mon expérience, oui, parce que je travaille principalement avec les médecins.

L'hon. Laurie Hawn: Dr Gerace, vous avez parlé de la création d'un système mieux coordonné et plus accessible pour éduquer les intervenants, les fournisseurs de soins de santé et d'autres parties concernées, je crois. À quoi cela ressemblerait-il et que pouvons-nous apprendre en consultant des gens qui ont déjà réussi à créer cela, car nous ne sommes pas le seul pays qui fait face à ce genre de situations?

Dr Rocco Gerace: Eh bien, je ne peux pas parler explicitement au nom d'autres États, mais nous savons que les gens ont grandement besoin d'être éduqués à cet égard. Si nous examinons le programme d'études des écoles de médecine et des médecins résidents en ce qui a trait au soulagement des douleurs chroniques non liées au cancer, nous constatons qu'il est nettement déficient. Je ne peux pas parler au nom des autres spécialités, mais nous n'en faisons tout simplement pas assez. Nous avons entendu parler de l'éducation publique, qui est extrêmement importante, et à cet égard, je vous renverrais à notre rapport à ce sujet, dont nous vous laisserons une copie.

Je vais revenir sur les autres moyens pendant une minute. L'autre problème tient essentiellement au fait que bon nombre de ces autres moyens ne sont pas assurés. Un grand nombre de gens ont désespérément besoin de recevoir des traitements qu'ils n'ont pas les moyens de payer et que le système de santé public ne fournit pas.

Par conséquent, il faut vraiment que nous adoptions — et David a fait allusion à cela — une approche globale en matière de soulagement de la douleur, au lieu de nous contenter d'examiner les opioïdes.

L'hon. Laurie Hawn: L'une des difficultés est-elle liée au fait qu'il y a 13 différentes administrations — en fait 14, si l'on compte le gouvernement fédéral — au Canada? Lorsque vous parlez de « coordination », je présume qu'une grande partie de celle-ci consiste simplement à coordonner les activités de ces 14 administrations afin de définir une approche sensée et commune.

Dr Rocco Gerace: La solution ne sera pas simple.

L'hon. Laurie Hawn: Simple et incorrecte... peut-être est-ce un peu plus compliqué, mais approprié. Qui, parmi les divers collègues, les collègues provinciaux, etc., assume cette responsabilité? Comment encouragez-vous ces groupes à travailler ensemble?

Dr Rocco Gerace: Eh bien, je peux vous dire que, sur le plan de la réglementation, les collègues se sont réunis pour formuler des recommandations ou, dans le cas des lignes directrices, pour produire celles-ci en collaboration avec les intervenants. Tous les groupes ont un rôle à jouer et, selon moi, aucun groupe ne peut s'attaquer à cette tâche seul.

Donc, si nous envisageons de créer une base de données détaillée des stupéfiants, il faudra que le gouvernement fédéral apporte des changements à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, comme cela a été suggéré. Sur le plan de l'éducation, il faudra mettre à contribution les écoles de médecine et les programmes de formation destinés aux professionnels de la santé. Nous ne disposons pas des ressources nécessaires pour éduquer le public. Par conséquent, nous allons devoir travailler ensemble à l'élaboration de campagnes de sensibilisation, de manière à faire comprendre aux gens les risques que ces agents leur font courir, sans toutefois les effrayer et les détourner des avantages qu'ils présentent.

• (1650)

L'hon. Laurie Hawn: D'accord, merci.

Monsieur Fefergrad.

M. Irwin Fefergrad: Je tiens à répéter ce qui a déjà été dit, en ce sens que, selon moi, les responsables de la réglementation ont raison.

Ces derniers travaillent en collaboration en vue de cerner cet important sujet. Je ne sais pas si les gouvernements sont aussi capables de travailler ensemble que les responsables de la réglementation. Étant donné que nous mettons l'accent sur notre mandat, qui consiste à protéger les intérêts du public, nous sommes peut-être en mesure de trouver d'excellentes solutions qui favoriseront la santé publique. Nous avons désespérément besoin d'aide sur le plan juridique. Il faut que la réglementation et les mesures législatives nous viennent en aide.

Comme le Dr Gerace l'a signalé, nous avons besoin d'une aide financière — non pas pour nous-mêmes, mais pour les gens qui ne sont pas en mesure d'avoir accès à des traitements très efficaces qui ne reposent pas sur des médicaments.

L'hon. Laurie Hawn: Votre observation est juste.

Monsieur Barnes, les pharmaciens sont chargés d'éliminer les médicaments d'ordonnance non utilisés, entre autres choses.

Comment vous y prenez-vous pour le faire, et comment savez-vous qui vous a remis tel ou tel médicament? Assurez-vous un suivi et, le cas échéant, conservez-vous la trace de cette manière?

M. Mark Barnes: Comme Carole Boucher l'a mentionné plus tôt, dans leur forme actuelle, la Food and Drug Act et la Loi réglementant certaines drogues et autres substances comportent certaines lacunes. Nous reprenons tous les produits. Il ne s'agit pas seulement des substances désignées, mais aussi de la totalité des médicaments d'ordonnance, qu'ils soient en vente libre ou non, en fonction de l'annexe où ils figurent. Et, il n'y a aucune reddition de comptes.

