



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 119

Le jeudi 30 mai 2024

Président : M. Sean Casey



Comité permanent de la santé

Le jeudi 30 mai 2024

• (1105)

[Traduction]

Le président (M. Sean Casey (Charlottetown, Lib.)): La séance est ouverte.

Bienvenue à la réunion numéro 119 du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Avant de commencer, j'aimerais demander à tous les députés et aux autres participants en personne de consulter les cartes qui se trouvent sur leur table et qui contiennent des consignes à suivre pour éviter les incidents liés aux retours de son.

Veillez prendre note des mesures préventives suivantes mises en place pour protéger la santé et la sécurité de tous les participants, y compris des interprètes. N'utilisez que les oreillettes noires homologuées. Les anciennes oreillettes grises ne doivent plus être utilisées. Tenez votre oreillette éloignée de tous les microphones à tout moment. Lorsque vous n'utilisez pas votre oreillette, placez-la face vers le bas sur l'autocollant placé sur la table à cet effet.

Merci à tous pour votre coopération.

Conformément à notre motion de régie interne, tous les témoins qui participent à distance ont effectué les tests de connexion requis avant la réunion. Nous avons encore deux personnes en ligne qui ont des problèmes de connexion, mais nous allons poursuivre la réunion de toute façon et nous espérons que le problème sera résolu avant qu'elles ne soient appelées à s'exprimer. Nous avons quelques problèmes avec M. Powlowski et Mme Sidhu. Comme je l'ai dit, j'espère que nous pourrions les résoudre et qu'ils pourront participer pleinement.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement et à la motion adoptée le 8 novembre 2023, le Comité poursuit son étude sur l'épidémie d'opioïdes et la crise des drogues toxiques au Canada.

Avant d'accueillir notre groupe de témoins, je souligne que vous participez tous par vidéoconférence. Si vous n'en avez pas encore été informés, sachez que vous avez accès à la traduction simultanée. En bas de votre écran, vous pouvez choisir l'audio du parquet, le français ou l'anglais pour entendre ce qui se dit dans la langue de votre choix.

Je souhaite la bienvenue à notre groupe de témoins.

Nous accueillons, à titre personnel, le Dr Paxton Bach, professeur adjoint d'enseignement clinique à l'Université de la Colombie-Britannique, et la Dre Bonnie Henry, administratrice de la santé provinciale de la Colombie-Britannique. De la Direction régionale de santé publique de Montréal, la Dre Mylène Drouin, directrice régionale de la santé publique, et la Dre Carole Morissette, médecin principale, Réduction des méfaits et prévention des surdoses. Earl Thiessen, directeur exécutif, représente la Oxford House Fondation.

Merci à tous nos témoins d'être présents.

Nous allons maintenant entendre les observations liminaires dans l'ordre indiqué sur l'avis de convocation. Vous disposez de cinq minutes.

Docteur Bach, bienvenue au sein du Comité. Vous avez la parole.

Dr Paxton Bach (professeur adjoint d'enseignement clinique, University of British Columbia, à titre personnel): Merci, et merci de m'accueillir aujourd'hui. Je vous suis reconnaissant de me donner l'occasion de m'adresser au Comité aujourd'hui, et je tiens à remercier toutes les personnes présentes pour le temps et l'attention qu'elles consacrent à cet enjeu crucial.

Je me trouve aujourd'hui à Vancouver, où je vis et travaille. Je travaille à plein temps dans le domaine de la toxicomanie et de la dépendance. J'occupe différentes fonctions. Je suis médecin. Je suis éducateur dans le cadre de notre programme de bourse. Je suis chercheur. J'occupe des postes de direction. Je me ferai un plaisir de répondre aux questions du Comité sur l'un de ces domaines. Je peux vous parler des activités que nous menons actuellement en matière de traitement, de réduction des méfaits, de recherche, d'éducation, etc.

Cependant, en tant que clinicien qui travaille en première ligne de la crise des surdoses, j'aimerais commencer par parler de sa complexité et du fait qu'elle doit être envisagée comme un enjeu pernicieux. En d'autres termes, il s'agit d'un problème qui compte d'innombrables aspects complexes et évolutifs. Il faut l'aborder comme tel.

Je travaille à l'hôpital St. Paul, qui est malheureusement l'un des épicentres de la crise des surdoses en Amérique du Nord. Mes collègues et moi-même pouvons témoigner de l'ampleur, de la complexité et du caractère impitoyable de ce problème, et de son évolution ces dernières années. Nous voyons des gens qui sont touchés par tous les aspects de ce problème, de tous les horizons et de tous les secteurs de la société, et nous sommes témoins des terribles dégâts que cause l'offre actuelle de drogues toxiques. Nous voyons l'incertitude que nous ressentons tous. Nous savons que les choses évoluent rapidement et que nos moyens sont limités, et nous nous adaptons à cette situation.

En pratique, cela signifie que je vois des interventions de réduction des risques sauver des vies en temps réel. Je vois aussi des gens qui n'y ont pas accès et qui en subissent les conséquences, ou à qui l'on demande de résoudre des problèmes qu'ils ne peuvent pas résoudre. Je vois notre système de traitement et j'aide les gens à s'y retrouver. Je vois les résultats positifs et je vois les personnes qui n'ont pas réussi à accéder à nos programmes de traitement ou à en tirer parti, c'est-à-dire qui n'ont pas trouvé ce qu'ils cherchaient dans nos systèmes de traitement actuels. Et surtout, mes collègues et moi-même sommes confrontés quotidiennement aux réalités de l'inégalité et à l'incapacité de notre système dans son ensemble à s'attaquer aux causes profondes de la consommation de substances psychoactives et à certains des moteurs de la crise actuelle.

