



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 005 • 2^e SESSION • 41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mercredi 20 novembre 2013

Président

M. Ben Lobb

Comité permanent de la santé

Le mercredi 20 novembre 2013

• (1530)

[Traduction]

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

Bienvenue au Comité de la santé. Il est 15 h 30. Nous devrions commencer.

Je suis très heureux d'accueillir les représentants du Centre canadien de la lutte contre les toxicomanies. Monsieur Perron et madame Robeson, vous avez chacun 10 minutes pour votre exposé. Allez-y. Si vous avez besoin des interprètes, ils sont là.

Monsieur Perron, vous avez 10 minutes. Allez-y.

M. Michel Perron (directeur général, Centre canadien de la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies): Merci. Bonjour, monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du comité.

Je m'appelle Michel Perron et je suis directeur général du Centre canadien de la lutte contre les toxicomanies, ou le CCLT, comme je l'appellerai dans mon exposé.

J'aimerais vous féliciter, monsieur Lobb, de votre nomination en tant que président du comité. Merci de nous accueillir.

Aujourd'hui, Paula Robeson m'accompagne; elle est une des courtières du savoir du CCLT et elle s'occupe du dossier sur l'abus des médicaments d'ordonnance.

Pour ceux qui connaissent moins bien le CCLT, nous avons été créés par le Parlement pour harmoniser les pratiques du gouvernement, des organismes sans but lucratif et du secteur privé à l'égard des enjeux liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie. Par conséquent, nous avons le mandat prescrit par la loi au niveau fédéral d'exercer un leadership à l'échelle nationale pour réduire les méfaits causés par l'alcool et d'autres drogues, et nous travaillons en ce sens depuis notre création, il y a 25 ans, en 1988.

Nous sommes financés en grande partie par Santé Canada pour réunir ces organismes. Je crois que nous avons démontré que nous pouvions y arriver dans des domaines comme le traitement de l'alcoolisme, la prévention de la toxicomanie chez les jeunes et en ce qui concerne un grand nombre de problèmes qui sont importants pour vous personnellement, pour vos circonscriptions et pour le comité. Il est donc approprié et pertinent que le CCLT ait lancé le processus qui rassemble un grand nombre d'entre nous ici aujourd'hui.

[Français]

Je souhaite vous présenter la stratégie baptisée « S'abstenir de faire du mal: Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada », que le centre a lancée en mars dernier en collaboration avec de nombreux partenaires, y compris Santé Canada. Cette stratégie constitue une approche unique au Canada pour lutter contre la crise liée aux médicaments sur ordonnance au pays, une crise qui

préoccupe à juste titre le gouvernement, comme en fait foi le dernier discours du Trône et la présente réunion du comité.

[Traduction]

Pourquoi élaborer une stratégie? Je sais que des renseignements ont été diffusés. Je pense que les membres du comité connaissent certains faits sur l'ampleur de la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada. Permettez-moi de vous en parler un peu plus en détail.

Le Canada est maintenant le deuxième plus grand consommateur d'opioïdes d'ordonnance par habitant au monde, derrière les États-Unis. En Ontario, les décès liés aux opioïdes d'ordonnance ont doublé de 1991 à 2004, et le taux de décès atteint maintenant le double de celui du VIH.

Des données récentes montrent que parmi les 2 300 décès liés aux drogues en Ontario entre 2006 et 2008, 60 % étaient attribuables aux opioïdes. Cette proportion atteint jusqu'à 74 % dans les décès liés aux drogues en Nouvelle-Écosse. Ce sont des nombres moins élevés, mais il s'agit tout de même d'une proportion assez importante.

L'utilisation de médicaments d'ordonnance est un problème de plus en plus grave chez les jeunes Canadiens. Un sondage mené en 2001 auprès d'élèves de la 7^e à la 12^e année en Ontario a révélé que 14 % d'entre eux prétendent utiliser des analgésiques à des fins non médicales. Parmi eux, 72 % ont dit qu'ils se les procuraient à la maison et 6 % les obtiennent de leurs amis. L'abus de médicaments d'ordonnance parmi les élèves de l'Ontario est au troisième rang derrière la consommation excessive d'alcool et la consommation de cannabis.

Il est clair que l'abus des médicaments d'ordonnance nous touche tous et qu'il faut adopter une approche nationale pour régler ce problème.

La stratégie « S'abstenir de faire du mal », dont nous vous parlerons aujourd'hui, a été lancée en mars 2013 par le CCLT, en collaboration avec la ministre de la Santé de l'époque, Leona Aglukkaq, et plus de 20 partenaires qui ont participé à la mise au point de cette stratégie. Il s'agit d'une stratégie à l'échelle nationale d'une durée de 10 ans qui formule 58 recommandations en vue de s'attaquer aux ravages provoqués par les opioïdes d'ordonnance, les stimulants et les sédatifs, afin d'améliorer la santé et la sécurité des collectivités canadiennes de partout au pays.

[Français]

Cette stratégie est le fruit de plus d'une année de travail du Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance, qui comptait des professionnels de la santé, des patients, des familles, des membres des Premières Nations, des représentants des forces de l'ordre, des organismes de réglementation, l'industrie pharmaceutique et les chercheurs. Le conseil a été coprésidé par la Coalition on Prescription Drug Misuse de l'Alberta,

[Traduction]

et je sais que vous allez rencontrer ses représentants au cours des prochaines semaines.

[Français]

Il y avait aussi le ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse ainsi que le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.

[Traduction]

Le gouvernement fédéral a été représenté dans ce processus par plusieurs ministères, notamment Santé Canada, Sécurité publique Canada, le ministère de la Défense nationale et le ministère de la Justice.

Le CCLT a réuni ces organismes avec la ferme intention d'aider à trouver des solutions. Lorsque nous avons lancé ce processus il y a un peu plus d'un an, nous savions tous parfaitement bien que le statu quo ne pouvait pas durer et que nous devions trouver une nouvelle façon de procéder.

Après la première réunion que nous avons organisée, tous les intervenants ont demandé au CCLT de diriger l'élaboration de la stratégie, comme nous l'avons fait dans d'autres domaines.

• (1535)

Pour répondre à la question considérée par le comité, c'est-à-dire le rôle du gouvernement fédéral, il est très clair lorsqu'il s'agit de s'attaquer au problème à l'échelle nationale, mais j'aimerais aussi souligner que cela dépasse tous les niveaux de gouvernement et le gouvernement lui-même. Toutefois, nous avons pris la liberté d'énumérer toutes les recommandations de la stratégie « S'abstenir de faire du mal » qui recommandaient la participation du gouvernement fédéral pour les porter à votre attention. J'aimerais aussi souligner que Santé Canada a été reconnu en tant que co-leader, aux côtés du Centre canadien de la lutte contre les toxicomanies, et d'autres parties, qu'elles soient liées à la réglementation, à l'aspect professionnel, etc. Un exemplaire a été remis au greffier du comité.

[Français]

Voici en gros les aspects qui nécessitent l'engagement du gouvernement fédéral, à savoir prévenir les méfaits associés aux médicaments d'ordonnance pour les personnes, les familles et les collectivités, veiller à ce que le système ait la capacité d'assurer un traitement efficace et en temps opportun des personnes touchées, contrôler et suivre l'évolution de la délivrance d'ordonnances ainsi que de la consommation, de l'abus et des méfaits associés, et ce, à l'échelle provinciale, territoriale et nationale.

[Traduction]

Il faut aussi veiller à ce que les organismes d'application de la loi aient les outils dont ils ont besoin pour empêcher le détournement et le trafic de médicaments d'ordonnance et qu'ils aient accès aux sanctions pénales appropriées, il faut examiner les lois et les règlements aux niveaux fédéral, provincial et territorial qui régissent tous les domaines de notre système actuel d'ordonnance de médicaments et enfin, il faut contribuer à l'amélioration — et diriger les efforts en ce sens — de la recherche et du partage des connaissances sur la nature et l'étendue du problème de l'abus des médicaments d'ordonnance au Canada.

Dans un autre ordre d'idées, j'étais très heureux — je pourrais même dire enchanté — que les ministères de la Santé des niveaux fédéral, provincial et territorial se soient récemment penchés sur la stratégie « S'abstenir de faire du mal », et se soient engagés à

travailler dans les domaines liés aux programmes de surveillance des prescriptions et à la surveillance et à la sensibilisation des médecins prescripteurs — ce sont, encore une fois, des recommandations clés qui se sont retrouvées dans la stratégie. Donc, en plus des intentions et des mesures prises aux échelons fédéral, provincial et territorial, de nombreuses autres activités qui répondent aux recommandations compilées sont déjà en cours. Nous aimerions souligner que la coordination globale et stratégique de ces efforts est essentielle pour éviter le chevauchement et maximiser les investissements.

[Français]

Soit dit en passant, depuis le lancement il y a huit mois de la stratégie intitulée « S'abstenir de faire du mal: Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada », le centre a formé des équipes de mise en oeuvre chargées d'assurer la concrétisation de chacune des 58 recommandations.

[Traduction]

Pour parler franchement, nous progressons et nous avons un plan. Nous avons un plan pour le Canada, et nous avons les bonnes personnes pour concrétiser la vision décrite dans la stratégie « S'abstenir de faire du mal » et nous collaborons actuellement en vue d'obtenir les ressources pour mener ce projet à terme.

Monsieur le président, même si le comité a raison de tenir compte du rôle du gouvernement fédéral lorsqu'il se penche sur le problème de l'abus des médicaments d'ordonnance, je dirais qu'il doit aussi tenir compte du rôle du CCLT, un organisme créé par une loi du Parlement et qui relève du Parlement, car il fait partie de la solution.

Afin de clarifier les choses pour les membres du comité, j'ai apporté des exemplaires des parties pertinentes de la Loi sur le CCLT pour expliquer la raison d'être et la portée de notre objectif et comment nous pouvons vous aider. Par définition, nous avons une responsabilité imposée par la loi de non seulement lancer le processus « S'abstenir de faire du mal », mais aussi de veiller à ce qu'il soit mené à terme.

De plus, il est impératif que les efforts et le dévouement d'un grand nombre d'organismes qui ont participé à l'élaboration de la stratégie et qui se sont engagés à y travailler jusqu'à sa mise en oeuvre ne soient pas laissés de côté. Le fait que nous ayons 58 recommandations résultant d'un consensus signifie que nous avons à bord tous les organismes clés — et ils sont prêts à s'engager dans le processus — responsables de non seulement cerner les problèmes, mais aussi de les résoudre. Il faut plus que des paroles et de la bonne volonté; il s'agit aussi d'investir des vrais dollars, d'agir de façon professionnelle et de s'engager à créer une approche nationale afin de nous aider à résoudre ce problème.

[Français]

Distingués membres du comité, la stratégie « S'abstenir de faire du mal: Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada » lance un vibrant appel à l'action. Elle propose des solutions détaillées qui nous incitent tous à trouver une solution au problème de l'abus des médicaments d'ordonnance au Canada.

[Traduction]

Je suis très heureux de savoir que vous entendrez d'autres intervenants qui ont collaboré à la mise au point de la stratégie « S'abstenir de faire du mal », notamment Ada Giudice-Tompson, dont le fils est décédé d'une surdose de médicaments non intentionnelle, et Dre Susan Ulan de la Coalition on Prescription Drug Misuse. Je suis certain que ces intervenants vous livreront un message cohérent sur les mesures qu'il faut prendre maintenant. En effet, une partie de notre rôle consiste à atténuer les distractions liées à cet enjeu et à vous aider à vous concentrer, en tant que décideurs, sur le signal, et la stratégie « S'abstenir de faire du mal ».