Le problème tient essentiellement au fait que, si j'accepte des médicaments des membres de ma collectivité, ceux-ci ne proviendront pas tous de mes patients. Comme je reprendrai les médicaments d'autres personnes, aucun renseignement sur l'origine de ces médicaments ne sera accessible.

Parfois, les meilleures solutions reposent sur la politique elle-même et, parfois, elles consistent à contrôler l'accès. À ma pharmacie, j'ai amorcé un programme de retour du fentanyl, il y a environ un an de cela. Le fentanyl est un timbre utilisé pour soulager les douleurs chroniques. J'utilise le programme simplement à titre de campagne de sensibilisation, et pas nécessairement pour compliquer le traitement des douleurs chroniques ou réduire l'accès au fentanyl.

Dans une certaine région d'Ottawa, le fentanyl représente un problème plus grave, dans une certaine mesure, que l'héroïne. J'ai dit à mes clients que j'aimerais récupérer leurs anciens timbres, avant de remplir leur prochaine ordonnance de fentanyl.

Le programme fonctionne extrêmement bien. J'enseigne en fait aux patients que ce médicament est dangereux et que ce qui reste sur le timbre peut être utilisé à mauvais escient. Avoir ces timbres en ma possession fait de moi une cible. Par conséquent, je tiens à m'en débarrasser en les détruisant. Dans ma pharmacie, je place les timbres dans un seau, et je verse de l'alcool sur eux avant de les couper et de m'en défaire. Cependant, aucune pharmacie ne rend vraiment compte de ce qu'elle fait de ces médicaments.

Comme cbc.ca me l'a indiqué en ligne dans son blogue, je pourrais les utiliser moi-même. Ce n'est pas le cas, mais cela souligne assurément l'absence de politique à cet égard.

Le président: Aviez-vous terminé, monsieur Hawn?

M. Laurie Hawn: Oui, monsieur.

Le président: Nous en sommes maintenant à la deuxième série de questions.

Monsieur Morin.

[Français]

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

Depuis une heure et demie, on parle beaucoup du rapport *First Do No Harm*. Ce rapport entre dans la stratégie antidrogue du gouvernement. L'abus de médicaments, c'est comme un continuum. Les gens qui abusent des médicaments ou des drogues, même s'ils le font de façon innocente au début, entrent dans un engrenage. Ils veulent toujours plus de la même drogue ou ils veulent une drogue qui leur donnera plus d'effets. J'y vois là un problème systémique de notre société. Depuis 2010, le Canada est le premier ou le deuxième pays au monde où il se consomme le plus d'opioïdes par habitant. Cette situation est très critique et je crois qu'on devrait regarder le portrait d'ensemble.

[Traduction]

Monsieur Barnes, ce qui m'a plu dans les réponses que vous avez données, c'est que vous avez vraiment mis l'accent sur les raisons pour lesquelles les gens abusent de ce type de médicaments. Il s'agit essentiellement de médicaments contre la douleur pour les gens qui ont besoin d'une forme de soulagement contre les maux physiques ou mentaux dont ils souffrent. Nous savons qu'en 2007, le gouvernement conservateur a retiré le quatrième pilier de la Stratégie nationale antidrogue qui visait à réduire les méfaits. Ces temps-ci, nous discutons beaucoup pour déterminer si ce pilier est vraiment important à la stratégie globale au pays pour faire en sorte que les Canadiens ne consomment pas de substance.

Depuis quelques années, ce pilier a été supprimé et le financement accordé partout au Canada pour réduire les méfaits a été coupé.

Pensez-vous qu'en 2013, nous sommes prêts à rétablir le pilier dans la stratégie globale antidrogue, ou pensez-vous que nous devrions le laisser de côté?

•(1655)

M. David Mock: Je ne suis pas certain de comprendre parfaitement car je ne sais peut-être pas ce qui s'est passé.

Le président: Monsieur Barnes, on vous écoute en premier, s'il vous plaît.

M. Mark Barnes: Je pense que c'est absolument nécessaire.

En tant que professionnels de la santé, peu importe le métier que nous exerçons, nous avons la responsabilité de ne causer aucun tort et de faire passer les intérêts des patients en premier. En Ontario, nous pouvons désormais, en tant que pharmaciens et spécialistes de la santé, refuser de prescrire un médicament parce que nous craignons que le patient en fera un usage abusif ou les détournera vers le marché illicite. C'est en fait quelque chose que nous devons faire en Ontario.

C'est absolument nécessaire au niveau national. Dans certains cas, nous devons disposer du temps, du financement et des connaissances voulues pour ne pas causer de tort. Que ce soit en limitant les quantités, ce qui est probablement plus raisonnable, à mon avis...

Là encore, comme M. Emberley l'a mentionné tout à l'heure, nous ne pouvons pas demander à quelqu'un d'arrêter de prendre des narcotiques du jour au lendemain. Cela entraîne des problèmes et ce n'est pas une bonne idée. Toutefois, à ce moment-là, nous pouvons lui donner ses médicaments pour deux jours, avoir une discussion avec lui — multidisciplinaire — et avec son médecin ou son dentiste, le lundi ou le mardi, ou peu importe la journée où la rencontre peut avoir lieu. Parce que je suis sensible au traitement de

la toxicomanie, il m'est souvent arrivé au cours de ma carrière que je dise à un patient qu'il a un problème et qu'il faut parler des solutions qui s'offrent à lui.

Je pense qu'il faut respecter le patient d'abord et avant tout, mais il faut absolument s'assurer de ne causer aucun tort.