Je suis tout à fait conscient que toutes les ordonnances et tous les programmes de traitement du monde ne peuvent pas remplacer les soins primaires, une prévention appropriée, et une prise en charge adéquate de la douleur physique et mentale et des besoins fondamentaux, comme ceux liés au logement et à la communauté.

Compte tenu de ces expériences et de cette réalité, mes collègues et moi-même — et, je pense, toute personne qui travaille en première ligne dans ce domaine — sommes convaincus qu'il n'existe ni approche ni solution unique pour répondre à tous les besoins très spécifiques et en évolution rapide de chacune de ces personnes et de ces communautés. Nous ne pouvons pas formuler notre approche de manière aussi simpliste.

Je suis certain que le Comité a déjà entendu ce que je décris aujourd'hui et qu'il en était déjà conscient. La nécessité d'envisager notre réponse à la crise des surdoses comme un continuum de ressources et d'approches répondant simultanément à tous ces besoins et adaptées au grand nombre de contextes et de variations que nous observons dans un pays aussi diversifié que le nôtre sur le plan géographique et culturel est incontestable et, selon moi, ne prête pas à controverse.

En résumé — comme je l'ai dit, je me ferai un plaisir de parler en détail de nos activités ou de nos recherches aujourd'hui —, mon témoignage devant le Comité, et mon plaidoyer au nom des 20 Canadiens qui vont mourir d'une surdose aujourd'hui consiste à demander que l'on envisage collectivement cette crise comme un problème pernicieux, et qu'on lui applique l'approche complexe et sophistiquée qu'elle mérite. Il ne s'agit pas d'une question partisane et ce problème nous touche tous.

La situation est urgente et il s'agit de l'un des problèmes majeurs de notre époque, mais nous pouvons y remédier. Nous disposons de solutions fondées sur des données probantes et d'avis d'experts pour chacun de ces contributeurs individuels. Nous pouvons en parler et y donner suite si nous nous mettons tous d'accord sur un grand nombre de ces questions difficiles. Pour ce faire, nous devons envisager une réponse ambitieuse, émergente, large et complète, et reconnaître qu'elle doit être adaptée et personnalisée à de nombreux contextes, à de nombreuses communautés et à de nombreuses populations.

Si nous ne reconnaissons pas cette complexité et si nous ne l'abordons pas avec ce niveau de sophistication, nous continuerons de tourner en rond. Je crains que nous ne réalisons pas tous les progrès possibles.

• (1110)

Le président: Merci, docteur Bach.

La parole est maintenant à la Dre Henry pour cinq minutes.

Bienvenue au sein du Comité. Vous avez la parole.

Dre Bonnie Henry (administratrice de la santé provinciale de la Colombie-Britannique, à titre personnel): Merci.

Bonjour, je suis la Dre Bonnie Henry. J'occupe le poste d'administratrice de la santé provinciale de la Colombie-Britannique.

Je tiens également à souligner que je m'adresse à vous aujourd'hui depuis les territoires traditionnels non cédés des peuples de langue lək̓ʷəŋən, les Premières Nations d'Esquimalt et des Songhees. Je suis très heureuse de pouvoir m'adresser à vous aujourd'hui.

Je tiens tout d'abord à rappeler qu'il s'agit de notre peuple, de nos communautés, de nos frères, de nos oncles, de nos enfants, de nos collègues et de nos voisins. Les dirigeants des Premières Nations, des Inuits et des Métis m'ont dit de façon très poignante qu'un trop grand nombre de jeunes de leurs communautés étaient victimes de cette crise. Nous savons que les peuples autochtones sont touchés de façon disproportionnée en raison des effets cumulés continus des pratiques et structures racistes coloniales, notamment des pensionnats et des traumatismes intergénérationnels.

Nous ne devons pas oublier que ce traumatisme, cette crise, touche des personnes réelles dans nos foyers et dans nos communautés. Nous ne devons pas l'oublier lorsque nous débattons et discutons de ces questions dans des contextes parfois déconnectés.

J'aimerais parler un peu de ce que reflètent les enjeux auxquels nous sommes actuellement confrontés face à ce « problème pernicieux », comme vient de le décrire le Dr Bach.

Nous savons que le nombre de décès a augmenté de façon spectaculaire en 2020 en raison de l'effet cumulé d'une multitude de facteurs: l'isolement et l'anxiété provoqués par la pandémie; les facteurs de stress supplémentaires auxquels nos communautés sont actuellement confrontées en raison de l'inflation, de l'insécurité alimentaire, de l'itinérance visible et de la pauvreté; et les perturbations majeures du commerce mondial de la drogue qui ont engendré l'évolution constante de la toxicité des drogues que l'on trouve dans la rue.

Je tiens à souligner que la cause immédiate de cette crise est l'augmentation de la puissance et de l'imprévisibilité des drogues que l'on trouve dans la rue. C'est très différent de ce à quoi nous étions confrontés avant cette crise. La puissance de ce qui se trouve actuellement dans la rue est due au fait que le fentanyl ou les opioïdes synthétiques ont remplacé les opioïdes d'origine végétale comme l'héroïne — qui étaient auparavant à l'origine des problèmes — parce qu'ils sont bon marché et faciles à produire.

Nous ne devrions pas appeler « fentanyl » les substances que l'on trouve dans la rue, car ce n'est pas ce dont il s'agit. Il s'agit d'une drogue synthétique fabriquée à la hâte dont les propriétés sont semblables à celles du fentanyl, mais qui est produite dans des conditions non contrôlées et mélangée à des adjuvants. Ces derniers changent radicalement presque tous les jours ou toutes les semaines.