En conclusion, monsieur le président, nous demandons au comité de se pencher attentivement sur trois volets. Tout d'abord, il faut donner priorité aux fonctions principales que le gouvernement fédéral peut utiliser pour s'attaquer au problème de l'abus des médicaments, en tenant compte des recommandations formulées dans la stratégie « S'abstenir de faire du mal ». J'ajouterais aussi le CCLT à cela.

Deuxièmement, il faut souligner l'appui de votre comité à l'égard de la structure et du processus de la stratégie « S'abstenir de faire du mal » qui, encore une fois, est une vraie stratégie à l'échelle nationale visant à régler ce problème.

• (1540)

Enfin, troisièmement, il faut s'engager à examiner les façons de fournir les ressources adéquates pour faire progresser la stratégie et le rôle actuel et futur du CCLT.

[Français]

Je tiens à remercier le comité de l'intérêt qu'il porte à cette question. Elle est d'une importance vitale pour la santé et la sécurité de la population canadienne.

[Traduction]

Je serai très heureux de répondre à vos questions.

Merci.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Perron.

Nous allons commencer notre première série de questions. La parole est à Mme Davies. Elle a sept minutes.

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

Merci, monsieur Perron, et merci, madame Robeson, d'être ici aujourd'hui. Vous nous avez fourni beaucoup de renseignements.

La première question que j'aimerais poser — et ce n'est peut-être pas approprié pour vous —, c'est que je trouve un peu curieux que nous ayons cette stratégie « S'abstenir de faire du mal ». Je présume qu'elle a été lancée en mars dernier, et qu'elle est donc très récente. Mais on peut se demander pourquoi nous l'étudions, car il semble que nous avons une stratégie.

Vous avez énuméré quelques domaines dans lesquels nous pourrions vous aider, mais on peut se demander pourquoi nous étudions cela. Mais j'ai tout de même quelques questions.

J'ai remarqué que la Nouvelle-Écosse était l'une des provinces mentionnées. En fait, c'est la seule province qui participe au projet. Cela m'intrigue, car je ne sais pas si vous vous en souvenez, monsieur Perron, mais lorsque le Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments a publié son rapport en 2001 ou en 2002, je me souviens que cette étude, qui avait été menée partout au Canada, révélait qu'au Canada atlantique en particulier, on abusait des médicaments d'ordonnance beaucoup plus

qu'ailleurs au Canada et que les problèmes de dépendance étaient plus fréquents. J'aimerais savoir si vous pouvez nous donner une idée de la situation à l'échelle du pays. Je sais qu'en Colombie-Britannique, le problème concerne davantage les soi-disant médicaments illégaux, alors qu'au Canada atlantique, il s'agissait des médicaments d'ordonnance légaux. Est-ce toujours le cas? La situation varie-t-elle beaucoup d'une région à l'autre à l'échelle du pays? C'est ma première question.

Ma deuxième question, c'est que j'aimerais vraiment savoir si vous allez enquêter sur un point en particulier. J'ai fait un survol rapide de la stratégie pendant que vous parliez pour voir où cela se trouve, et je ne l'ai pas encore trouvé. Je pensais que cela se trouverait peut-être dans la partie sur la surveillance et le suivi — et que nous mettrions peut-être sur pied une sorte de système national sur le mode de fonctionnement des pharmacies et des dispensaires, afin d'empêcher les gens de faire affaire avec plusieurs commerces et de remplir des ordonnances deux fois, trois fois, etc. Est-ce que cela fait partie du plan? Et si oui, où cela se trouve-t-il?

Troisièmement, j'ai remarqué que Santé Canada dirigeait un grand nombre de ces volets, ce qui est évidemment normal. J'aimerais savoir si Santé Canada s'est engagé à financer la mise en oeuvre de cette stratégie.

M. Michel Perron: Merci. Je vais essayer de répondre à toutes les questions, et si j'en oublie une, veuillez me la rappeler.

Tout d'abord, je suis enchanté que vous vous souveniez du comité de 2001, et c'est important que nous ayons cette continuité parmi les intervenants dans cette pièce.

Mme Libby Davies: Oh oui.

M. Michel Perron: La première chose, c'est que la Nouvelle-Écosse a pris les rênes en coprésidant ce processus au nom du comité fédéral-provincial-territorial sur l'utilisation de substances problématiques. La province nous a servi d'accès au processus PT. L'autre coprésident était le College of Physicians and Surgeons of Alberta. Nous avons donc essayé de recruter les bons éléments pour participer à ce niveau.

Deuxièmement, je présume que la question était « pourquoi sommes-nous ici »? Je pense que c'était peut-être une question rhétorique. Néanmoins, en ce qui concerne la raison d'être du CCLT, notre rôle est d'essayer — et je reviens à la question des distractions — de vous aider à bien comprendre où, collectivement, les responsables du système pour tous les niveaux de gouvernement, les organismes à but non lucratif et le secteur privé pensent que nous devrions consacrer la plus grande partie de notre temps. La stratégie « S'abstenir de faire du mal » s'en occupe. Il ne s'agit pas d'une stratégie fédérale, ni d'une stratégie PT, ni d'une stratégie du College of Physicians and Surgeons. Je crois que tout le monde s'entend pour dire qu'il s'agit d'une vision de la façon dont nous pouvons régler ce problème au Canada, et on semble comprendre que pour traiter ce problème complexe et diversifié, il faut adopter une approche collaborative qui nous permettra de trouver une solution. La stratégie « S'abstenir de faire du mal » est une façon concrète d'exprimer comment nous souhaitons aborder le problème.

En ce qui concerne les variations des méfaits provoqués partout au pays — et je vais demander à ma collègue Paula de répondre aussi —, j'aimerais dire deux choses. Tout d'abord, je crois que toutes les provinces et tous les territoires, sans exception, subissent les répercussions des problèmes liés aux médicaments d'ordonnance, qu'il s'agisse des opioïdes, qui ont eu toute l'attention des médias ces derniers temps... J'aimerais souligner que cela concerne trois catégories: les stimulants, les dépresseurs et les produits opiacés. Donc, même si de nombreux rapports soulignent la nécessité de s'attaquer à ce problème, la précision des données varie selon les provinces ou les territoires. Mais on peut dire qu'aucune province ou territoire n'a échappé au problème et qu'ils se sont tous engagés à s'en occuper.

Dans votre province, il y a de très bons programmes sur la façon de gérer les prescriptions en trois exemplaires. Ce n'est pas nécessairement le cas partout au pays. Une partie de l'objectif de la stratégie « S'abstenir de faire du mal » est de tenter d'harmoniser, je présume, le niveau de rigueur présent dans le système.

• (1545)

Mme Libby Davies: Pouvez-vous me dire où cela se trouve dans votre stratégie? Dans quelle partie puis-je trouver cela?

M. Michel Perron: Les programmes de surveillance des prescriptions se trouvent dans la partie surveillance et suivi. Vous verrez qu'il y a trois éléments dans cette partie.

Mme Libby Davies: Vous avez parlé d'un rapport du coroner, du poison...

M. Michel Perron: C'est exact. Le défi initial de cette stratégie, c'était d'essayer de déterminer qui devrait en faire partie. Le concept d'avoir un programme de surveillance des prescriptions — ce qui rejoint votre autre point de savoir comment la surveillance est exercée à l'égard de la distribution et de la chaîne d'approvisionnement et qui sont les intervenants à chaque point, par exemple un médecin qui donne des prescriptions de façon incohérente avec les autres, ce qui signale à un collègue qu'il faut demander pourquoi ce médecin donne des prescriptions de cette manière, et qu'il faut surveiller la transaction des prescriptions, etc., se trouve dans la partie sur la surveillance et le suivi.

J'aimerais revenir sur le fait qu'on n'a pas nécessairement les bonnes données. La surveillance repose sur les programmes de surveillance des prescriptions et sur la façon dont ils varient dans les provinces et territoires. La surveillance repose sur la grande disponibilité des données et sur certaines des données sur les méfaits auxquels j'ai fait référence plus tôt, et ces données sont inexistantes dans un grand nombre de provinces ou territoires.

L'autre point que j'aimerais faire valoir, et Paula peut peut-être ajouter quelque chose ensuite, c'est que les pharmacies et les dispensaires sont bien couverts. En fait, nous avons l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie. Encore une fois, nous avons parlé avec les représentants et ils nous ont tous indiqué qu'ils voulaient s'engager dans ce projet.

En ce qui concerne le rôle de Santé Canada, je crois que notre responsabilité était de créer un contexte dans lequel le gouvernement pourrait savoir où concentrer ses mesures. Je crois que la stratégie « S'abstenir de faire du mal » permet d'obtenir cette concentration des activités. Comme vous l'avez souligné, Santé Canada participe à un certain nombre de ces activités, tout comme plusieurs provinces et territoires.

La bonne nouvelle, selon moi, c'est que nous avons constaté que ce sujet faisait maintenant partie du discours du Trône, ce qui, à notre avis, est un accomplissement important.

Mme Libby Davies: Mais avez-vous pu obtenir de Santé Canada le budget nécessaire à la mise en oeuvre de cette stratégie?

M. Michel Perron: Pas à ma connaissance. Il faudrait demander aux gens de Santé Canada ce qu'ils sont disposés à investir à cette fin, mais je sais qu'ils sont engagés à fond dans ce dossier, et assurément très actifs du côté des Premières Nations. Comme il y a déjà eu des discussions avec les ministres de la Santé de tout le pays, que cet engagement est inscrit dans le discours du Trône et qu'on étend la portée de la Stratégie nationale antidrogue pour inclure les médicaments d'ordonnance, je crois que tout augure très bien.

Je ne pourrais toutefois pas vous donner de montant exact.

Le président: Très bien.

Merci, madame Davies.

Les sept prochaines minutes vont à Mme Adams.

Mme Eve Adams (Mississauga—Brampton-Sud, PCC): Merci beaucoup d'être des nôtres aujourd'hui et de nous faire bénéficier de vos expériences.

Je m'intéresse tout particulièrement à votre rapport *S'abstenir de faire du mal*. Pourriez-vous nous faire part de quelques-unes des recommandations formulées dans ce rapport, particulièrement pour ce qui est des lacunes à combler en matière d'information sur le problème et de surveillance de l'abus des médicaments d'ordonnance?

M. Michel Perron: J'estime qu'il y a trois aspects sur lesquels nous devons intervenir en priorité pour améliorer notre connaissance des enjeux. Il en a d'ailleurs été question lors des discussions avec les ministres FPT de la Santé. Il faut d'abord chercher à mieux comprendre ce qui se fait au pays en matière de surveillance des prescriptions. Par ailleurs, il convient de prendre les moyens pour bien saisir l'ampleur et les répercussions du problème de mauvaise utilisation des médicaments d'ordonnance. Enfin, il y a lieu de voir comment on pourrait mieux sensibiliser ceux-là même qui prescrivent les médicaments.

Sans vouloir cibler uniquement les prescripteurs, c'est assurément une composante importante qui est ressortie des discussions ayant mené à la stratégie S'abstenir de faire du mal. D'entrée de jeu, il nous a fallu notamment déterminer ce qu'on entendait exactement par abus de médicaments d'ordonnance. Nous avons clairement cerné deux aspects à la problématique. Il y a d'abord le volet strictement thérapeutique, ou médical si vous préférez. Sur une voie parallèle, on retrouve la consommation des médicaments à des fins purement illicites.

Du point de vue thérapeutique, il est ressorti très clairement de notre étude qu'il convenait de mieux informer tous les professionnels, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, qui prescrivent des médicaments pour les aider à mieux saisir la nature du problème. Ce sont les médecins eux-mêmes qui nous l'ont dit. Il faut ainsi être capable de déterminer, particulièrement dans le cas des opiacés, si une prescription est appropriée et quel traitement convient le mieux au patient aux prises avec des douleurs aiguës à court terme.