[Français]

M. Dany Morin: Je vous remercie.

Je suis bien rassuré de savoir que des professionnels de la santé comme vous ont cette question à coeur. Comme je n'ai pas beaucoup de temps à ma disposition, je vais passer à un deuxième sujet.

Madame Bouchard, vous nous avez dit plus tôt qu'il y avait eu au Canada, au cours des années 1980, un programme national de surveillance des médicaments et que son objectif était de déceler, partout à l'échelle du pays, les cas potentiels de prescriptions excessives et de surconsommation.

Pouvez-vous nous donner plus d'informations à ce sujet et nous dire si, à votre avis, il serait pertinent de recommencer en 2013 une initiative de ce genre? Pourrait-on envisager d'en choisir les meilleurs éléments et de les adapter à la réalité d'aujourd'hui?

Mme Carole Bouchard: Il y a eu en effet, pendant les années 1980, un programme national d'examen qui touchait les ordonnances impliquant des substances contrôlées. Tous les pharmaciens, partout au Canada, étaient obligés de faire état des ventes de certains produits contrôlés en vertu de la loi fédérale. Ces rapports sur les ventes et les ordonnances étaient tous envoyés à Ottawa où les données étaient entrées dans un système et examinées.

Des programmes précis visaient à évaluer des tendances quant à des produits ou des régions spécifiques, à des consultations ou à un programme de consultations multiples. Évidemment, des centaines et des milliers d'ordonnances étaient générées chaque année. Il reste que ce genre de programme sert à identifier des comportements liés à des ordonnances inappropriées, à des consultations multiples ou à des abus attribuables dans certains cas à des professionnels de la santé, par exemple pour ce qui est des achats à l'usage du bureau. En vertu des règlements fédéraux, des enquêtes étaient entamées lorsqu'on découvrait des éléments suspects pouvant exiger des mesures spécifiques à l'égard de ces produits. Le programme a existé pendant plusieurs années. Ce n'est qu'au cours des années 1990 qu'il a été aboli. Je ne connais pas la date exacte.

M. Dany Morin: Vous souvenez-vous...

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Wilks, vous avez à peu près cinq minutes.

M. David Wilks (Kootenay—Columbia, PCC): Merci, monsieur le président.

J'aimerais adresser ma question à MM. Barnes et Emberley, et sans doute aussi aux témoins de l'ordre des dentistes. J'ai l'impression que chaque fois que le cabinet du dentiste m'appelle — ce qui est assez fréquent pour me rappeler que j'ai un rendez-vous qui s'en vient —, j'y vais car je sais que si je n'y vais, la réceptionniste continuera de me téléphoner. Aussi bien y aller et en finir avec ce rendez-vous.

Des voix: Oh, oh!

M. David Wilks: Pour ce qui est de retourner les médicaments qui ont une date de péremption ou une date « meilleur avant », je crois que nous pourrions aller dans le même sens et établir un dialogue quelconque avec les patients pour leur rappeler que les médicaments seront périmés à une date donnée et qu'ils peuvent les rapporter s'ils ne les ont pas pris. On a tenu une discussion en ce sens à la réunion du CCLT ce matin.

Je me demande si vous pourriez parler des différentes idées qui ont été lancées pour rapporter les médicaments aux pharmaciens, aux médecins ou à d'autres professionnels.

• (1700)

M. Mark Barnes: Je pense que c'est une excellente idée. Cela présente des difficultés, surtout pour les médicaments à prendre « au besoin ». Prenons l'exemple d'un père qui souffre de douleurs lombaires chroniques. On lui prescrit un narcotique qu'il peut prendre pour se déplacer, entre autres.

Je pense donc que pour les médicaments d'ordonnance, cela peut poser problème lorsque la date de péremption approche, certainement, ou même après un an.

Comme M. Emberley l'a mentionné tout à l'heure au sujet de l'examen des médicaments, nous pourrions dire: « Écoutez, vous ne prendrez plus ce médicament. Vous en reste-t-il? Pouvez-vous rapporter ce qu'il vous reste à la pharmacie? » Nous pourrions avoir ce dialogue et fournir de la documentation. Je pense qu'un examen des médicaments est probablement la meilleure solution dans ce cas-ci.

Pour ce qui est des quantités de médicaments qui sont prescrits, je pense que nous pouvons faire beaucoup de choses pour limiter les quantités. Je sais que toutes les pharmacies ferment tard. Donc, bon nombre d'entre elles sont malheureusement ouvertes les fins de semaine. Cette accessibilité entraîne des responsabilités, c'est-à-dire que nous devons pouvoir restreindre l'accès à de grandes quantités de médicaments.

Malheureusement, on détourne les médicaments vers le marché illicite lorsqu'on a de grandes quantités. Je sais d'expérience que les patients souffrent véritablement, mais ils perçoivent les médicaments comme une source de revenus. Ils prennent une partie des médicaments et détournent le reste. La réduction de l'accès à de grandes quantités de médicaments pourrait diminuer sensiblement le détournement.

M. David Wilks: Merci.

Ma prochaine question s'adresse à M. Keon, et c'est l'un de mes sujets préférés: la marijuana à des fins médicales.

Comme vous le savez, la Cour suprême du Canada a confié au gouvernement fédéral le mandat d'approvisionner en marijuana à des fins médicales ceux qui peuvent l'obtenir par l'entremise de leur médecin, quoi que je trouve quelque peu intéressant qu'on ait oublié les pharmacies dans le processus.