Nous savons aujourd'hui que la concentration moyenne de ces substances, c'est-à-dire des drogues vendues dans la rue, a augmenté et que l'augmentation de la puissance des drogues accroît le risque d'intoxication et de décès, même lorsqu'une personne en consomme pour la première fois.

La puissance de ces drogues est également très imprévisible en ce moment. Elle change. Il n'y a ni étiquettes ni contrôle de qualité, et les adultérants actuels rendent ces drogues beaucoup plus toxiques, notamment des substances comme la benzodiazépine, la xylazine, qui, comme nous le savons, est un autre sédatif utilisé comme tranquillisant, et les opioïdes synthétiques autres que le fentanyl, comme les nitazènes, que l'on trouve de plus en plus dans les drogues.

Nous savons également que les stimulants utilisés sont aujourd'hui contaminés beaucoup plus fréquemment que par le passé, et nous constatons que les opioïdes synthétiques autres que le fentanyl sont... Il s'agit parfois d'une contamination intentionnelle, parfois d'une erreur au moment de la production de ces médicaments. Des substances comme la cocaïne et la MDMA sont aujourd'hui beaucoup plus souvent contaminées par ces opioïdes synthétiques fabriqués dans des conditions non contrôlées. C'est la cause immédiate des décès actuels.

J'aimerais également axer mes brèves remarques sur certaines des préoccupations que nous avons constatées dans ce qui est devenu un processus très polarisé et, malheureusement, politisé.

Tout d'abord, je pense qu'il est très important de souligner que la réduction des méfaits, le rétablissement et le traitement ne sont pas des objectifs concurrents. Ce n'est pas l'un ou l'autre. Tous ces éléments sont essentiels et nécessaires dans le continuum allant de la prévention et de la compréhension des drogues que l'on trouve dans la rue à la réduction des méfaits, au traitement et à la guérison. Ce continuum couvre tous les aspects du problème, de la naloxone à la vérification des drogues, en passant par les services de prévention des surdoses et les médicaments prescrits à certaines personnes afin de les éloigner des drogues toxiques de la rue, avec des solutions de rechange et un traitement médicalement assisté.

J'aimerais renvoyer le Comité au rapport que j'ai publié en février de cette année qui examine nos solutions de rechange prescrites ou notre programme d'approvisionnement plus sûr ici en Colombie-Britannique. Il a été remis à la greffière, mais pas à temps pour être traduit. Il est également accessible au public. Il contient de nombreuses nuances qui, je pense, sont importantes pour comprendre certains des problèmes auxquels nous sommes confrontés.

• (1115)

Il contient également un examen éthique de la situation actuelle et des raisons pour lesquelles ces programmes sont si importants.

Je tiens également à souligner que le rétablissement est un spectre. Je sais que de nombreux membres de la communauté du rétablissement et de nombreux cliniciens assimilent le rétablissement à l'abstinence. De nombreux foyers de rétablissement n'acceptent pas, par exemple, les personnes qui suivent une thérapie médicalement assistée.

Je pense qu'il s'agit également d'une fausse dichotomie. Nous parlons à des personnes qui ont consommé des drogues. Le terme « rétablissement » n'est pas un terme médical. Il ne s'agit pas d'abstinence, mais d'un processus. C'est un processus par lequel les gens améliorent leur santé.

Le président: Docteure Henry, je regrette, mais je vais vous demander de conclure. Vous aurez de nombreuses occasions de développer vos observations liminaires lorsque vous répondrez aux questions.

Pourriez-vous conclure, s'il vous plaît?

Dre Bonnie Henry: Je conclurai donc en disant qu'il s'agit de personnes réelles. Cette crise continue de ravager nos communautés et de coûter la vie à nos jeunes. Nous devons travailler ensemble sur cette question. Je pense que nous avons tous le même objectif, à savoir assurer la vitalité, l'épanouissement et la sécurité de nos communautés.

Je m'engage avec mes collègues à collaborer pour trouver ces solutions et à ne pas céder aux discours que nous entendons. La vie même de nos familles, de nos amis, de nos voisins et de nos enfants en dépend.

Le président: Merci.

[Français]

Nous passons maintenant aux représentants de la Direction régionale de santé publique de Montréal.

Mesdames, vous avez la parole pour cinq minutes. Vous pouvez partager le temps de parole qui vous est alloué comme bon vous semble.

Dre Mylène Drouin (directrice régionale de la santé publique, Direction régionale de santé publique de Montréal): Bonjour à tous.

Je remercie infiniment les membres du Comité, notamment le député Luc Thériault, du Bloc québécois, de m'avoir invitée à participer à cette réunion.

Tout le monde sait que l'ensemble du Canada est touché par une crise sans précédent en ce qui a trait aux drogues toxiques. C'est pourquoi il faut exercer un leadership à tous les ordres de gouvernement pour coordonner une réponse efficace à tous les niveaux.

Puisque cette crise touche en particulier les grandes villes canadiennes, je me suis associée avec mes homologues directeurs de santé publique et les médecins de santé publique de Vancouver et de Toronto pour vous présenter, aujourd'hui, un mémoire comportant des pistes de solution. Certains leviers fédéraux pourraient effectivement nous aider, dans nos provinces et surtout dans nos villes, à affronter cette crise. Dans mon allocution, j'ai choisi de me concentrer sur la région de Montréal, où je vis et travaille.