• (1550)

Mme Eve Adams: Nous débutons à peine notre étude, mais il y a deux constatations qui semblent se dégager de façon assez marquée. Peu de gens ont pleinement conscience de l'ampleur du problème et on ne dispose pas de données quantitatives suffisantes pour savoir à quel point il est répandu.

Pourriez-vous nous dire si quelqu'un compile des informations à ce sujet ou nous indiquer la façon dont nous devrions orienter nos recherches?

Mme Paula Robeson (courtière du savoir, Centre canadien de la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies): Parmi les six équipes établies pour la mise en oeuvre de la stratégie, il y a celle chargée de la surveillance et du contrôle, et un groupe qui s'emploie à mobiliser les principaux dépositaires de données dans ce dossier. La situation varie d'une province à l'autre, ce qui rend les comparaisons difficiles. C'est la Dre Beth Sproule du CAMH qui est à la tête du comité qui effectuera ce travail de mobilisation afin que tous puissent discuter ensemble des mesures communes, des sources de données similaires et des méthodologies de cueillette de l'information.

Mme Eve Adams: Où en sont-ils rendus dans leurs travaux?

Mme Paula Robeson: La mobilisation n'en est qu'à ses premières étapes, mais nous avons déjà établi un modèle pour une réunion. Nous sommes en attente de fonds pour pouvoir rassembler ces gens-là qui représentent les nombreuses sources d'information auxquelles nous devons puiser. Je pense notamment aux coroners de tout le pays, aux différentes bases de données sur les traitements et aux centres antipoison.

Nous avons fait l'inventaire de tous ces intervenants clés; il nous faut maintenant les réunir autour d'une même table.

Mme Eve Adams: Il semble bien qu'il y ait effectivement un travail essentiel à faire.

Mme Paula Robeson: Oui.

Mme Eve Adams: Prévoyez-vous une réunion au cours des six prochains mois? Y a-t-il un échéancier qui a été établi?

M. Michel Perron: Je pourrais vous dire d'une manière générale où nous en sommes rendus au CCLT quant à la mise en oeuvre de la stratégie S'abstenir de faire du mal. Comme je l'indiquais dans ma déclaration, nous avons établi des équipes de mise en oeuvre constituées des mêmes intervenants et organisations qui ont travaillé à la formulation des différentes recommandations.

Les principaux domaines d'expertise pertinents sont représentés au sein de ces équipes de mise en oeuvre. Pour la surveillance et le contrôle, nous pouvons compter sur les experts de Santé Canada, des provinces et des territoires. Il faut maintenant aider ces entités à déterminer quel rôle elles souhaiteraient jouer dans la mise en oeuvre globale des mécanismes de contrôle et de surveillance.

Nos ministres de la Santé nous ont indiqué leur intention de faire leur part. Nous verrons bien quelle forme cela prendra, mais nous sommes persuadés qu'ils seront en mesure d'inscrire leur contribution dans le contexte général des activités de la stratégie, car nous souhaitons travailler dans le respect intégral du rôle que ces gouvernements voudront bien se donner.

Par ailleurs, il faudra faire intervenir d'autres sources de données non gouvernementales pour pouvoir brosser un tableau vraiment détaillé de l'évolution des choses.

C'est une initiative qui exigera bien évidemment des efforts considérables, mais aussi un certain temps. Dans le cadre de notre

stratégie, nous visons à minimiser les dédoublements en faisant en sorte que personne n'ait à répéter ce qui a déjà été fait.

Mme Eve Adams: Tout à fait. C'est ce que tout le monde veut éviter.

Des représentants des ministères de la Santé, de la Sécurité publique et de la Justice du Canada ont tous déploré une prise de conscience insuffisante de la gravité du problème de consommation abusive de médicaments d'ordonnance. Avez-vous des conseils à nous donner quant aux moyens que nous pourrions mettre en oeuvre pour sensibiliser davantage les gens?

M. Michel Perron: Certainement. La sensibilisation doit viser différents publics cibles. Il y a d'abord ceux qui prescrivent les médicaments. Il est essentiel qu'ils saisissent bien toute l'ampleur du problème et de ses répercussions. Il convient en outre de mieux renseigner les patients eux-mêmes et la population en général afin qu'ils comprennent bien cette problématique.

Nous ne voulons surtout pas créer une phobie qui pourrait inciter certains à renoncer à toute forme de médication. Il y a des avantages très concrets à prendre des médicaments d'ordonnance, qu'il s'agisse d'opiacés, de stimulants ou de sédatifs, mais il faut que les Canadiens soient informés adéquatement et qu'ils posent les questions appropriées à leur médecin ou à leur pharmacien au moment d'entreprendre des traitements semblables.

Parmi les différentes recommandations formulées à ce sujet, notons la tenue d'une campagne de sensibilisation nationale pour attirer l'attention sur ces questions et présenter les objectifs que nous visons en la matière.

Je vais demander à Paula de vous fournir de plus amples détails.

• (1555)

Mme Paula Robeson: Dans nos recommandations axées sur la prévention — il y en a 12 sur les 58 —, nous préconisons des mesures visant à informer les consommateurs, les familles et les collectivités de la nature du problème, de son étendue, des mécanismes d'atténuation, et des outils disponibles pour aider les collectivités et les particuliers à bien comprendre les enjeux afin de pouvoir mieux se protéger, notamment, comme l'indiquait Michel, via une campagne de sensibilisation.

Ces efforts doivent toutefois pouvoir s'appuyer sur une compréhension juste de la nature et de la prévalence du problème, ce qui nous ramène à la nécessité de recueillir des données et de pouvoir établir des comparaisons entre les régions et les collectivités.

Le président: Merci beaucoup, madame Adams.

Nous passons à Mme Fry.

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

J'aimerais d'abord demander à notre président s'il est possible que chaque membre du comité reçoive un exemplaire du rapport du Comité spécial sur la consommation non médicale des drogues ou médicaments, qui a été déposé au Parlement en décembre 2002. J'estime qu'on y trouve beaucoup de détails qui répondent à bon nombre des questions qui sont posées ici. On peut par exemple y apprendre ce qui se passe en cas de consommation abusive d'opiacés. Quels sont les symptômes? Quels sont les signes?

Le rapport fournit tous les détails à ce sujet. Je pense que ce serait bon que chacun puisse en prendre connaissance pour pouvoir amorcer son travail à partir d'une base d'information beaucoup plus complète que ce que nous avons ici.

Je me tourne maintenant vers nos témoins pour les féliciter des recommandations qu'ils nous ont soumises. Je suis d'accord avec ce que vous proposez lorsque vous demandez au palier de gouvernement responsable de vous confier l'initiative de ce dossier.

Je note toutefois que tout le monde parle des opiacés et des opioïdes, mais personne ne semble s'intéresser à des produits comme les benzodiazépines. Si vous avez mon âge, vous vous souviendrez peut-être du livre *I'm Dancing As Fast As I Can*, qui traitait de la dépendance au Valium. Ces médicaments sont encore présents. Toutes les manchettes vont désormais aux opiacés, mais les gens continuent d'en consommer.

J'ai donc pensé que nous pourrions en parler un peu. Nous pourrions discuter de tous ces médicaments d'ordonnance que les jeunes — et il en est question dans ce rapport — subtilisent dans l'armoire à pharmacie de leurs parents à la recherche de différentes sensations.

Pourriez-vous nous indiquer brièvement — j'ai encore deux questions à poser, et je n'ai que sept minutes — où nous en sommes actuellement quant aux données disponibles sur la consommation abusive de benzodiazépines?

M. Michel Perron: Je vous signale à ce sujet que nous allons laisser à votre greffier un certain nombre de documents sommaires.

Je peux toutefois vous dire qu'en 2010-2011, environ 1,5 % des élèves canadiens de la 6^e année jusqu'à la fin du secondaire ont indiqué avoir consommé des tranquillisants l'année précédente pour se défoncer ou à des fins non médicales.

L'hon. Hedy Fry: Désolée, vous dites de la 6^e année jusqu'à ?

M. Michel Perron: De la 6^e année à la fin du secondaire, il y a consommation non médicale par environ 1,5 % des élèves.

Lorsqu'il est question de benzodiazépines, c'est toutefois surtout dans le contexte de leur prescription à des femmes.

L'hon. Hedy Fry: Des femmes au foyer.

M. Michel Perron: On nous indique que c'est un segment de la population auquel nous devons nous intéresser de près, en plus des aînés. Le problème ne se limite donc pas à un seul groupe d'âge.

Je voudrais souligner à nouveau, dans le sens de la question posée par Mme Adams, que nous utilisons ici les meilleures données à notre disposition, mais que c'est loin d'être suffisant pour tirer quelque conclusion que ce soit. Il nous faut absolument approfondir notre étude de ces questions.

L'hon. Hedy Fry: Cela me permet d'enchaîner avec ma deuxième question. Il existe des données, mais seulement à l'échelle provinciale, et certaines sont plus pertinentes que d'autres.

Croyez-vous que le gouvernement fédéral pourrait servir de centre de coordination pour la cueillette de toutes les données en provenance des gouvernements provinciaux et l'établissement d'une base de données nationale? On ferait la même chose pour les pratiques exemplaires. Si certaines provinces ont des mécanismes très efficaces pour le suivi des prescriptions établies par les médecins et des utilisations inappropriées de médicaments prescrits, ne pourrions-nous pas regrouper le tout dans une base de données pancanadienne?

Je pense qu'il y a vraiment un rôle à jouer pour le gouvernement fédéral. Nous pourrions ainsi dégager un véritable état de la situation

au pays de telle sorte que nous, politiciens fédéraux, soyons mieux à même de comprendre la nature du problème.

Pensez-vous que ce serait une bonne idée?

• (1600)

M. Michel Perron: Tout à fait.

Je demanderais peut-être au greffier de mettre en évidence le premier point de la rubrique « Surveillance et suivi » du rapport afin que les députés puissent y revenir plus tard. Nous recommandons ici de normaliser les principaux éléments d'un système pancanadien de surveillance des médicaments d'ordonnance.

Le gouvernement fédéral a évidemment un rôle à jouer. Parmi les responsables proposés, mentionnons également les associations professionnelles, l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, ainsi que les provinces et les territoires. À mon avis, il faut miser à tout prix sur une collecte nationale de données. Cela implique de discuter avec les détenteurs de données, qui sont souvent les provinces, et d'examiner les flux de données qui en découlent, par exemple les rapports des coroners ou des centres antipoison, comme on l'a mentionné précédemment.

La terminologie commune demeure la bête noire. Il faut entre autres définir la méthode de quantification des médicaments, leurs effets, ainsi que les méthodes de collecte et les rapports.

Quant au rôle précis que doit assumer le gouvernement fédéral, je pense que nous pourrions nous pencher sur le rôle qu'il occupe dans d'autres mécanismes de collecte nationale de données. Chose certaine, il devrait être en mesure de comprendre ce qui se passe au pays, en collaboration avec les provinces.

L'hon. Hedy Fry: Merci.

Combien de temps me reste-t-il?

Le président: Vous vous en tirez très bien. Il vous reste deux minutes.

L'hon. Hedy Fry: Merci.

Ma prochaine question se rapporte à l'une de vos recommandations du document *S'abstenir de faire du mal: Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada*. Au deuxième paragraphe, vous dites: « Concevoir et promouvoir des programmes de réduction des risques visant les personnes... ». Pourriez-vous nous en dire davantage à ce sujet? Vous avez indiqué que les responsables seraient Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. J'aimerais que vous nous donniez plus de précisions.