Le THC générique existe toutefois depuis un bon moment. Pouvez-vous me donner de l'information sur le THC générique et me dire s'il est populaire pour soulager la douleur chronique et d'autres problèmes de santé?

M. Jim Keon: Je vais devoir vous revenir là-dessus. À ma connaissance, aucun de nos membres n'en produit.

Dr Rocco Gerace: On m'a dit que je n'avais pas le droit de parler de la marijuana à des fins médicales, mais maintenant que vous avez soulevé le sujet, j'aimerais dire quelque chose.

Je pense que la façon dont le gouvernement fédéral a traité le dossier de la marijuana à des fins médicales est tout à fait atroce. C'est en fait une décision dissidente de la cour qui a obligé le gouvernement à fournir la marijuana à des fins médicales, décision qui a été renversée par la Cour d'appel. Il n'y a donc eu aucune décision judiciaire, et la substance est néanmoins disponible sans aucune mesure de protection contre les opioïdes, et nous sommes confrontés actuellement à une crise liée aux opioïdes.

Soit nous allons tous pouvoir nous procurer de la marijuana en toute légalité dans cinq ans, soit tout le monde se réunira pour discuter de la crise de santé publique causée par la marijuana. Il n'y a absolument aucun contrôle en place pour déterminer qui devrait y avoir accès et pour quelles indications. Malgré tout, on demande aux médecins — et je vais utiliser le terme assez librement — de prescrire cette substance qui n'a aucun profil d'innocuité. C'est terrible.

Nous avons fait part de nos préoccupations à Santé Canada, mais nous n'avons pas reçu de réponse qui serait dans l'intérêt public, selon nous.

M. David Wilks: Monsieur Fefergrad, on vous écoute.

M. Irwin Fefergrad: Merci.

Je ne peux pas vous laisser intervenir au sujet des dentistes à Kootenay, en Colombie-Britannique, sans que le registraire en Ontario ait aussi son mot à dire.

La dentisterie se fonde sur un modèle de prévention, sur un modèle où les dentistes prennent soin de leurs patients. Elle repose sur un modèle où les dentistes appellent leurs patients pour leur rappeler qu'il est temps de prendre rendez-vous pour leur examen dentaire. Grâce à ce modèle, les dentistes peuvent faire de la prévention pour éviter que des problèmes de santé buccale s'aggravent et que d'importants traitements s'imposent.

Je sais que vous le savez et que vous aimez votre dentiste.

Oui ou non?

Des voix: Oh, oh!

• (1705)

M. David Wilks: Merci beaucoup.

Le président: Merci, monsieur Wilks.

Le prochain intervenant est M. Marston.

Vous avez cinq minutes, monsieur.

M. Wayne Marston (Hamilton-Est—Stoney Creek, NPD): Merci, monsieur le président.

Je vous remercie de me donner l'occasion d'intervenir.

J'ai quelques problèmes avec mon iPad. Je n'ai pas de petit-fils de huit ans ici pour m'aider.

Des voix: Oh, oh.

M. Wayne Marston: Je vais commencer avec M. Keon.

Je pourrais peut-être parler dans un premier temps de la récente décision judiciaire sur les médicaments génériques relativement à Shoppers Drug Mart. Quelles répercussions cette décision aura-t-elle sur les Canadiens?

M. Jim Keon: Eh bien, si je comprends bien, on craignait que les médicaments génériques et les médicaments de marque soient interchangeables sans qu'on en informe le patient.

Nous avons parlé tout à l'heure des divers champs de compétence au Canada. La question de savoir si un patient devrait être mis au courant lorsque des produits sont remplacés par d'autres relève de l'ordre des pharmaciens de la province. En tant que fabricants de médicaments génériques, nous sommes convaincus qu'il faut fournir toute l'information au patient. Nous appuierions sans réserve une politique nationale qui exigerait que le patient soit informé si un médicament de marque est remplacé par un médicament générique. C'est certainement le cas dans un certain nombre de provinces, dont l'Ontario. C'est le premier argument que je voulais faire valoir.

Mon second argument a trait aux effets indésirables des médicaments. Les médicaments de marque n'entraînent pas plus d'effets secondaires que les médicaments génériques. C'est déplorable si c'est arrivé dans ce cas-ci. Les médecins peuvent indiquer sur des médicaments « Aucun remplacement ». La plupart des régimes d'assurance-médicaments les accepteront si c'est pour une raison médicalement nécessaire, une raison valide.

Voilà ce que je voulais dire à ce sujet.

M. Wayne Marston: Merci.

Dr Rocco Gerace: Je dirais que les changements qui ont été apportés en Ontario feront économiser plus d'un milliard de dollars par année aux contribuables. C'est l'effet net.

M. Wayne Marston: D'accord.

Monsieur Barnes, vous semblez être l'un des témoins les plus populaires aujourd'hui. Je soupçonne que c'est parce que vous travaillez plus sur le terrain, à vous attaquer aux problèmes d'abus.

Nous avons accueilli la semaine dernière M. Head, qui représente le système carcéral. Il a dit que 80 % des nouveaux détenus souffrent d'une forme de toxicomanie quelconque. Nous avons la stratégie « S'abstenir de faire du mal ». Eh bien, en cours de route, beaucoup de mal a été fait, si nous tenons compte de l'ampleur de cet énoncé. Cela me hante encore. Combien de ces détenus sont devenus des criminels à cause de leur dépendance, la criminalité étant, par la force des choses, l'étape suivante?