Comme nous le savons, depuis la pandémie, les réseaux d'approvisionnement se sont grandement modifiés à Montréal, qui, auparavant, n'était pas tout à fait dans la même situation. Pour vous donner un ordre de grandeur, actuellement, il y a chaque mois 86 interventions d'urgence dans nos centres de consommation supervisée. C'est six fois plus qu'en 2020. Nous avons plus que doublé la distribution de la naloxone en trois ans. Il y a également une hausse mensuelle des décès, dont le nombre n'est en rien comparable à celui dans l'Ouest canadien, mais c'est quand même 17 décès par mois, contrairement à 12 il y a trois ans et à quatre en 2010.

Cette tendance est donc très préoccupante. Je pense qu'il ne faut pas cacher le fait qu'il y a une crise qui sous-tend cette situation. Je parle de la crise du logement, qui s'ajoute à la crise des drogues toxiques et qui génère à son tour une crise liée à l'itinérance. La combinaison de ces crises donne lieu à un cocktail dangereux dans nos quartiers.

Comme l'ont dit les témoins précédents, on assiste à un phénomène qui n'est pas uniquement lié à une crise des surdoses. Elle est aussi liée à une crise de drogues contaminées, soit de drogues modifiées lors de l'approvisionnement. Cette situation ne découle pas du fait que les gens ont mal calculé la quantité à consommer ou de l'augmentation du nombre de consommateurs. Elle découle du fait que les drogues comportent des substances toxiques, comme le fentanyl, des substances dérivées de nitazènes ou encore des benzodiazépines non commercialisées.

Cela touche évidemment les populations vulnérables, mais je pense qu'il faut garder en tête que cela touche aussi toutes les couches de la société. Les trois quarts des gens qui succombent à une surdose sont des gens qui sont morts à domicile, et non des gens qui sont dans la rue. Les gens qui sont décédés de cette façon comptent pour la moitié des décès à Montréal. De plus, il y a aussi beaucoup d'utilisateurs occasionnels. Ce phénomène est donc très vaste, et il ne touche pas que les populations marginalisées, même si celles-ci sont plus représentées.

À Montréal, depuis des décennies, nous réagissons à ce problème en travaillant main dans la main avec le milieu communautaire, le milieu de la santé, la police ou la sécurité publique, et le milieu municipal pour en arriver à un continuum d'interventions qui va de la vigie à la prévention et à la réduction des méfaits, jusqu'au traitement. Comme on l'a dit précédemment, le traitement ne peut pas être la seule option. Évidemment, c'est ce continuum de services et cette capacité de prévenir et de rester au fait des changements quant aux modes de consommation sur le terrain et aux types de drogues qui nous permettent d'adapter rapidement nos plans d'action et nos stratégies avec nos partenaires.

En outre, le traitement doit être couplé avec des stratégies importantes de réduction des méfaits. Nous le savons, nous ne serons jamais capables de traiter l'ensemble des consommateurs, car il y a beaucoup de barrières à l'accès et de délais. C'est pourquoi il y a des gens qui ne suivent pas de traitement. Évidemment, la toxicomanie peut être vue comme une maladie chronique. Il y a des périodes de rechute, et, lorsqu'une personne subit une rechute, elle est encore plus exposée à risque de surdose.

Finalement, nous savons que, même dans les traitements pharmacologiques, il y a certaines drogues pour lesquelles il y a peu d'options thérapeutiques. Nous avons donc besoin de plus de recherche-développement pour continuer à avancer et à accroître notre capacité de traiter.

Quant à l'arsenal de réduction des méfaits, les preuves sont très claires concernant la réduction des surdoses et des risques d'infection. À Montréal, au cours des dernières décennies, nous avons pu constater une réduction de la prévalence du VIH et du virus de l'hépatite C chez les consommateurs de drogues grâce à nos stratégies.

De plus, nos services de réduction des méfaits permettent de réduire la consommation de même que la présence de matériel souillé dans les rues. Nous avons des services de consommation supervisée, auxquels il sera impératif d'ajouter la consommation par inhalation, parce que c'est une pratique devenue beaucoup plus fréquente au cours des dernières années.

• (1120)

Il faut accroître nos services de distribution relativement à la naloxone et au matériel d'injection. Il est également essentiel d'élargir tous les services en matière de dépistage ou d'analyse des drogues. D'une part, cela permet à la personne de juger du risque associé à

ce qu'elle va consommer et, d'autre part, cela nous permet d'évaluer les drogues qui circulent sur le territoire.

Il faut aussi prévoir des sites mobiles pour effectuer des tests dans les festivals. On sait qu'il peut y avoir, dans des contextes festifs, de jeunes consommateurs occasionnels qui peuvent être exposés à des drogues mortelles.

Sur le plan du traitement, comme je l'ai dit, il faut quand même être conscients que c'est une minorité de consommateurs, actuellement, qui ont accès à des traitements. Il faut donc revoir la possibilité d'élargir ceux-ci.

• (1125)

Le président: Docteur Drouin, je vous demanderais de conclure votre présentation. Vous avez dépassé la limite du temps de parole qui vous était alloué. Vous aurez l'occasion d'en dire davantage pendant la période de questions.

Dre Mylène Drouin: C'est parfait.

Nous avons transmis au Comité quelques recommandations visant notamment à nous permettre d'être plus agiles et à simplifier l'accès aux exemptions. Nous souhaitons aussi abattre les barrières administratives.

Évidemment, comme je le disais plus tôt, nous recommandons de relever le financement non seulement pour la recherche dans certaines sphères de traitement, mais aussi pour définir de nouvelles solutions pharmaceutiques et des stratégies de réduction des méfaits.