Je tiens également à vous remercier pour votre dernière réponse, car je crois que tous ceux d'entre nous qui ont déjà étudié la question savent que pour établir, évaluer et surveiller des indicateurs, il faut d'abord des données. Vous aurez besoin de données ventilées par groupe démographique, par exemple, et d'autres données qui précisent les personnes qui sont les plus vulnérables, etc.

Merci, monsieur Perron.

M. Michel Perron: Merci, docteur Fry.

La réduction des risques est un principe clé de ce document, et la première chose à faire à cet égard, c'est de ne pas opter tout de suite pour un médicament lorsqu'on veut soulager la douleur d'un patient.

Il existe d'autres interventions, notamment la chiropratique et la massothérapie. Pour tout dire, on a l'impression de dépendre des médicaments pour régler les problèmes auxquels sont confrontés les Canadiens. C'est à la base de cette stratégie. Ensuite, s'il s'avère qu'un médicament est nécessaire à des fins thérapeutiques, qu'on le prescrive en toute connaissance de cause.

La stratégie prévoit diverses mesures de réduction des risques, que vous trouverez sous la rubrique « Traitement », par exemple en ce qui concerne la naxolone à emporter à domicile, et ainsi de suite. On y retrouve une série d'initiatives qui sont entièrement fondées sur des données probantes et évaluées à la lumière du contexte global.

Étant donné que ce dossier suscite un grand intérêt politique — et nous en sommes heureux —, il arrive qu'on cible certaines questions. Pour mettre en place la stratégie de façon générale, nous devons examiner tous les volets et nous assurer de faire progresser le dossier collectivement selon ce qui a été convenu. Encore une fois, cela nous ramène au rôle du CCLT.

Le président: Merci. Vous avez respecté votre temps. Très bien.

Je cède maintenant la parole à M. Hawn pour la dernière série de questions de sept minutes.

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

Merci aux témoins d'être ici aujourd'hui.

J'aimerais parler brièvement des Premières Nations. Évidemment, les Premières Nations vivant dans des réserves font partie des populations les plus vulnérables au pays. Le gouvernement a investi ou s'est engagé à investir 90 millions de dollars dans la prévention de la toxicomanie, les programmes de traitement de la toxicomanie, et ainsi de suite.

J'aimerais que vous nous parliez de l'efficacité de ces investissements. Est-ce suffisant? Devons-nous en faire plus? Devrions-nous tenter une approche différente? Observez-vous une évolution des tendances au sein des Inuits et des Premières Nations vivant dans des réserves?

M. Michel Perron: Je pourrais peut-être vous répondre en revenant sur la façon dont nous avons élaboré la stratégie.

Tout d'abord, comme vous le savez, le gouvernement fédéral intervient énormément dans les réserves, auprès des Premières Nations et dans le cadre des Services de santé non assurés. Il a effectué des investissements considérables. Je vais laisser Santé Canada parler des mesures qu'il a prises.

Quand nous avons entrepris ce processus, la dernière chose que nous voulions faire, c'était définir, pour l'ensemble des Premières Nations, ce que nous devons faire dans ce secteur. Plusieurs groupes, notamment l'Assemblée des Premières Nations, et le chef national Atleo, nous ont clairement dit que l'abus de médicaments d'ordonnance est l'un des principaux problèmes auxquels sont confrontées leurs communautés et qu'il faut absolument agir pour enrayer ce phénomène.

Nous sommes très heureux que l'Assemblée des Premières Nations ait participé à ce processus. En fait, le chef national Atleo a officiellement appuyé la stratégie, qui est conforme à la façon dont ils veulent être guidés dans leurs décisions à l'égard des programmes que nous avons exposés.

En outre, cela nous a permis de relier les activités de Santé Canada. Je sais qu'on a mis sur pied un Comité de coordination de l'abus de médicaments d'ordonnance, coprésidé par l'Assemblée des Premières Nations. Je suis donc persuadé que les intérêts des

Premières Nations ont tous été pris en compte dans la stratégie et que les recommandations correspondent aux mesures qu'ils souhaiteraient voir prises. Quant à ce que nous allons faire précisément, il y a visiblement des besoins criants à combler dans divers secteurs, mais encore une fois, il faut laisser la stratégie suivre son cours.

Avez-vous quelque chose à ajouter, Paula?

• (1605)

Mme Paula Robeson: Dans le document sur la stratégie, il y a plusieurs secteurs dans lesquels nous avons établi des relations étroites avec les Premières Nations. Comme Michel l'a indiqué, les représentants des Premières Nations ont participé activement à l'élaboration de la stratégie. Ils ont permis d'adapter les recommandations en tenant compte des particularités culturelles, des compétences et des solutions émanant des communautés, et de s'assurer que les collectivités rurales et éloignées y ont accès. Ces questions sont en partie intégrées aux recommandations de la stratégie.

L'hon. Laurie Hawn: Merci.

C'est peut-être un peu exagéré, mais vous savez qu'il y a des Premières Nations partout dans le monde. Je suis allé à Taïwan en avril ou mai dernier. Si je ne me trompe pas, on y dénombre 12 communautés des Premières Nations. La ressemblance est frappante, non seulement sur le plan physique, mais aussi au niveau de leurs traditions, de leurs danses, de leur musique — et de leurs problèmes. Nous avons beaucoup discuté des difficultés auxquelles font face ces communautés de Taïwan.

Avons-nous fait des comparaisons — je compare peut-être des pommes et des oranges, je ne sais pas — ou échangé de l'information avec d'autres Premières Nations ailleurs dans le monde?

M. Michel Perron: Du point de vue du CCLT, nous aimerions que l'APN guide cette initiative. On n'a pas examiné systématiquement les besoins des Premières Nations dans d'autres pays. On m'a récemment demandé de présider l'élaboration d'une stratégie de concertation pour la Nouvelle-Zélande, dans laquelle les Maoris et les Pasifikas étaient très bien représentés. Les besoins y étaient très bien définis, d'une façon qui n'est pas incompatible avec ce que nous faisons. Je ne vais pas me prononcer sur la portée et l'ampleur, mais il fallait les identifier comme des populations distinctes — en reconnaissant, sans accroître la stigmatisation, qu'elles exigent une attention particulière. Nous estimons que les chefs des Premières Nations eux-mêmes sont les mieux placés pour savoir à quoi il faut s'intéresser particulièrement.

L'hon. Laurie Hawn: Savez-vous s'ils se penchent là-dessus?

M. Michel Perron: Absolument. L'Assemblée des Premières Nations étudie la question. J'ignore si on le fait systématiquement partout au pays. Premièrement, sachez que ce problème est un problème auquel seuls les pays riches sont confrontés. Les Nations Unies s'inquiètent plutôt de l'accès insuffisant aux médicaments essentiels. De nombreux pays ont de la difficulté à avoir accès à bon nombre de ces médicaments. Notre problème résulte d'une trop grande réserve de médicaments. Quelle est la façon la plus prudente de gérer l'approvisionnement, en sachant qu'il faut atténuer les besoins tout en réduisant les risques?

L'hon. Laurie Hawn: Taïwan, l'Australie et la Nouvelle-Zélande sont tous des pays riches; ils font sûrement face à des problèmes semblables.

M. Michel Perron: Tout à fait.

Nous avons aussi appris, comme c'est le cas habituellement lorsqu'on discute avec des membres des Premières Nations, que le concept de la douleur est très différent pour les Premières Nations. Selon ce qu'ils nous ont dit, la souffrance qui est transmise de génération en génération n'est pas nécessairement physique. Elle peut se manifester de cette façon, mais puisque nous nous penchons sur le problème de l'abus de médicaments chez les Premières Nations et sur la façon de l'enrayer, l'héritage de souffrances est un aspect à ne pas négliger.

L'hon. Laurie Hawn: Toujours sur la situation internationale, tous les pays, pas seulement les Premières Nations, sont confrontés aux mêmes problèmes en matière de soins de santé que nous. Est-ce que nous effectuons des recherches, en collaboration avec d'autres pays, en vue de tirer des leçons?

• (1610)

Mme Paula Robeson: Le CCLT prend part à plusieurs initiatives de collaboration et de recherche, dont une, par exemple, à propos des nouvelles substances psychotropes — comment les surveiller et échanger de l'information entre les divers ordres de gouvernement, à l'échelle nationale et internationale. Nous nous sommes inspirés des données d'autres pays, notamment de l'Australie et des États-Unis, pour appuyer cette stratégie.

M. Michel Perron: Les États-Unis se situent au premier rang pour leur consommation de médicaments par habitant, suivis de l'Europe et de l'Australie. Toutefois, dans bon nombre de ces pays, le problème ne se manifeste pas comme ici, étant donné que l'approvisionnement en médicaments est très différent, ou du moins, n'a pas encore atteint notre niveau. Le Canada a ici l'occasion de prendre les devants en disant « Si vous voulez élargir l'accessibilité à certains médicaments, veuillez tenir compte de ces pratiques ».

L'hon. Laurie Hawn: Le faisons-nous? Santé Canada agit-il ainsi avec ses partenaires internationaux?

M. Michel Perron: L'an dernier, à la Commission des stupéfiants, Santé Canada a déposé une résolution portant sur une initiative de retour des médicaments, incitant les gens à rapporter leurs médicaments à la pharmacie. Cette résolution a été adoptée par la Commission des stupéfiants. Cette initiative a encouragé la communauté internationale à se pencher sur la question de l'abus des médicaments d'ordonnance.

À mesure que nous poursuivons cette stratégie et nos efforts dans ce sens, je pense que le Canada disposera d'une grande latitude pour démontrer comment il faut s'attaquer au problème. Nous pouvons donner des exemples d'identification, d'engagement, d'investissement, de suivi et de pratiques exemplaires.

Le président: Très bien. Merci beaucoup.

C'est ce qui met fin à la première série de questions.

À titre d'information, le greffier vient de me rappeler qu'il nous a envoyé, il y a quelques semaines, l'étude dont avait parlé Mme Fry. Nous recevons tous beaucoup de courriels dans une journée, alors si vous souhaitez que le greffier vous l'envoie de nouveau, n'hésitez pas à communiquer avec moi ou avec lui; il sera heureux de vous la transmettre afin que vous puissiez l'examiner.

D'accord? Super. Je tenais à le préciser.

Passons maintenant à la prochaine série de questions.

Madame Morin, allez-y, je vous prie.

[Français]

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

Je remercie les témoins d'être parmi nous aujourd'hui.

Monsieur Perron, à la fin de votre exposé, vous avez formulé trois recommandations, la dernière étant qu'on vous fournisse certaines ressources dont vous avez besoin.

Pouvez-vous nous donner plus de détails sur ces ressources? Parlez-vous de ressources humaines ou financières? Pour le bénéfice du comité, j'aimerais comprendre quel sont vos besoins à ce sujet.

M. Michel Perron: Je vous remercie de la question.

Mme Isabelle Morin: Pouvez-vous répondre brièvement, s'il vous plaît, parce que j'ai d'autres questions à vous poser.

M. Michel Perron: D'accord.

En effet, le CCLT, qui est l'acronyme en français du CCSA, a besoin de ressources pour alimenter la mise en oeuvre de la stratégie et, plus particulièrement, pour la coordination des groupes de travail que nous avons énumérés plus tôt, soit les cinq groupes de travail et les groupes d'action. Nous avons fait une demande d'appui financier à Santé Canada pour assumer ce rôle...

Mme Isabelle Morin: Combien d'argent avez-vous demandé?

• (1615)

M. Michel Perron: Nous avons demandé 1 million de dollars par année pour la mise en oeuvre de la stratégie et sa coordination. Avec cette somme d'argent, nous pourrions non seulement susciter la participation, mais aussi l'investissement des autres ordres de gouvernement, des autres organisations professionnelles et du secteur à but non lucratif. Cela aurait des retombées assez importantes, comme nous l'avons vu dans nos autres stratégies.