Est-il réaliste pour les Canadiens de s'attendre que les pharmaciens et les propriétaires de pharmacie assument un rôle de premier plan pour assurer un suivi des ordonnances et distribuer les médicaments à cause du risque d'abus? Vous en avez déjà parlé dans une certaine mesure. Est-ce juste?

M. Mark Barnes: C'est juste.

Le problème, c'est que nous n'avons pas vraiment bien vendu notre profession au cours des 10 dernières années. Mais nous sommes certainement mieux informés — sans vouloir manquer de respect aux dentistes ou aux médecins — sur les traitements et sur certains des effets secondaires, et nous sommes témoins du détournement vers le marché illicite. Nous connaissons les problèmes, nous voyons les comportements des gens, nous sommes conscients des risques d'abus, et nous pouvons contribuer largement à changer la situation, et nous le faisons probablement déjà.

Comme je l'ai mentionné tout à l'heure, je pense qu'il faut sensibiliser les étudiants en pharmacie pour s'assurer qu'ils sont prêts à traiter le problème, car si nous voulons cibler les toxicomanes, nous avons également intérêt à être prêts à les traiter de façon appropriée et dans le respect.

Je suis très heureux que vous ayez soulevé le système carcéral car bon nombre de mes patients sont devenus toxicomanes en prison, et c'est la première fois que j'entendais ce que vous avez dit. Qu'ils soient incarcérés à cause d'une introduction par effraction quand ils

étaient jeunes ou pour toute autre infraction criminelle, les détenus deviennent toxicomanes en prison, ce qui est traumatisant.

J'ai des renseignements sur le réseau Recovery Kentucky, pour ceux que cela pourrait intéresser. Au lieu de renvoyer les patients en prison, on leur fait suivre un traitement. C'est le système judiciaire qui finance le réseau, et non pas le système de soins de santé, ce qui est un aspect intéressant sur lequel vous devez vous pencher.

● (1710)

M. Wayne Marston: Combien de temps me reste-t-il, monsieur le président?

Le président: Vous avez 20 secondes.

M. Wayne Marston: Eh bien, j'ai terminé.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci beaucoup.

Le prochain intervenant est M. Lizon.

M. Wladyslaw Lizon (Mississauga-Est—Cooksville, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci à tous de votre présence au comité aujourd'hui.

J'aimerais commencer par faire une observation. Depuis que nous avons entamé cette étude, nous avons entendu plusieurs témoins, et tous sans exception ont parlé des opioïdes. Je présume que ce n'est pas la seule substance dont les gens abusent, mais j'imagine que c'est la plus courante.

Nous parlons des conséquences involontaires, de l'utilisation à mauvais escient, de l'abus et de l'utilisation inappropriée d'une ordonnance. Dans le cas des opioïdes, cela me surprend, car je pense que quelque chose nous échappe — c'est vrai pour moi, à tout le moins. C'est peut-être que je ne comprends pas tout le problème, en raison de sa complexité. Les opioïdes sont utilisés comme médicaments depuis presque 200 ans. Je pense que la première fois que de la morphine a été extraite, c'était il y a environ 200 ans. Par conséquent, le problème n'est pas nouveau et ne devrait pas nous étonner. La dépendance aux opioïdes existe depuis toutes ces années.

Tous ces cadres et toutes ces lignes directrices dont nous parlons sont excellents; ils s'attaquent aux conséquences. Mais quelles mesures proactives pouvons-nous prendre? Tout professionnel de la santé et vous, en tant que médecin, qui devez prescrire un médicament à un patient savez que le produit peut entraîner une dépendance. M. Barnes a donné l'exemple d'un homme qui est devenu accro parce qu'il souffrait d'une blessure. Les gens deviennent dépendants de différentes façons. Nous pouvons mener toutes les campagnes de sensibilisation que nous voulons; nous le faisons pour l'alcool et le tabac, et j'imagine qu'elles fonctionnent dans une certaine mesure. Je ne sais pas si le problème existe au Canada, mais dans certains pays, les professionnels de la santé développent une dépendance aux médicaments qu'ils prescrivent parce qu'ils y ont accès.

Pouvez-vous vous prononcer là-dessus? À mon avis, c'est la source du problème, et nous devrions en discuter. Que faisons-nous non pas pour traiter la toxicomanie, mais bien pour y mettre fin?

Ma question s'adresse à tous les témoins, monsieur le président.

Dr Peter Trainor: Je peux vous dire que dans la profession dentaire en Ontario, nous consacrons dorénavant beaucoup plus de temps à l'apprentissage des pratiques responsables relatives aux ordonnances. Il faut éviter de prescrire en trop grande quantité pour prévenir le détournement ou un usage inapproprié de médicaments par des enfants en quête d'aventures. Comme je l'ai dit, le modèle éducatif doit être examiné avec soin. En ce qui nous concerne, nous lui accordons une grande importance.

De plus, comme M. Mock le disait, nous envisageons des solutions de rechange aux analgésiques pour remplacer certaines pratiques sur lesquelles nous avons l'habitude de compter. Il est facile d'utiliser des opioïdes, mais nous devons prendre en considération les autres solutions offertes de nos jours.