Le message global est que nous devons avoir une réponse proportionnée à la crise actuelle. Nous ne devons pas nous diviser. Nous devons faire le contraire. Nous perdons actuellement des vies dans notre population. Nous devons être solidaires.

Cette crise nécessite la collaboration de plusieurs secteurs de la société, y compris, évidemment, le réseau de la santé. Des preuves scientifiques nous permettent de cibler les solutions qui auront le plus grand effet. Nous ne pouvons pas nous permettre un échec quant à cette crise.

Le président: Merci, docteur Drouin.

[Traduction]

Enfin, nous allons entendre la Oxford House Foundation, qui est représentée par son directeur exécutif, Earl Thiessen.

Monsieur Thiessen, bienvenue au sein du Comité. Vous avez la parole.

M. Earl Thiessen (directeur exécutif, Oxford House Foundation): Merci, et merci à tous pour vos commentaires précédents. C'est un honneur pour moi d'être ici.

J'apporte une perspective différente, celle de l'expérience vécue. Je suis un homme autochtone en rétablissement à long terme depuis 16 ans. J'ai créé des logements de prétraitement et des foyers de rétablissement autochtones soutenus par les pairs et la culture. Nous offrons des logements de transition à long terme, soutenus par les pairs, sans date limite.

Je suis ici, avec d'autres professionnels, pour faire part de mon expérience vécue de la lutte contre l'itinérance et la toxicomanie, ce qui, pour beaucoup d'entre nous, y compris moi, est synonyme de guérison. Je suis ici pour vous faire part de mes réflexions sur la manière de résoudre la crise de la dépendance.

Les traumatismes non résolus de mon enfance m'ont conduit à la rue, à être sans-abri pendant sept ans, à refuser d'affronter mes démons et à consommer de l'alcool et des drogues, y compris des opioïdes pharmaceutiques. Il s'agissait d'une réponse émotionnelle aux traumatismes de mon enfance, qui étaient très puissants. La honte d'avoir été victime d'abus sexuels est si intense que de nombreux hommes et femmes perdent la vie des suites de la dépendance ou par suicide, car ils refusent d'en parler.

Nous acquérons des connaissances en enseignant par la parole et l'action. Nous guérissons de la même manière. La première fois que j'ai parlé des abus sexuels que j'avais subis, j'étais en traitement et je suivais les étapes du programme avec une aînée. J'ai pleuré pendant deux heures et demie en lui parlant des traumatismes de mon enfance. Lorsque je suis sorti de la salle, j'étais un homme différent. J'avais gardé ces traumatismes en moi pendant 25 ans, et c'est ce qui continuait d'alimenter ma dépendance. Ces traumatismes me replongeaient sans cesse dans le même cercle vicieux qui a abouti à la situation que nous connaissons aujourd'hui.

Après avoir entamé mon cheminement de rétablissement et avoir surmonté les traumatismes de mon enfance, j'ai renoué avec mon héritage. Il a joué et joue encore un rôle important dans mon cheminement vers la guérison.

Je vais brièvement vous faire part d'une expérience vécue. Je veux vous raconter l'histoire d'un jeune garçon qui a connu de nombreuses difficultés et de nombreux traumatismes dans sa vie. Ce garçon est devenu un jeune homme à qui l'on a appris à ne pas montrer ses vraies émotions, qui avait subi tellement de traumatismes qu'il s'est cru seul et a choisi de vivre une grande partie de sa vie de cette façon, seul.

Ce jeune homme a été victime d'abus sexuels, de violences physiques, de traumatismes mentaux et émotionnels ainsi que de traumatismes spirituels. Ce mécanisme d'adaptation lui a coûté les 20 années suivantes de sa vie. Il lui a coûté sa famille. Ses amis ne voulaient plus le fréquenter en raison de son alcoolisme et de ses tendances à la tromperie. Il a fini par tout détruire et par faire tellement de mal à sa famille que tout le monde l'a abandonné. On a fini par le déposer dans un refuge pour sans-abri parce que personne ne pouvait lui faire confiance.

Cet homme-enfant terrifié avait enfin trouvé un endroit où il était accepté sans jugement, sans préjugé, et il pensait que là était sa place. Il n'avait aucune estime de soi, aucun amour propre. Cet homme a décidé que c'était son destin.

Ses traumatismes non résolus l'ont conduit à vivre sept ans comme un sans-abri alcoolique et toxicomane, une vie sans sens ni but, sans aspirations ni objectifs, sans amour pour lui-même ni pour les autres. Après l'une des plus grandes pertes de sa vie à l'époque, l'assassinat de la compagne qu'il fréquentait depuis deux ans et demi, il est arrivé à un point où il avait perdu tout ce qu'il était prêt à perdre en raison de sa dépendance et de ses traumatismes non résolus.

Le 13 novembre 2007, il a été arrêté pour ivresse et inconduite au centre-ville de Calgary. Les policiers qui l'ont arrêté l'ont brutalement battu dans une ruelle. Son pied était cassé, son œil était tuméfié et son corps était couvert d'ecchymoses. Ils ont découvert qu'il faisait l'objet de 11 mandats d'arrêt, et il a donc été placé en cellule de dégrisement pour être entendu par le juge de paix. Il a eu l'occasion de s'entretenir avec le juge de paix ce matin-même. Pour la première fois depuis qu'il était toxicomane, il s'est montré hon-

nête. Il a expliqué qu'il voulait de l'aide, de l'aide pour surmonter ses traumatismes et ses problèmes de toxicomanie et de l'aide pour surmonter le meurtre de sa compagne.