Mme Isabelle Morin: Parfait, je vous remercie beaucoup.

Au cours de votre exposé, vous nous avez parlé de trois types de médicaments auxquels il faut faire attention, soit les opioïdes, les stimulants et les sédatifs. Je trouvais cela très intéressant car vous êtes le premier à nous dire qu'il y a trois médicaments. Ceux qui m'intéressent plus particulièrement aujourd'hui sont les stimulants. J'aimerais mentionner à mes collègues que, puisque je suis un peu plus jeune, j'ai vécu cela à l'université.

J'ai étudié en éducation à l'Université de Sherbrooke. C'était donc un monde de personnes éduquées. Malgré cela, un des problèmes, en fin de session, était que des étudiants cherchaient du Ritalin. Je ne vous apprendrai rien. Il y a quatre ans, je me souviens que les gens cherchaient du Ritalin parce que c'est un stimulant qui leur permet d'être plus concentrés lors des examens. C'était un médicament très recherché et cela m'inquiétait car je connaissais des gens qui en utilisaient sans ordonnance.

Je ne vois rien dans vos recommandations qui touche plus particulièrement le monde universitaire. On parle beaucoup des jeunes. Les personnes qui ont fait des exposés devant nous lors d'autres réunions nous parlaient des jeunes aux niveaux primaire et secondaire, ainsi que de prévention. Ce problème m'inquiète et le représentant de la GRC qu'on a entendu la semaine dernière mentionnait que le plus important n'était pas ce qu'on savait, mais ce qu'on ne savait pas.

Je me demande donc si vous avez des commentaires à faire à cet égard. Quelles sont vos pistes de solution et que peut-on faire pour s'assurer que ce genre de problème sera réglé? Personne n'en a parlé jusqu'à maintenant et je serais intéressée de connaître vos solutions.

M. Michel Perron: Je vous remercie.

Je vous aurais demandé de faire l'exposé du problème parce que c'est exactement ce qui se passe avec les stimulants. Nous voyons à la grandeur du pays que la disponibilité et l'accessibilité de ces drogues, soit le Ritalin, l'Adderall et toute cette gamme de médicaments prescrits pour le trouble déficitaire de l'attention et ce genre de problèmes, sont facilement disponibles. En effet, ils sont consommés de façon abusive, particulièrement par cette population de jeunes à l'université durant les examens afin de mieux se concentrer. C'est, si je puis dire, une alternative au Red Bull.

Mme Isabelle Morin: C'est exact.

M. Michel Perron: Malheureusement, cela a quand même des effets nocifs et il pourrait être dangereux d'en consommer. L'abus de stimulants ferait partie de cette stratégie dans le volet prévention, plus précisément à la recommandation qui parle de la sensibilisation. Je peux demander à Mme Robeson de me corriger, mais je crois que nous n'avons rien de très précis pour le groupe universitaire concernant ces médicaments.

Pour ouvrir une autre porte, j'aimerais mentionner que le Centre canadien de la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies copréside la Stratégie nationale sur l'alcool. On a eu une rencontre la semaine dernière et des représentants de la Acadia University faisaient partie de notre groupe. On abordé toutes ces questions sur les messages de prévention que nous aimerions transmettre à cette population, non seulement au sujet des stimulants, mais aussi au sujet de l'alcool. J'aimerais peut-être aussi tisser des liens avec cette stratégie.

Mme Isabelle Morin: J'ai une dernière question sur les stimulants. Elle est en lien avec le même groupe de personnes.

Il y a si peu de gens qui ont accès à un médecin de famille que beaucoup d'entre eux vont à l'urgence et obtiennent une ordonnance. En effet, il est très facile d'avoir une ordonnance de Ritalin à l'urgence. Avez-vous aussi des suggestions relatives à l'accès à un médecin de famille pour régler les problèmes d'ordonnance? On peut obtenir une ordonnance pour un médicament dont on n'a pas besoin parce qu'on n'a pas de médecin de famille. Avez-vous une opinion ou des études à ce sujet?

M. Michel Perron: On a plutôt travaillé sur la manière de mieux éduquer les médecins qui travaillent dans les urgences. Par exemple, quels sont les outils dont doivent disposer ces médecins et quelles questions doivent-ils poser à ceux qui fréquentent les salles d'urgence afin, notamment, d'identifier ceux qui pourraient tenter de commettre une fraude et ceux qui sont là pour essayer de trouver un médecin, entre autres.

Évidemment, l'accès à un médecin de famille est une question beaucoup plus large qui touche à des composantes qui vont au-delà de cette stratégie. Il serait souhaitable que tout le monde ait accès à un médecin de famille mais, pour l'instant, on se concentre plutôt sur la question de mieux éduquer les médecins que nous avons aujourd'hui.

[Traduction]

Le président: Merci, madame Morin.

Je cède maintenant la parole à M. Wilks. Vous disposez de cinq minutes.

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

Merci aux témoins d'être ici aujourd'hui. Monsieur Perron, il semble que plusieurs recommandations de la stratégie S'abstenir de faire du mal visent à la fois le CCLT et Santé Canada. Pourriez-vous nous expliquer en quoi le mandat du CCLT diffère de celui de Santé Canada? Étant donné que nous essayons de cerner le rôle du gouvernement fédéral, nous voulons éviter le dédoublement des efforts. Pourriez-vous nous en dire un peu plus là-dessus? Je vous poserai ensuite une autre question.

M. Michel Perron: Merci, monsieur.

En fait, c'est une très bonne question, car les gens me demandent souvent quelle est la différence entre les deux. En vertu de la Loi sur le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, qui vous a été distribuée, notre rôle consiste à rassembler tous les ordres de gouvernement, les organisations à but non lucratif et le secteur privé. Nous veillons à ce que les efforts et les investissements que Santé Canada souhaite mettre sur la table à l'égard d'un dossier soient multipliés par le truchement de partenariats avec d'autres ordres de gouvernement et d'autres secteurs.

Le CCLT a pour mission de réunir ce groupe d'organisations nationales pour faire avancer un dossier. Cette façon de faire a eu du succès dans d'autres domaines et a permis au gouvernement fédéral et aux autres ordres de gouvernement d'assumer un rôle précis qui leur convient davantage plutôt que de devoir veiller à tous les aspects.

Avez-vous quelque chose à ajouter, Paula?

Mme Paula Robeson: Non.

M. David Wilks: Je suis curieux. Le CCLT est donc subventionné pour assumer les responsabilités proposées dans la stratégie S'abstenir de faire du mal. Qu'advient-il si vous ne poursuivez pas les efforts de coordination dont vous avez parlé?

• (1620)

M. Michel Perron: Il y a toujours un risque lorsqu'on réunit beaucoup de gens autour d'une même table et qu'on crée des attentes de collaboration. Cela dit, je tiens beaucoup à... permettez-moi de dire ceci. Le fait que tous nos partenaires restent à la table et sont prêts à investir leurs propres ressources, leur temps et leur argent pour donner suite à des recommandations sur lesquelles ils se sont entendus a un grand poids dans la décision du gouvernement fédéral de nous accorder du financement.

Au fond, un investissement dans le CCLT, qui est largement financé par le gouvernement fédéral, est très profitable pour l'ensemble du pays. En fait, nous pouvons le démontrer dans d'autres secteurs de la stratégie. Le fait de ne pas financer le CCLT, à ce stade-ci — et la députée du NPD a demandé plus tôt ce dont nous avons besoin — aurait deux grandes conséquences. D'une part, nous risquerions de perdre l'élan que nous avons créé auprès de nos partenaires qui sont prêts à aller de l'avant. D'autre part, il y aurait un risque énorme de chevauchements, une perte de cohésion entre les partenaires et l'incapacité de tirer profit des fonds déjà engagés.

Il nous a fallu beaucoup de temps pour en arriver où nous en sommes aujourd'hui et pour savoir l'orientation que nous voulions prendre exactement. Ce n'était pourtant pas parce qu'il ne se passait rien; il n'y avait tout simplement pas de cohésion. Le Parlement nous a confié le rôle de veiller à ce que tous fassent partie d'un tout et se complètent mutuellement.

Les fonds que nous demandons nous permettront d'accomplir ce à quoi nos partenaires s'attendent de nous. Si le gouvernement fédéral refuse de nous financer, il y a de fortes chances que nous revenions dans trois ou quatre ans et que nous ayons les mêmes discussions.

M. David Wilks: Merci, monsieur le président.

Le président: Il vous reste une minute et demie, si vous souhaitez poursuivre.

M. David Wilks: Le souhaitez-vous?

Le président: Oui.

M. David Wilks: Que vous êtes aimable! Ça doit être parce qu'on se ressemble.

Des voix: Ah, ah!

M. David Wilks: Dans la partie « Application de la loi » de votre document, vous indiquez notamment qu'il faut faire une analyse des coûts et des effets liés aux médicaments d'ordonnance touchant les ressources des organismes d'application de la loi et la sécurité publique.

Pourriez-vous nous en parler brièvement? Il y aurait certainement une incidence sur les ressources des organismes d'application de loi.

M. Michel Perron: Merci.

Il y a deux côtés à la médaille. Tout d'abord, la consommation illicite de médicaments d'ordonnance entraîne des coûts importants pour les services de police. Ils ne le savent peut-être tout simplement pas.

Les chefs de police et l'Association canadienne des chefs de police étaient les partenaires externes responsables de l'élaboration des recommandations à cet égard, de concert avec le ministère de la Sécurité publique. Ils ont déterminé que le milieu policier devait mieux comprendre l'incidence de ce phénomène sur les services de police.

Comme par le passé, le ministère de la Sécurité publique a investi dans l'élaboration de cette analyse. Elle est en cours. C'est donc une étape déterminante qui vient d'être franchie. Cela se rapporte — et je sais que cela ne fait pas partie de votre travail — à la question des coûts des services de police et au fait que le gouvernement veut connaître les répercussions sur les ressources policières.

Une analyse des coûts et des effets permettrait surtout de mieux comprendre le phénomène, les mesures à prendre pour assurer l'efficacité des services de police et les secteurs qui nécessitent qu'on affecte des ressources. Sécurité publique Canada est à la table, et cela fait encore une fois partie.... Comment un comité ou un pays peut-il savoir tout ce que cela implique? C'est là qu'entre en jeu la stratégie S'abstenir de faire du mal en réunissant des gens autour de la même table et en veillant à ce qu'il y ait une bonne cohésion au sein du groupe.

Le président: Merci, monsieur Wilks.

C'est maintenant au tour de M. Marston.

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

Je veux revenir un peu sur ce que disait M. Wilks, car il était policier et a travaillé sur le terrain, et c'est le sujet qui m'intéresse. À votre avis, c'est à un très haut niveau, et l'information que divers témoins nous ont fournie est assez frappante.

L'Organe de contrôle des stupéfiants a révélé que le Canada occupait le deuxième rang mondial pour l'abus de médicaments d'ordonnance par personne. Il est écrit « utilisation », mais il s'agit plutôt d'abus.

Dans son témoignage d'hier, M. Head, du Service correctionnel du Canada, a dit que 80 % des nouveaux détenus ont déjà des problèmes de toxicomanie lorsqu'ils sont incarcérés. Il faut prendre le temps de réfléchir, car si cela s'avère exact, la situation est plus grave que nous le pensons.

À votre avis, pourquoi le problème d'abus de ces médicaments semble-t-il plus répandu au Canada que dans d'autres pays? Y a-t-il quelque chose qui vous aide à en comprendre les causes?