M. Wladyslaw Lizon: Je m'intéressais davantage aux cas où vous devez prescrire des opioïdes. Prenez-vous le temps, en tant que docteur, de dire à votre patient: « Écoutez, vous pourriez développer une dépendance et ne plus être capable d'arrêter. Si vous ressentez le besoin d'en consommer encore après que la douleur soit partie, venez me voir, car cela veut dire que vous avez besoin d'une aide immédiate. » Je pense qu'il faudrait prendre ce genre de mesure préventive.

M. Phil Emberley: À mon avis, l'un des avantages des nouvelles lignes directrices nationales sur les opioïdes était d'offrir une véritable approche interprofessionnelle pour traiter la douleur. Je suis donc très optimiste, car cela sous-entend qu'il ne s'agit pas seulement d'un médecin prescripteur et d'un patient qui travaillent ensemble, mais plutôt de toute une équipe qui s'emploie à prévenir des ennuis au patient. Grâce à cette approche interprofessionnelle, on peut réellement aider le patient à s'engager dans la bonne direction et, par exemple, faire en sorte que les pharmacies évaluent les médicaments. Chaque fois que le patient entre en contact avec le système de soins de santé, des connaissances et un réseau de soutien communs nous permettent d'éviter qu'il ne tombe entre les mailles du filet ou qu'il se retrouve dans une situation pouvant mener à une dépendance.

• (1715)

Dr Rocco Gerace: Je pense que vous avez tout à fait raison. La dépendance aux opioïdes existe depuis très longtemps. Au cours des 10 dernières années, je crois que les opioïdes d'ordonnance ont délogé l'héroïne en tant qu'opioïde de prédilection dans la rue, car ils sont faciles à obtenir. Nous avons assisté dernièrement à une résurgence de la dépendance à l'héroïne, car nos efforts visant à contrôler les médicaments d'ordonnance ont donné certains résultats — qui ne sont pas suffisants, selon moi. Cela dit, le problème ne se limite pas aux médicaments — la dépendance aux opioïdes existe depuis longtemps.

Le président: Docteur Rocco, monsieur Lizon, merci.

Madame Morin, allez-y.

[Français]

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

Madame Bouchard, j'aimerais revenir à la question soulevée par mon collègue, soit celle du programme national de surveillance. Vous souvenez-vous pourquoi il a été aboli?

Mme Carole Bouchard: C'est une bonne question, madame Morin. Je ne pourrais pas vous répondre. De mémoire, je crois qu'il y avait eu peut-être un changement dans les pratiques et dans les politiques ou peut-être même que cela a cessé à cause de compressions.

Pour revenir au programme dont j'ai parlé il y a quelques minutes, tout était fait sur papier. Il n'y avait malheureusement pas de base de données électronique. Toutefois, les transactions étaient quand même revues par du personnel, transaction par transaction, à des fins de détection. Toutefois, cela a été aboli.

Mme Isabelle Morin: D'accord, mais vous ne vous souvenez pas pourquoi cela a été aboli.

Mes prochaines questions s'adressent à M. Barnes.

Un peu plus tôt, vous avez dit une chose qui m'a fait sursauter. En effet, vous nous avez dit qu'il n'y avait aucun enregistrement des médicaments dont vous vous débarrassiez. Je pensais que les pharmaciens étaient tenus de se débarrasser des médicaments, à savoir des médicaments périmés dans leur pharmacie ou des médicaments qu'on leur rapportait. Si j'ai bien compris, il n'y a aucune vérification à cet égard.

[Traduction]

M. Mark Barnes: Le gouvernement fédéral assure la surveillance des stocks que nous avons achetés en vue de les vendre, mais que nous n'utilisons plus. Nous écrivons également à Santé Canada. Il existe un registre de la destruction des narcotiques achetés à des fins commerciales, mais personne ne gère ou ne contrôle ceux qui sont rapportés aux pharmacies. Cela pose un problème qui, à vrai dire, ne date pas d'hier. La plupart des pharmaciens les détruisent sur place, car ils font preuve de diligence dans le cadre de leur travail. Un étudiant que j'ai embauché s'occupe chaque soir de détruire correctement et devant témoins les médicaments. Je ne peux pas parler au nom des autres pharmacies, et l'Ontario n'a pas de politique pour encadrer cette pratique.

[Français]

Mme Isabelle Morin: Il arrive qu'on vous rapporte un médicament non identifié. Par exemple, quand ma grand-mère est décédée il y a quelques années, on a fait le ménage chez elle. On a alors trouvé beaucoup de médicaments mal rangés. On n'avait aucune idée de quel genre de médicaments il s'agissait. Qu'est-ce qui se passe dans un cas comme celui-là? Vous les rapporte-t-on? Ces petites pilules blanches peuvent être n'importe quoi. Il n'y a pas toujours moyen de les identifier. Que font les pharmaciens à ce moment-là?

[Traduction]

M. Mark Barnes: Pour nous, déterminer la sorte de médicaments n'a vraiment pas d'importance à cette étape, et nous n'essayons même pas de le faire. Nous voulons simplement que le public n'ait pas accès à ces médicaments. Nous nous contentons de les détruire comme il se doit. Il arrive d'ailleurs très souvent que les étiquettes des flacons ne soient pas les bonnes. C'est une question dont nous pourrions certainement discuter à un autre moment. Cela dit, selon notre point de vue par rapport aux médicaments rapportés...