Le juge de paix lui a demandé son nom. Il a répondu: Jackie Crazybull. Le juge de paix a déclaré qu'il avait entendu parler du meurtre et lui a présenté ses condoléances. Il s'est ensuite entretenu avec cet homme dévasté et vaincu. Il lui a dit: « Je vais vous libérer sur votre propre engagement. Je veux que vous alliez chercher l'aide dont vous avez désespérément besoin, et je veux que vous effaciez toutes ces accusations criminelles. »

Ce matin-là, après avoir été libéré, cet homme s'est rendu en boitant au centre de désintoxication médicale pour entamer son cheminement vers la guérison. Après presque une année entière de traitement et de reconnexion avec lui-même, sa culture et sa communauté, il s'est fixé de petits objectifs qui se sont transformés en d'immenses réalisations. Aujourd'hui, ce petit garçon qui avait subi tous ces traumatismes, ce jeune homme qui s'était tourné vers la drogue et l'alcool comme mécanisme d'adaptation, ce jeune homme qui s'était retrouvé sans-abri pendant sept ans, a changé de vie et est aujourd'hui le directeur exécutif de l'organisme qui a sauvé sa vie.

Je m'appelle Earl Thiessen, et je suis un guérisseur blessé.

● (1130)

Je vais maintenant passer à la partie professionnelle.

En tant que chef autochtone en Alberta, en ce qui concerne le rétablissement, le logement axé sur le rétablissement et le soutien de notre continuum de soins, je suis à même de constater directement les dommages causés par la consommation d'opioïdes. En fait, j'élève la fille de ma belle-sœur, morte d'une surdose.

À mon avis, les options de la décriminalisation et de l'approvisionnement sécuritaire qu'on nous présente font fausse route. Elles ne font qu'aggraver les problèmes. Elles prolongent les traumatismes et maintiennent les gens dans un état perpétuel de consommation. À mon avis, l'approvisionnement sécuritaire s'apparente à une colonisation pharmaceutique.

Il existe d'autres méthodes, mais pour les personnes que je sers, la voie à préconiser est celle du rétablissement. À mon avis, l'élément sur lequel il faut mettre l'accent est la désintoxication médicale. Les sevrages sont horribles. J'en ai fait l'expérience, je me suis jeté à terre, j'ai mâché ma langue, j'ai eu deux crises d'épilepsie, puis j'ai suivi un traitement et je me suis rétabli. Pour parvenir à un rétablissement à long terme, les gens ont besoin de tous ces éléments, à commencer par la cure de désintoxication et le traitement. C'est dans ce contexte que le modèle de logement de prétraitement est entré en jeu, car il y a des listes d'attente. Les toxicomanes ont besoin du soutien de leurs pairs, d'un emploi et d'un logement axé sur le rétablissement.

Il n'y a qu'un seul moyen sûr à cent pour cent d'éviter la surdose et c'est de ne pas consommer. Cela étant dit, je comprends parfaitement qu'il y a un processus à suivre pour en arriver là. Dire qu'il faut comprendre... Le désir et le besoin sont à des années-lumière l'un de l'autre. Toute personne souffrant d'une dépendance doit chercher de l'aide, mais ce sont les personnes qui veulent obtenir de l'aide qui peuvent réellement se rétablir et qui y parviennent.

À ceux qui ne veulent pas se rétablir, nous devons fournir un renforcement positif et leur montrer, par le truchement de cas vécus et d'exemples de réussites, que le rétablissement est possible pour eux aussi et qu'ils peuvent s'en sortir. Nous prions pour eux. C'est tout ce que je pouvais faire pour ma belle-sœur. Elle a perdu la vie.

De nombreuses personnes et de nombreux organismes se concentrent sur les aspects biologiques, psychologiques et sociaux du traumatisme et du rétablissement...

Le président: Monsieur Thiessen, je suis vraiment désolé. C'est un témoignage puissant. Vous aviez cinq minutes et nous en sommes à la huitième minute. Même si cela me peine de vous demander une telle chose, pourriez-vous, s'il vous plaît, conclure? Vous aurez de nombreuses occasions de répondre aux questions et de revenir sur votre témoignage.

M. Earl Thiessen: Il n'y a pas de problème.

Nous devons élargir notre grille d'analyse afin d'inclure les aspects biopsychosociaux, spirituels et culturels du rétablissement. Nous devons examiner et évaluer tous les aspects du rétablissement et faire en sorte que des personnes partageant les mêmes idées vivent dans le même environnement.

Pour terminer, je voudrais lire l'appel à l'action 21 de la Commission de Vérité et Réconciliation:

Nous demandons au gouvernement fédéral de fournir un financement à long terme pour les besoins des centres autochtones, nouveaux et de plus longue date, voués au traitement de problèmes de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle avec lesquels doivent composer les Autochtones et qui découlent de leur expérience dans les pensionnats, et de veiller à accorder la priorité au financement de tels centres de traitement au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest.

Je vous remercie.

• (1135)

Le président: Merci à vous tous.

Nous allons passer aux séries de questions, en commençant par les conservateurs.

Nous allons donner la parole à Mme Goodridge. Madame Goodridge, vous avez six minutes.

Mme Laila Goodridge (Fort McMurray—Cold Lake, PCC): Wow! Merci, monsieur Thiessen, de nous avoir fait part de ce que vous avez vécu. Merci de donner un visage au traumatisme, à la guérison et au pouvoir de la guérison. J'ai dû essuyer quelques larmes, alors je vous dis merci.