• (1625)

M. Michel Perron: Je présume que c'est la question centrale: comment en sommes-nous arrivés là? Je crois qu'il n'y a pas qu'une seule réponse. Je suis certain que c'est ce que bon nombre de témoins vous disent, et je m'excuse de répéter la même chose.

Certains diront que l'émergence importante des opiacés dans le marché pour soulager les douleurs causées par diverses maladies provient d'un bon sentiment; on avait la conviction qu'ils allégeraient les souffrances des Canadiens. Il n'y avait aucune intention malveillante. On essayait d'aider les gens. Toutefois, le nombre de produits et l'offre ont augmenté si rapidement que cela a eu comme effet collatéral de doubler le nombre de décès par surdose en 10 ans, de doubler le nombre de traitements... J'ai dit tout à l'heure que les choses ne peuvent pas continuer comme cela. À l'heure actuelle, nous ne savons pas comment on en est arrivé là, mais nous savons que cela ne peut pas continuer. C'est le but de la stratégie.

M. Wayne Marston: Je fais partie de l'une des premières générations — ce qui vous indique que je suis très vieux — qui se sont tournées vers les antibiotiques. Les gens survivaient à des maladies qui étaient mortelles auparavant. Par conséquent, dans une certaine mesure, nous avons commencé à considérer les produits pharmaceutiques, en général, comme une solution miracle, et bien entendu, nous savons que bon nombre d'entre eux ont des répercussions négatives.

J'ai lu quelque chose aujourd'hui, et j'en ai pris un extrait. Le service de police de Niagara révèle que depuis qu'on a retiré l'Oxycontin du marché, les gens utilisent un nouveau mélange, dont les personnes qui ne peuvent pas se procurer de l'héroïne. Il s'agit du Krokodil. Je ne sais pas si vous en avez déjà entendu parler. Je n'avais jamais entendu parler de ce produit avant aujourd'hui, mais c'est affreux. Il contient de l'iode, de l'essence, de l'huile de nettoyage industrielle, de l'essence pour briquets et du diluant, le tout mélangé avec de la codéine. Les utilisateurs se l'injectent. Le produit s'appelle Krokodil en raison des dommages cutanés qu'il cause, qui peuvent mener à une fasciite nécrosante ou maladie dévoreuse de chair. C'est ce qui se retrouve là.

Je sais que nos collègues d'en face et nous n'avons pas le même point de vue au sujet d'InSite à cause du sevrage d'héroïne. S'il y a quelque chose que j'ai déjà entendu, c'est qu'InSite pouvait protéger les gens contre cela — et je ne vous demande pas de faire des commentaires à ce sujet... C'est seulement que j'ai été vraiment sidéré d'apprendre que des gens sont prêts à s'injecter ce genre de mélange. La situation est désespérée.

M. Michel Perron: Je vous remercie de vos remarques.

Je veux ajouter certaines choses. Tout d'abord, lorsque nous avons amorcé la discussion, nous avons appris que pour ce qui est des gens qui veulent utiliser des médicaments, il y a beaucoup de mouvements dans les marchés. C'est en partie la raison pour laquelle il faut, bien entendu, axer les efforts sur l'efficacité de la prévention dès le départ, mais aussi tendre la main aux gens en difficulté quand ils deviennent dépendants.

À Ottawa, ce n'est pas vraiment l'OxyContin qui pose problème, mais le fentanyl. Nous avons constaté qu'en faisant diminuer l'utilisation d'un médicament, un autre apparaît.

Il nous faut déterminer très clairement la façon dont nous souhaitons régler le problème et définir une stratégie nationale cohérente qui inclut tous les gouvernements, les organismes sans but lucratif et le secteur privé, et cela inclut certains des autres éléments dont j'ai parlé.

En ce qui concerne le Krokodil, je dois souligner que nous faisons partie d'un réseau qui se penche sur les nouvelles substances psychoactives, car bon nombre de ces drogues apparaissent, et il en sera toujours ainsi. Chaque jour, il y a un nouveau chimiste, et le phénomène continuera.

En ce qui concerne les nouvelles substances psychoactives, nous avons un système d'alerte, si l'on veut, dont se sert le CCLT dans les régions. Nous avons justement posé des questions au sujet du Krokodil. À moins que je me trompe, on n'a encore rien rapporté au Canada. Ce sont les dernières nouvelles que nous avons eues.

Cela dit, je vais étudier cet aspect, car l'un de nos défis, c'est de recueillir la bonne information. Je pense que la Dre Fry a dit que nous devons agir. Au bout du compte, je comprends ce que vous dites au sujet de...

M. Wayne Marston: Je veux préciser que le *Hamilton Spectator* rapporte qu'il y a eu trois cas dans la région de Niagara.

M. Michel Perron: Oui, et c'est possiblement à la frontière que cela se passe...

M. Wayne Marston: Eh bien, Niagara Falls est située très près de la frontière.

M. Michel Perron: ..., car nous n'en avons pas vu au Canada encore.

Exactement.

Monsieur le président, si vous me le permettez, j'aimerais ajouter quelque chose au sujet des services correctionnels et des 80 % de nouveaux détenus qui ont des problèmes de toxicomanies. L'une des stratégies que propose le CCLT depuis longtemps, c'est que le pays se dote d'une stratégie cohérente pour les délinquants. La plupart des détenus ne vont pas directement dans une prison fédérale, mais passent par une prison provinciale d'abord. Il est important de savoir dès le départ comment nous pouvons répondre aux besoins des personnes incarcérées qui ont des problèmes de dépendance à l'alcool et aux drogues. Bien entendu, les problèmes de toxicomanie de ces 80 % ne sont pas nécessairement liés qu'aux médicaments d'ordonnance, mais aussi à toutes les substances.

• (1630)

M. Wayne Marston: Non, je le sais, mais en général, lorsque nous parlons de notre accès à...

Le président: Excusez-moi, monsieur Marston. Votre temps est écoulé, mais je vous remercie.

Monsieur Lizon, c'est à votre tour.

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

Je remercie également les témoins de leur présence.

La discussion est très intéressante, mais pour revenir à la base, j'essaie vraiment de comprendre comment se définit l'abus de médicaments ou l'abus de médicaments d'ordonnance. Comment fait-on la distinction, et qu'est-ce qui détermine la catégorie? Je ne parle pas des cas évidents, soit lorsque les gens sont toxicomanes et

obtiennent des médicaments qui leur sont prescrits pour des raisons médicales et qu'ils prennent. Toutefois, si pour une raison ou une autre, une personne devient dépendante et n'en prend pas beaucoup, disons un comprimé par jour, et qu'il y a un besoin, est-ce qu'elle tombe dans la catégorie « abus »? Que disent les statistiques à ce sujet?

Nous parlons de médicaments d'ordonnance. Qu'en est-il des médicaments vendus sur les tablettes qu'on peut utiliser tous les jours? Je ne sais pas de quelle façon c'est consigné et en quoi ils sont différents des médicaments d'ordonnance. Nous parlons d'opiacés, d'amphétamines. Dans bon nombre de pays, certains ont leur propre laboratoire. Cela se produit un peu partout.

Comment définit-on cela? Que faisons-nous dans le cas des médicaments en vente libre dans ce contexte?

M. Michel Perron: J'espère qu'il s'agit d'une intervention d'une minute, car c'est une question longue et difficile.

Des voix: Oh, oh!

M. Michel Perron: Je vous remercie de la question, monsieur Lizon.

Nous parlons de médicaments d'ordonnance. Les réponses peuvent varier selon chaque témoin, qu'il s'agisse de pharmacodépendance, de toxicomanie, d'abus de médicaments ou de consommation à mauvais escient. Dans le cadre de notre discussion sur les médicaments d'ordonnance, nous voyons le terme « usage non-thérapeutique », qui se rapporte aux gens qui prennent des médicaments à des fins non médicales, ou aux effets secondaires résultant d'un usage non-thérapeutique. Permettez-moi de vous expliquer.

Disons que vous vous cassez le bras et que vous allez à l'hôpital. On vous prescrira probablement un opiacé oral ou un analgésique pour soulager la douleur que vous ressentez au bras. On vous le prescrit pour une semaine selon le malaise dont vous souffrez. Vous ne devriez pas continuer à prendre le médicament après une semaine. Certains des problèmes que nous observons sont causés par la quantité d'opiacés qui sont prescrits, pour M. Lizon, dans ce cas. Est-ce qu'on lui demande de revenir plus tôt? On détermine quelle sera la dose, etc.

D'autres personnes souffrent de maladies chroniques et la prise d'opiacés est un traitement pertinent dans leur cas. Forcément, elles sont dépendantes aux médicaments. Cependant, cela l'emporte sur le fait de ne pas avoir accès aux médicaments prescrits pour ces maladies chroniques.

Tout dépend de la situation, de la maladie à traiter. De plus, est-ce que c'est différent des pratiques dites acceptables sur le plan thérapeutique?

Paula.

Mme Paula Robeson: J'ajouterais que la stratégie est axée sur les méfaits causés par les médicaments d'ordonnance, qu'il s'agisse d'abus ou de dépendance. Elle porte vraiment sur les méfaits qu'ils causent, dont la dépendance, la surdose et la mort, par exemple.

M. Michel Perron: Certains diront que l'usage de n'importe quelle substance à des fins non thérapeutique ou l'usage illégal de substance est automatiquement considéré comme de l'« abus ». Nous entrons dans les questions de taxonomie ou de définition. Ce qu'il faut retenir, c'est qu'il ne faut pas nécessairement être dépendant pour que l'usage d'un médicament nous fasse du tort. Nous observons cela chez les gens qui consomment trop d'alcool et qui se tuent en conduisant leur véhicule. Il y a diverses façons d'examiner les choses.

Je suis désolé si je ne vous ai pas donné une réponse complète, mais je pense que comme le dit Paula, il faut vraiment se concentrer sur les problèmes découlant de l'usage non thérapeutique et de l'usage thérapeutique que nous connaissons et qui ne correspondent pas aux pratiques exemplaires qui s'imposent, qu'il s'agisse de la prescription ou du traitement de la maladie en question.

Le président: Il vous reste 30 secondes.

M. Wladyslaw Lizon: Je serai bref. La première recommandation consiste à inciter les organismes provinciaux de réglementation à élaborer et à mettre en oeuvre des politiques qui font la promotion de bonnes pratiques de prescription. Je suis persuadé que mon médecin me prescrira le médicament qui correspond le mieux à mon état, et je ne crois pas que l'organisme sache mieux ce dont j'ai besoin que mon médecin, qui connaît mon état. Comment conciliez-vous les deux?

• (1635)

M. Michel Perron: Nous présumons que le médecin a reçu la formation nécessaire sur tel médicament. Les représentants du milieu médical que nous avons rencontrés nous ont dit que la formation est insuffisante à cet égard.

Ensuite, il faut dire que les vétérinaires reçoivent beaucoup plus de formation que les médecins sur le soulagement de la douleur. Ce n'est pas étonnant; leurs patients ne posent pas de questions. Je ne veux pas paraître effronté. Je dis seulement qu'à mon avis, le problème au sujet duquel s'interroge M. Marston — comment nous en sommes arrivés là —, est causé en partie par le fait qu'on présumait qu'il y avait beaucoup plus de connaissances et de formations qu'en réalité. Les gens du milieu médical nous l'ont bien dit, et nous ont indiqué qu'ils souhaitaient qu'il y ait plus de formation sur les prescriptions, non seulement pour ce qui est des cours offerts par les écoles de médecine, mais également après l'obtention du diplôme. À cet égard, l'industrie pharmaceutique finance en grande partie un certain nombre de programmes d'études supérieures. On a porté attention à ce sujet qui a été soulevé dans les discussions, soit de faire en sorte qu'il n'y ait aucune situation de conflit d'intérêts. Enfin, le rôle du collège des médecins est essentiel pour assurer l'application de bonnes pratiques cliniques. C'est un équilibre qui, selon les médecins eux-mêmes, est absolument essentiel pour savoir s'ils font une bonne ou une mauvaise prescription. C'est notre seul système d'alerte rapide, si l'on veut, et c'est eux qui le gèrent en tant que professionnels dans le cadre de leur pratique.