Dans le cadre du processus de prévention, surtout quand il est question de soins palliatifs, nous dirons aux gens de se débarrasser des médicaments le moment venu, car ils peuvent autrement devenir la cible de voleurs qui lisent les avis nécrologiques dans le journal, cherchent les adresses des gens et ainsi de suite. Il faut donc s'en débarrasser immédiatement.

L'équipe de soins palliatifs d'Ottawa est excellente. Dans ma collectivité, les docteurs me rapportent eux-mêmes les médicaments de leurs patients, ce qui est fantastique.

Mais vous avez raison, il n'y a absolument aucun moyen pour déterminer la sorte de médicaments.

• (1720)

[Français]

Mme Isabelle Morin: Quelles sont vos recommandions? Comment peut-on s'assurer qu'il y a un certain enregistrement de tout cela? Je suis d'accord avec vous, 99,999 % des pharmaciens vont s'en débarrasser de façon tout à fait appropriée. Cependant, un petit pourcentage d'entre eux ne le fera pas. Comment avoir une idée de ce qui se passe?

Je me souviens qu'on nous a parlé de la Journée nationale de retour des médicaments d'ordonnance. C'était un projet-pilote qui a eu lieu en 2012. Cela s'est poursuivi cette année et cela se poursuivra sans doute l'année prochaine. Des quantités incroyables ont été récupérées. Si cela pouvait mieux se faire à l'échelle nationale, cela pourrait peut-être nous permettre d'avoir des données intéressantes. Que devrait faire Santé Canada pour s'assurer d'une meilleure gestion de ces médicaments qui vous sont retournés?

[Traduction]

M. Mark Barnes: Je crois que la meilleure solution serait probablement de mettre en place des techniques et des processus d'élimination normalisés. Malheureusement, il faudrait qu'ils relèvent de l'ordre des pharmaciens de chaque province. Que ce soit prescrit ou non par le gouvernement fédéral — ce qui serait fantastique —, ces techniques seraient intégrées au processus d'inspection de manière à ce que tous les médicaments rapportés soient gérés de la même façon. Il faudrait les détruire selon un procédé préétabli et avoir un récipient qui devrait être vidé régulièrement.

L'ordre pourrait aussi réglementer la quantité de médicaments pouvant être prescrits, et on devrait faire un appel de suivi dans le cadre de l'examen annuel des médicaments: « Selon une ordonnance qu'on vous a remise il y a six mois, vous êtes en possession d'une substance contrôlée. Prenez-vous encore ce médicament? En avez-vous besoin? Si ce n'est pas le cas, vous devez nous le rapporter. »

La tenue de registres serait très complexe, et il n'y aurait peut-être pas de solution facile.

Le président: Merci, monsieur Barnes.

Monsieur Aspin, vous avez cinq minutes.

M. Jay Aspin (Nipissing—Timiskaming, PCC): Merci, monsieur le président.

Je remercie nos invités de contribuer à notre étude en nous faisant profiter de leur expertise.

Des représentants de Santé Canada, de la Sécurité publique et du ministère de la Justice ont tous fait allusion à la méconnaissance générale des risques associés aux médicaments d'ordonnance. Je veux éclaircir cette question aujourd'hui. Je veux des réponses très pragmatiques et concrètes. J'aimerais que vous me proposiez des stratégies que le gouvernement pourrait adopter pour accroître le niveau de connaissance à cet égard.

Je pourrais peut-être commencer par le Dr Gerace et M. Keon avant de laisser les autres donner leur point de vue. Soyez très concrets et pragmatiques.

Dr Rocco Gerace: Je ne sais pas à quel point je peux vous donner en exemple des stratégies qui ont fonctionné. Nous savons qu'il faut sensibiliser davantage les professionnels de la santé dans le cadre de leur formation et que le public doit être mieux informé, mais je crains de ne pas pouvoir vous proposer de stratégies précises.

M. Jay Aspin: Merci.

M. Jim Keon: Je vais laisser le Dr D'Cunha donner son point de vue.

Dr Colin D'Cunha: Essentiellement, dans le cas des maladies chroniques, contrôler la quantité de médicaments prescrits serait peut-être une solution possible. Cette façon de faire aurait toutefois des répercussions sur le remboursement, car une pharmacie doit être remboursée chaque fois qu'une ordonnance est préparée.

La difficulté est de trouver le juste équilibre entre la quantité de médicaments nécessaires pour répondre aux besoins d'un patient, de même que les conseils prodigués par le praticien prescripteur et le pharmacien, et la création d'un système, comme M. Barnes et d'autres y ont fait allusion, dans lequel les médicaments non utilisés sont retournés, documentés et détruits comme il se doit.

Nous ne pouvons tout simplement pas nous y prendre de manière ponctuelle. La seule approche possible consiste à adopter une stratégie globale « de la chaîne d'approvisionnement à la destruction » pour nous assurer que le patient prend les médicaments dont il a réellement besoin et que le reste est rapporté pour être détruit.

M. Jay Aspin: Très bien, merci.

Quelqu'un désire-t-il ajouter quelque chose?

Madame Bouchard.