Dans votre déclaration, vous avez dit quelque chose qui m'a vraiment frappée. Vous avez dit que, selon vous, « l'approvisionnement sécuritaire s'apparente à une colonisation pharmaceutique ». Pouvez-vous nous expliquer ce que vous entendez par là?

M. Earl Thiessen: Oui. C'est mon opinion. Mon peuple a déjà connu la colonisation, et pour moi, ce que l'on voit maintenant, c'est l'exploitation d'une population vulnérable. Les choses ne s'améliorent pas.

Il faut trouver une voie vers la guérison. Quatre-vingt-quinze pour cent des personnes qui se droguent le font à cause d'un traumatisme qui remonte à leur enfance. Pour moi et pour les personnes que je sers, ce n'est pas la bonne approche. En faisant cela, on confine les gens. Je ne pense pas que c'est comme cela que notre pays devrait fonctionner. Nous l'avons fait une fois et c'est un aspect peu reluisant de l'histoire de notre pays.

Mme Laila Goodridge: Hier, la ministre de la Santé mentale et des Dépendances a déclaré qu'elle considérait que la décriminalisation en Colombie-Britannique était un succès. Êtes-vous d'accord avec elle?

M. Earl Thiessen: Non. De toutes les approches qui existent, celle de la décriminalisation n'est pas celle qu'il fallait préconiser. Pour moi, la décriminalisation consiste à donner à la personne la possibilité de se faire soigner ou d'accepter d'être inculpée pour l'activité illégale qu'elle exerce. On pourrait dire qu'on a en quelque sorte modifié le modèle portugais. A mon avis, ce n'est tout simplement pas la bonne solution.

[Français]

Mme Laila Goodridge: Merci.

Docteur Drouin, de récents reportages au sujet de la Maison Benoît Labre ont fait état du fait que de jeunes parents et leurs enfants devaient contourner des consommateurs de drogue se trouvant devant l'entrée de l'organisme.

Les citoyens du quartier sont inquiets. Qu'avez-vous à leur dire? Trouvez-vous qu'il s'agit d'une situation acceptable?

Dre Mylène Drouin: Effectivement, les parents sont inquiets.

Nous faisons partie du comité de bon voisinage, qui cherche des pistes de solution. Comme je le disais précédemment, la Maison Benoît Labre est avant tout un lieu d'hébergement et un centre de jour pour les personnes itinérantes.

L'organisme y a intégré deux salles destinées à l'inhalation et à la consommation supervisées, qui accueillent une minorité d'utilisateurs. En effet, il y a à peu près une dizaine de consommateurs par jour qui utilisent la salle, alors que des centaines de personnes fréquentent le centre tous les jours.

Il y a donc plusieurs aspects en lien avec le problème de l'itinérance. L'une des questions qu'il faut assurément considérer est celle touchant les mesures d'atténuation à prendre quant aux lieux qui sont choisis pour ces centres. Il faut voir comment on peut faire en sorte que les jeunes et l'école soient accompagnés afin de réduire ces méfaits ou, du moins, relever les défis en matière de cohabitation.

Mme Laila Goodridge: Merci.

Pensez-vous que les sites d'injection et d'inhalation supervisées devraient être situés juste à côté d'une école?

Dre Mylène Drouin: Il n'y a pas de normes ou de règlements à cet égard.

Je vais faire un parallèle avec la légalisation du cannabis. Lorsque nous réfléchissions à cette question, nous nous sommes souvent demandé à quel endroit il fallait situer les sites de vente.

Si on demande qu'un centre d'injection supervisée soit situé à environ 200 ou 500 mètres des garderies ou des écoles, un problème se pose. En effet, des garderies et des écoles, il y en a partout à Montréal. Il faudrait donc que les sites de consommation supervisée soient situés dans des champs ou le long de voies ferrées, par exemple. Toutefois, si on veut atteindre la clientèle et faire en sorte qu'une stratégie de réduction des méfaits fonctionne, il faut que les sites soient situés aux bons endroits.

Cela dit, je suis tout à fait d'accord sur le fait qu'il faut réfléchir en amont quand on décide d'ouvrir un tel site. Il ne faut pas seulement penser aux garderies et aux écoles, il faut aussi tenir compte du voisinage.

Il faut réfléchir à la façon de mettre en place des mesures d'atténuation pour assurer que la cohabitation va bien se passer. Il faut aussi penser à avoir plusieurs sites afin d'éviter les attroupements.

Le problème actuel, c'est qu'il n'y a pas assez de ressources pour accueillir le nombre de personnes qui ont besoin de services en itinérance. Ces gens convergent donc vers les mêmes lieux.

• (1140)

Mme Laila Goodridge: Aimerez-vous qu'il y ait une légalisation des drogues dures, comme ce qui a été fait en Colombie-Britannique?

Dre Mylène Drouin: Évidemment, nous sommes tout à fait conscients des défis que posent la stigmatisation de groupes de personnes et la judiciarisation pour régler des problèmes. Nous comprenons aussi l'effet que cela peut avoir sur les personnes qui veulent se trouver un logement ou un emploi et réintégrer la société.

À Montréal, nous avons entamé des travaux à ce sujet, mais, pour l'instant, nous jugeons que les conditions ne sont pas en place, sur le plan des services, pour demander la décriminalisation — et non la légalisation. Je pense qu'il faut faire attention aux termes que nous employons.

Mme Laila Goodridge: Comptez-vous appuyer la décriminalisation à Montréal, comme cela a été fait en Colombie-Britannique? Oui ou non?