Je vous encourage à poser cette question à la Dre Susan Ulan, qui comparaitra devant vous pour le College of Physicians and Surgeons of Alberta. C'est son rôle. Sa réponse sera probablement plus précise que la mienne.

Le président: D'accord, merci beaucoup.

Merci, monsieur Lizon.

Madame Davies.

Mme Libby Davies: Merci beaucoup.

J'ai quelques autres questions à vous poser, monsieur Perron.

En ce qui concerne le financement, je crois qu'en réponse à une question de Mme Morin, vous avez dit que vous aviez demandé 1 million de dollars par année pour la mise en oeuvre de la stratégie. Pourriez-vous nous dire si vous avez évalué les coûts de la stratégie dans son ensemble, ou en avez-vous une idée? Y a-t-il un échéancier? Parle-t-on de 5 ans, de 10 ans? De quelle façon est-ce mis en oeuvre? J'aurai une autre question à vous poser par la suite.

M. Michel Perron: Je vais commencer par les questions faciles. Nous n'avons pas évalué les coûts. Nous n'avons pas établi tous les coûts pour tous les gouvernements, les engagements, etc.

Mme Libby Davies: Allez-vous le faire?

M. Michel Perron: Non. Si je vous dis « non », c'est que bon nombre de personnes nous répondraient que cela dépend de bien des choses. En tant que coprésident du processus, je veux savoir ce que les gens intéressés sont prêts à proposer, maintenant que nous savons ce qu'il faut faire.

Mme Libby Davies: D'accord. Alors, avez-vous un échéancier pour certaines priorités?

M. Michel Perron: Oui. Il y a deux éléments.

Puisque nous ne sommes pas le gouvernement, et que nous ne pouvons donc prendre aucun engagement pour les gouvernements, nous disons deux choses. Premièrement, nous allons favoriser la mise en oeuvre d'une série de mesures, et c'est ce à quoi Mme Robeson faisait référence tout à l'heure. Il s'agit en partie de forcer les gens à faire ce qu'ils ont dit qu'ils allaient faire concernant les recommandations. Le travail est en cours. C'est pourquoi nous avons besoin du soutien financier.

Ensuite, nous avons pris l'engagement de présenter un rapport annuel sur l'évolution de la stratégie, et il est question présentement de 10 ans.

Mme Libby Davies: Est-ce que le million de dollars par année est destiné à votre organisme, ou croyez-vous que c'est la somme dont votre organisme a besoin?

M. Michel Perron: C'est pour aider notre organisme à appuyer la mise en place des équipes...

Mme Libby Davies: D'accord, j'ai compris.

M. Michel Perron: ... de sorte que des gens les appuient dans leur travail. Souvent, nous ne sommes pas au courant de ce que nous savons dans ce pays. L'une des difficultés, c'est de s'assurer qu'il y a des connaissances suffisantes pour la pratique et un suivi des pratiques de partage de connaissances. Les coûts liés à notre rôle et à notre appui aux partenaires ont été calculés.

Mme Libby Davies: D'accord.

Je veux revenir rapidement sur la question de M. Marston. Je pense qu'il a donné un très bon aperçu du mal que se donnent les gens, qu'il s'agisse d'une substance légale ou illégale, et il est donc très important d'insister sur la prévention, l'éducation et les traitements. Je me demande seulement si le CCLT souscrit au principe de réduction des méfaits, qui est un élément très important pour composer avec la réalité. Il n'est vraiment pas réaliste de penser qu'à elle seule, la suppression fonctionnera. L'usage de substances est une réalité, qu'elles soient légales ou illégales. Les questions de réduction des méfaits et des risques, de gestion des risques, et de traitements sont donc très importantes. Le CCLT partage-t-il ce point de vue?

•(1640)

M. Michel Perron: Oui, et c'est vraiment l'un des principes de la stratégie. En lisant le document, vous constaterez que ce qui est difficile, c'est de déterminer s'il s'agit d'une stratégie de réduction des méfaits ou d'une stratégie qui réduit les méfaits.

Mme Libby Davies: Bien que le gouvernement du Canada ait retiré la réduction des méfaits des quatre piliers, elle fait toujours partie de votre stratégie, n'est-ce pas?

M. Michel Perron: Ce que je dis, c'est que la stratégie englobe divers éléments. Pour faire en sorte que tout le monde participe et que nous puissions tous nous concentrer sur le signal, nous parlons de la façon de réduire les méfaits liés à... Et c'est un élément très clair: beaucoup de recommandations contenues dans le document correspondent à l'idée de « réduction des méfaits » auquel vous faites référence, mais on se concentre sur des mesures précises.

Ensuite, il s'agit de substances contrôlées et légales. Cela met en évidence la difficulté d'examiner les choses en fonction de ce qui est légal ou illégal. Il s'agit de substances très contrôlées, qu'il est vraisemblablement difficile d'obtenir, mais nous faisons tout de même face à une crise.

La réduction des risques est, et de loin, mieux favorisée si l'on se penche sur la façon dont les gens ont accès à ces médicaments en premier lieu. C'est en grande partie par les prescripteurs et des endroits où il y a des activités criminelles, où l'on détourne des médicaments

Il s'agit d'une stratégie très complète, qui n'est pas axée seulement sur un élément, comme je l'ai dit à la Dre Fry, je crois, mais qui débute par la prévention et la formation du prescripteur, et qui porte sur toute la chaîne d'approvisionnement. Je pense que tous les gens qui liront les recommandations constateront qu'elles visent toutes à réduire les méfaits.

Mme Libby Davies: Merci.

Le président: Il vous reste encore un peu de temps, si vous le voulez, madame Davies.

Mme Libby Davies: Non, c'est bien.

Le président: D'accord. Merci beaucoup.

M. Michel Perron: Excusez-moi; c'est peut-être de ma faute.

Le président: Non, en fait, le temps n'était pas écoulé cette fois-ci.

La parole est maintenant à M. Dreeshen.

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

Je veux également remercier le CCLT. Lorsque je suis arrivé au Comité de la santé, votre organisme m'a renseigné. J'ai eu l'occasion de comprendre votre rôle dans tout le système de santé et la façon dont vous contribuez à réunir différents groupes et organismes. J'en suis ravi.

L'une des choses que nous examinons à l'heure actuelle, c'est le Cadre national d'action. Vous avez parlé de la stratégie « S'abstenir de faire du mal ». La Stratégie nationale sur le traitement est également importante, à mon avis.

J'aimerais toutefois parler de la troisième, soit les normes canadiennes de prévention de l'abus de substances chez les jeunes et également d'une partie de l'information que vous avez fournie. Vous avez parlé de la consommation de cannabis chez les jeunes Canadiens — c'est un virelangue. Entre autres, les jeunes risquent de subir des méfaits liés aux drogues, puisque leur cerveau est en train

de se développer et en raison de tout ce que cela comporte. De plus, il y a aussi la série de rapports *Dissiper la fumée entourant le cannabis*, et dans l'un d'eux, il est question de l'usage chronique, du fonctionnement cognitif et de la santé mentale.

Je veux aussi mentionner le rapport intitulé *Les troubles respiratoires causés par l'inhalation de cannabis*.

Vous parlez également des recherches qui s'en viennent sur le cannabis et le cerveau.

Je me demande si vous pourriez nous donner un peu d'information, de sorte que nous puissions nous pencher sur cette substance et connaître les faits.

M. Michel Perron: D'accord.

J'aimerais revenir un peu en arrière. Je pense qu'on a déjà parlé — j'ai peut-être déjà soulevé la question — de l'alcool et des traitements. Au Canada, nous avons le Cadre national d'action, qui est un plan d'action national, pancanadien, de lutte contre l'abus d'alcool et d'autres substances. Entre autres, il cible 13 priorités nationales, et le CCLT joue un rôle pour 8 d'entre elles. L'une des stratégies porte sur l'abus de médicaments d'ordonnance. Toutefois, puisque nous établissons des activités de prévention dans le cadre de la stratégie sur l'abus de médicaments d'ordonnance, la question qui se pose pour nous, c'est la bonne prévention.

On peut ensuite parler de récents travaux qui ont été financés par le gouvernement dans sa Stratégie nationale antidrogue, dans le cadre de laquelle nous avons élaboré les premières normes nationales de prévention de l'abus de substances chez les jeunes pour les écoles, les familles et les collectivités.

Autrement dit, si une personne habite à Estevan, en Saskatchewan, et veut participer à un programme de prévention dans son école, les normes lui donnent la certitude que les programmes sont conformes au bon type de prévention, de sorte que non seulement le programme est destiné aux jeunes, mais il est utile.

L'essentiel au sujet du CCLT, c'est que nous essayons de combiner un certain nombre de ces volets, qu'il s'agisse de l'alcool, des jeunes, du campus et des stimulants, comme on l'a soulevé plus tôt, ou des normes de prévention pour appuyer la pratique de prévention que nous avons ciblée avec les provinces. Cela fait partie de l'objectif qui consiste à établir tous les liens, que nous mettons de l'avant.

La question du cannabis est l'une de celles qui nous préoccupe beaucoup, non seulement quant à la consommation chez les jeunes et à la variété des ingrédients qui composent le cannabis et le changement moléculaire entre le tétrahydrocannabinol — l'ingrédient actif qui, si l'on veut — et le CBD, une autre molécule, qui atténue certains effets psychoactifs du cannabis... Le cannabis est très présent au Canada. Nous sommes préoccupés par ses répercussions sur le développement du cerveau.

Nous pouvons en savoir plus sur différentes preuves, et nous prévoyons les faire connaître. En fait, le gouvernement fédéral a récemment appuyé le CCLT pour faire progresser les connaissances dans le domaine: la prévention, les compétences des personnes qui s'occupent de la prévention, et mettre l'accent sur le cannabis et le sport dans le cadre des efforts de prévention. Il s'agit de fonds que Santé Canada nous a versés récemment, surtout dans le cadre de la Stratégie nationale antidrogue.

La dernière chose que je veux dire, c'est qu'il sera intéressant que dans le cadre de ses travaux sur les médicaments d'ordonnance, le Comité de la santé se penche sur un sujet dont on ne discute jamais vraiment en profondeur, c'est-à-dire la consommation de la marijuana à des fins médicales et la place qu'elle occupe dans ce système. C'est un sujet que nous devons étudier pour la suite des choses. Il s'agit d'une stratégie de 10 ans. Il y a des changements quant à l'offre de cette substance à des fins médicales, et nous devons nous pencher sur la question.

• (1645)

M. Earl Dreeshen: Je pense que l'autre...

Le président: Merci, monsieur Dreeshen. Exactement cinq minutes se sont écoulées. C'est parfait.

C'est maintenant au tour de Mme Adams.

Mme Eve Adams: Merci beaucoup.

Je veux revenir sur une chose que vous avez dite un peu plus tôt au sujet de la forte augmentation du nombre de cas d'abus de médicaments d'ordonnance chez les femmes. Pourriez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet?

M. Michel Perron: Je parlais de la prescription de benzodiazépines pour les femmes, l'une des questions que nous examinons.

Tout cela est fondé sur des données qui laissent à désirer; toutefois, nous observons des répercussions dans le fait qu'on prescrit beaucoup plus de benzodiazépines aux femmes qu'aux hommes. On peut se demander s'il s'agit d'un taux optimal et quelles sont les répercussions sur les femmes. Nous parlons de femmes adultes. Le rôle des médicaments d'ordonnance, les opiacés en particulier, ne fait pas de discrimination dans...