Mme Carole Bouchard: Je conviens que l'éducation représente une stratégie très importante. Il est difficile de dire exactement en quoi elle devrait consister, mais je crois que j'aimerais le souligner encore une fois, même si je sais que j'en ai déjà beaucoup parlé dans ma déclaration liminaire. Je pense que, dès le départ, la meilleure chose à faire est de revoir le système prévu par la LRCDAS pour s'assurer que le règlement et les exigences que nous avons convenu dans le contexte actuel et qu'ils répondent aux besoins du Canada en la matière. Je crois que c'est vraiment essentiel pour atteindre notre but: il faut commencer par revoir le système en place et clarifier le rôle de toutes les personnes présentes ici et celui du Parlement fédéral.

• (1725)

M. Jay Aspin: Merci.

Monsieur Barnes.

M. Mark Barnes: Je me demande si ce pourrait être ajouté au programme d'études dans les écoles secondaires. C'est une solution simple. Nous savons tous qu'il faut terminer notre amoxicilline, notre premier médicament d'ordonnance. C'est un antibiotique; il faut prendre toutes les doses. C'est ce que nous apprenons quand nous sommes de jeunes enfants. Il y a environ 15 ans, cette campagne publicitaire a connu énormément de succès. Nous pourrions sans aucun doute en lancer une autre à propos des pilules de maman et de papa ou des vôtres, et de ce qu'il ne faut pas en faire. On pourrait l'intégrer au programme des écoles secondaires.

M. Jay Aspin: Bien.

Messieurs, monsieur Fefergrad. Non?

Quelqu'un d'autre? Très bien.

Il me reste combien de temps, monsieur le président?

Le président: Une minute et 20 secondes, si vous avez d'autres questions.

M. Jay Aspin: Des représentants de Santé Canada nous ont parlé du succès de notre stratégie nationale antidrogue sur la consommation de substances illicites. Votre association est-elle au courant des méthodes employées dans le cadre de cette stratégie? Pourrait-on utiliser les mêmes pour l'abus de médicaments d'ordonnance?

Madame Bouchard.

Mme Carole Bouchard: J'aimerais d'abord dire que je ne suis pas tout à fait certaine du type de méthodes auxquelles vous faites allusion. Concernent-elles d'autres médicaments, des drogues et d'autres substances, ou des drogues consommées de façon abusive?

M. Jay Aspin: On parle de la stratégie nationale antidrogue sur la consommation de substances illicites.

Mme Carole Bouchard: Je vois.

Si je ne m'abuse, la stratégie actuelle porte seulement sur quelques aspects de la question. Je crois que ce qui a été oublié au moment de son élaboration est l'abus de médicaments. Cet élément fait défaut dans la stratégie, et c'est probablement pour cette raison que nous en sommes là. Il faut insister davantage sur ce point. Je crois que des mesures doivent être prises.

M. Jay Aspin: Très bien, merci beaucoup.

C'est tout, monsieur le président.

Le président: Merci.

Mme Adams posera la dernière question — il n'y en aura probablement qu'une seule.

Mme Eve Adams: J'aimerais toutefois commencer par une petite remarque.

À vrai dire, la politique antidrogue nationale n'englobe pas pour l'instant les médicaments d'ordonnance. Dans le discours du Trône, nous nous sommes engagés à élargir la stratégie antidrogue pour en tenir compte. C'est la raison pour laquelle nous sommes ici: pour recueillir vos commentaires qui nous aideront à poursuivre notre étude.

J'ai deux questions très concises.

Monsieur Barnes, vous avez soulevé un point très important quand vous avez dit que nous en savons beaucoup plus, par exemple,

sur la nécessité de prendre nos antibiotiques et sur les raisons pour lesquelles c'est important. Nous cherchons des moyens très concrets de sensibiliser davantage les Canadiens. Par exemple, à propos d'entendre souvent qu'il faut prendre nos antibiotiques, j'ai un autocollant très sympathique, agaçant et répétitif...

Des voix: Oh, oh!

Mme Eve Adams: ... sur mon flacon d'antibiotiques pour me rappeler que je dois prendre tout le contenu. Je pense que répéter sans cesse une information permet de sensibiliser davantage les gens.

Connaissez-vous d'autres moyens similaires pour lutter contre l'abus de médicaments d'ordonnance — des politiques très concrètes?

M. Mark Barnes: Vous faites allusion à ce qu'on appelle une étiquette secondaire. On s'attend à ce que certaines exigences, établies encore une fois par les ordres de pharmaciens, soient respectées. Il s'agit d'une norme de pratique selon laquelle le pharmacien appose une étiquette pour dire aux gens qu'ils doivent finir leurs antibiotiques. Nous allons sûrement mettre au point la nôtre; l'Association des pharmaciens du Canada serait l'organisation idéale pour en faire la promotion. Il y a parfois des solutions simples à des problèmes de taille. Nous pouvons simplement ajouter une étiquette qui dit: « Ce médicament peut entraîner une dépendance ». L'intention ne serait pas de vexer les gens, mais, dans bien des cas, être direct et répétitif fonctionne. Les pharmacies pourraient prendre de nombreuses mesures pour informer et sensibiliser les patients au moment de distribuer les médicaments.

Mme Eve Adams: Merci.

Le président: Je veux remercier tout le monde d'être venu. Je sais que vous êtes des professionnels accomplis très occupés, mais vous avez malgré tout pris une demi-journée ou une journée entière pour être ici. Les membres du comité vous sont très reconnaissants d'avoir consacré du temps et des efforts à l'importante étude que nous menons actuellement.

Nous nous rencontrerons de nouveau ici mercredi après-midi.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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