Mme Eve Adams: Je sais; je l'ai lu dans votre rapport, en fait. Vous avez fait valoir que la consommation mondiale d'opiacés d'ordonnance avait augmenté de plus de 200 % depuis le début des années 2000, et c'est en partie ce que nous étudions aujourd'hui. Les choses ont beaucoup changé depuis le début des années 2000. C'est une augmentation très importante.

M. Michel Perron: Il y a 10 ans, nous étions le sixième pays au monde où la consommation par habitant était la plus élevée; aujourd'hui, nous sommes au deuxième rang, et je ne crois pas que nous voulions être les premiers... cette place est occupée par les États-Unis.

Depuis cette augmentation de la consommation, le nombre de décès accidentels par surdose et de recours aux services de traitement des opiacés a doublé, et le système de traitement avait déjà peine à aider les clients existants.

Le gouvernement paie le prix de cette augmentation, si je puis dire. Nous payons pour délivrer les médicaments — qui sont souvent couverts — et nous payons pour le traitement de même que pour la perte de productivité et la mortalité. Bien qu'elle nécessite des investissements financiers, la stratégie permettra sans aucun doute de réduire le fardeau financier qui pèse sur le système en raison de la situation actuelle.

Mme Eve Adams: Dans un autre ordre d'idée, pourriez-vous nous parler de l'efficacité de la Journée nationale de retour des médicaments d'ordonnance et recommander d'autres mesures similaires que pourrait prendre le gouvernement?

M. Michel Perron: Certainement.

Il y a deux choses: d'abord, votre gouvernement participe déjà à la stratégie S'abstenir de faire du mal. Il a participé à l'établissement de la stratégie et a pu faire des commentaires. Vous connaissez bien sûr l'engagement des ministres de la Santé, qui est important également.

La Journée de retour des médicaments a eu lieu en mai. Elle est menée en partie par la police, en collaboration avec l'Agence de la santé publique. Comme je l'ai dit plus tôt, de nombreux jeunes ont accès aux médicaments à des fins de consommation non médicale, et ils les trouvent dans l'armoire à pharmacie. Donc, si vous avez des médicaments non utilisés, il faut les retourner.

Vous pouvez les retourner à la pharmacie en tout temps. On se préoccupe toutefois de la façon dont les médicaments sont gérés lorsqu'ils s'y retrouvent. La Journée de retour des médicaments est une occasion de souligner l'importance de cet enjeu au niveau communautaire, d'éduquer la population et de récupérer des médicaments inutilisés qui seraient laissés sans surveillance dans une armoire à pharmacie.

L'an dernier, je crois que 18 villes ont participé à la journée. Elle était coordonnée par l'Agence de la santé publique et l'Association canadienne des chefs de police. Plus de deux tonnes de médicaments ont été récupérées; pas tous des opiacés. Si vous pensez au poids d'une pilule, vous pouvez imaginer la quantité que cela représente.

L'Agence de la santé publique offre diverses ressources à toutes les collectivités qui souhaitent participer à cette initiative, pour leur permettre de réduire leurs coûts.

• (1650)

Mme Paula Robeson: J'aimerais ajouter que le ministère de la Santé de l'Alberta a pu profiter d'un guide d'évaluation destiné aux administrations qui entreprennent ces initiatives de retour. On comprend mieux leur efficacité en matière de sensibilisation et de mobilisation communautaire, de même que les précautions en matière de sécurité qui peuvent être prises et les types de médicaments qui sont retournés.

Mme Eve Adams: Merci.

Le président: Merci, madame Adams.

Madame Fry.

L'hon. Hedy Fry: Merci beaucoup.

C'est très intéressant, et je crois qu'il est important de comprendre l'évolution du problème. Mais je tiens à vous rappeler qu'il n'est pas nouveau; ce sont les médias du monde qui en ont fait une nouvelle.

À l'époque victorienne, l'opium — d'où viennent les opiacés et les opioïdes — était consommé régulièrement par toutes les femmes respectables, sous forme de teinture. L'opium était une drogue légale. Elle est devenue illégale en raison des guerres commerciales avec la Chine. Ce n'est donc pas un phénomène nouveau, mais il est encore bien présent.

Ce qu'on ne savait pas à l'époque, c'est que la toxicomanie est une maladie chronique, qui émane du manque de dopamine au cerveau, qui ne produit plus les bons déclencheurs. C'est pourquoi certaines personnes boivent beaucoup d'alcool sans devenir alcooliques, et d'autres le deviennent. Lorsqu'on était jeunes, on voulait se saouler pour faire comme les autres; aujourd'hui, la plupart d'entre nous boivent de façon responsable. Mais certains de nos amis n'ont jamais pu arrêter. Nous savons qu'il s'agit d'une maladie cérébrale chronique et qu'il faut aborder le problème.

Vous avez fait valoir un bon argument au sujet des pratiques de prescription. Contrairement à ce qu'on peut croire, monsieur Lizon, les médecins en savent très peu au sujet de la dépendance. On en sait un peu plus depuis 15 ans seulement. Donc, le médecin prescrit un médicament en espérant que son patient pourra arrêter de le prendre. S'il le prescrit à la mauvaise personne, qui a des problèmes de dopamine, elle n'y arrivera pas.

Je vais vous raconter une histoire. C'est important et je crois que je peux faire des commentaires en plus de poser des questions. Mon amie a accouché récemment, par césarienne. Lorsqu'elle a quitté l'hôpital après deux jours, elle se sentait bien: elle s'est levée puis est partie, tout était parfait! On lui a donné de l'OxyContin pour réduire la douleur à la maison. J'étais très surprise d'apprendre qu'on lui avait prescrit ce médicament, et je lui ai demandé de jeter l'ordonnance. Je trouvais cela ridicule. Si vous avez mal, prenez du Tylenol extra fort. Mais c'est une pratique courante, et cela pose problème.

Vous avez parlé du rôle de la publicité dans le problème; je crois que c'est un enjeu très important. On sait que beaucoup de jeunes consomment de l'ecstasy et d'autres drogues. Après un certain temps, le taux de sérotonine dans le cerveau baisse, et ils entrent dans un état dépressif. Ils fouillent alors dans l'armoire à pharmacie de leurs parents et prennent des antidépresseurs; ils développent une dépendance, puisque les antidépresseurs augmentent le taux de sérotonine et leur permettent de fonctionner normalement. Donc, dans ce cas-ci, une drogue illicite donne lieu à la consommation abusive d'un médicament sur ordonnance, et c'est un grave problème. Les publicités à la télévision vantent les propriétés des médicaments, ce qui peut encourager l'abus par certaines personnes.

Je crois que le comité devrait faire des recommandations sur la publicité des médicaments, comme les narcotiques, les opiacés, les barbituriques et les antidépresseurs. La publicité vante les bienfaits des médicaments aux jeunes. Ils ouvrent l'armoire à pharmacie de leurs parents et voilà: ils consomment ces médicaments. Je crois que c'est un volet très important.

Il ne faut pas se concentrer uniquement sur l'activité criminelle. Vous l'avez dit plus tôt, l'éducation est importante. Il faut tenir compte de la publicité. Elle n'est pas nécessaire, et elle est dangereuse.

Qu'en pensez-vous?

Des voix: Oh, oh!

L'hon. Hedy Fry: J'ai posé une question.

• (1655)

M. Michel Perron: J'ai 30 secondes pour y répondre, c'est cela?

Des voix: Oh, oh!

M. Michel Perron: Vous avez soulevé beaucoup de questions, madame Fry.

D'abord, au sujet de la publicité, la recommandation diffère peut-être un peu de ce que vous aviez imaginé. On parle de la publicité et du marketing des sociétés pharmaceutiques, destinés aux médecins. La pratique a beaucoup changé au fil des années, mais c'est une question que nous avons soulignée dans notre rubrique sur la prévention:

Effectuer un examen indépendant des données et formuler au besoin des recommandations sur le lien entre la promotion (p. ex. publicité, marketing ciblant les cliniciens) et les méfaits associés aux médicaments d'ordonnance.

Pour faire le lien avec votre argument, nous voulons étudier le contexte dans lequel les personnes consomment les médicaments. Nous savons qu'un grand nombre de Canadiens développent une dépendance après s'être fait arracher une dent, s'être cassé un bras, ce genre de choses. Je ne veux pas montrer du doigt une profession en particulier, mais, sans le savoir, les gens deviennent dépendants de médicaments parfois très puissants, dont il est difficile de se défaire.

Nous convenons tous que la situation ne peut plus durer, et qu'il faut rectifier le tir.

J'aimerais souligner que la stratégie « S'abstenir de faire du mal » se concentre sur les rôles de tous les intervenants, et j'espère que nous l'avons bien exprimé dans le rapport. On peut leur demander de confirmer leur engagement et leur participation au processus. Nous avons déjà tenu ces discussions.

Il faut établir une approche nationale qui évoluera au fil du temps, en fonction des nouveaux enjeux comme la consommation du cannabis, entre autres. Je ne veux pas trop insister, mais nous croyons que l'engagement du gouvernement fédéral, du comité et d'autres intervenants est nécessaire.

L'hon. Hedy Fry: Vous devriez faire une annonce à la télévision.

Mme Paula Robeson: La sensibilisation des consommateurs est un volet de la stratégie. Nous voulons donc expliquer aux gens que les médicaments d'ordonnance ne sont pas nécessairement sécuritaires, qu'ils peuvent peut-être s'en passer et qu'ils doivent poser beaucoup de questions à leur médecin.

Cela fait donc partie de l'éducation du public.

Le président: Très bien. Merci, madame Fry.

Nous avons le temps pour une question brève, puis nous allons suspendre la séance, pour les travaux du comité.

Mme Davies a si bien géré son temps que nous allons lui permettre de poser une brève question, à laquelle il faudra répondre brièvement également.

Mme Libby Davies: Merci beaucoup. Nous avons eu une discussion très enrichissante, et vous avez répondu franchement aux questions. J'en suis très reconnaissante.

J'aimerais poser une question générale. Je crois que la politique en matière de drogues a beaucoup changé au cours des 10 dernières années — nonobstant la position du gouvernement —, surtout à l'échelle mondiale. Je crois qu'on reconnaît maintenant que sans égard à la légalité des drogues, il peut être souhaitable d'adopter une approche réglementaire, plutôt qu'une stratégie de répression ou une approche axée sur le libre marché. On parle de plus en plus de l'approche réglementaire. Est-ce que le CCLT participe à ce débat? Est-ce qu'il en tient compte?

M. Michel Perron: Merci. Je serai bref, comme l'a demandé le président.

Bien sûr, nous suivons l'évolution de cette question. Nous en avons parlé récemment avec un autre député, et je crois qu'il faut se demander quel est le problème que nous tentons de résoudre par l'entremise de la réglementation. Certains diront que d'après les résultats obtenus, le processus réglementaire en place ne nous a pas vraiment bien servis. Je ne veux pas répondre par une autre question, mais nous devons préciser ce que nous tentons de réparer. Quel est le problème? Quelles sont les meilleures façons de s'y attaquer? Nous avons vu les torts incroyables que peuvent causer les substances légales, les substances contrôlées et les substances illégales. Le régime en soi n'est pas toujours un remède aussi efficace qu'on le prétend.

● (1700)

Le président: Merci beaucoup. C'était une discussion fort intéressante, et vous avez posé de bonnes questions.

Nous allons suspendre les travaux un instant; nous siégerons à huis clos pour traiter des affaires du comité pendant quelques minutes, puis nous poursuivrons.

[*La séance se poursuit à huis clos.*]

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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