Dre Mylène Drouin: Je me suis déjà prononcée à cet égard. La déjudiciarisation de groupes de personnes fait effectivement partie de l'arsenal du continuum de services. Toutefois, il faut qu'il y ait des conditions propices pour ce qui est de son application. Nous allons évidemment attendre le résultat de ce qui a été fait en Colombie-Britannique. Pour l'instant, nous jugeons que les conditions ne sont pas en place au Québec et à Montréal.

Mme Laila Goodridge: Pensez-vous que c'est un succès en Colombie-Britannique?

Le président: Madame Goodridge, le temps de parole qui vous était alloué est écoulé.

Merci, docteur Drouin et madame Goodridge.

[Traduction]

Nous allons voir si le son de M. Powlowski est assez bon pour lui permettre de poser quelques questions, sinon, nous passerons à Mme Brière.

Monsieur Powlowski, si tout fonctionne, vous avez la parole.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Tentons le coup.

Monsieur Henry, à la page 27 de votre rapport intitulé *A Review of Prescribed Safer Supply Programs Across British Columbia* — examen des programmes d'approvisionnement sûr proposés en Colombie-Britannique —, vous admettez qu'il y a des détournements. Vous dites que ces détournements sont, selon le personnel et les clients du programme, un phénomène courant.

Est-ce qu'on m'entend bien?

Le président: Le jury n'a pas encore rendu son verdict. Continuez.

M. Marcus Powlowski: D'accord.

Vous dites dans le même rapport qu'il y a peu de données sur les jeunes, mais il ne semble pas qu'il y ait une augmentation de la consommation d'opioïdes [*difficultés techniques*].

[Français]

M. Sébastien Lemire (Abitibi—Témiscamingue, BQ): Monsieur le président, j'invoque le Règlement.

Les interprètes ne peuvent plus faire leur travail.

[Traduction]

Le président: Monsieur Powlowski, c'était une tentative tout à fait louable.

Madame Brière, vous avez la parole.

[Français]

Mme Élisabeth Brière (Sherbrooke, Lib.): Bonjour.

Je remercie tous les témoins de leur témoignage. Certains d'entre eux étaient parfois très touchants.

Les membres du Comité reviennent tout juste d'un voyage à Vancouver, à Calgary, à Red Deer et à Montréal. Nous avons alors eu l'occasion de rencontrer quelques-uns d'entre vous. J'aimerais donc vous remercier de nous avoir accueillis. Vous avez parlé de vos réalités ainsi que de toutes les belles initiatives que vous menez pour aider à lutter contre la crise des surdoses et celle liée aux drogues toxiques.

Docteur Drouin, j'aimerais poursuivre la discussion commencée avec vous sur les preuves scientifiques clairement établies. Vous nous parlez de l'éventail de mesures nécessaires, d'un plan d'action et d'une stratégie qui aideraient à lutter contre cette crise.

Pouvez-vous préciser votre pensée là-dessus?

Dre Mylène Drouin: Je pense que la stratégie du Québec visant à prévenir les surdoses présente très bien les preuves et les éléments qu'il faut mettre en place. Évidemment, tout le système de vigie est important. Il faut collaborer avec nos partenaires pour comprendre ce qui se passe sur le terrain. C'est une composante essentielle pour nous permettre d'ajuster notre offre de services.

Tout à l'heure, j'ai parlé de la réduction des méfaits près des sites de consommation. On sait que ces sites ont une incidence importante non seulement sur le phénomène de surdoses, mais aussi sur les risques infectieux. Ce qui est intéressant, à Montréal, c'est que nos sites de consommation supervisée assurent des liens avec les soins préventifs ainsi qu'avec les services de traitement ou de réintégration sociale.

Je n'ai pas eu le temps d'en parler tout à l'heure, mais, si l'on veut examiner le problème de manière plus large, il sera aussi très important de s'occuper de tout ce qui touche le logement, l'emploi et la réintégration des personnes ayant des problèmes de consommation.

Il faut aussi penser à tout l'aspect préventif. Je n'ai pas eu le temps d'en parler tout à l'heure non plus, mais un des témoins a abordé le sujet du développement de l'enfance sous l'angle des traumatismes vécus dans l'enfance. Il faut assurer la protection de la jeunesse. Nous connaissons très bien la trajectoire de certains jeunes qui, en raison de leur parcours et de leurs traumatismes de l'enfance, sont les plus exposés à un haut risque de consommation abusive de drogues ou d'itinérance. Ces problèmes se recoupent souvent. On se doit de travailler à fermer ces robinets, si je peux m'exprimer ainsi.

À nos yeux, c'est ce continuum qui doit être examiné dans son ensemble. Il ne faut pas miser sur une composante du continuum plus que sur une autre. Cela implique évidemment qu'un ensemble de partenaires travaillent avec la même vision et des moyens ambigus, parce que la crise est importante.

• (1145)

[Traduction]

Mme Élisabeth Brière: Docteur Bach, je suis heureuse de vous revoir.

J'ai été très impressionnée par l'initiative « Road to Recovery » de l'hôpital St. Paul. Dans votre exposé, vous avez dit qu'il n'y avait pas qu'une seule issue pour les toxicomanes, et qu'il fallait leur proposer une pluralité d'options.

Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur cette initiative et ses objectifs? Je pense que vous aimeriez en lancer des semblables dans toutes les provinces.

Dr Paxton Bach: Merci pour la question. Je suis plus qu'heureux de pouvoir parler de l'initiative Road to Recovery.

Pour ce qui est de l'autre partie de votre question concernant les options, comme tous les intervenants l'ont mentionné, le fait est que chaque personne entretient avec les substances une relation bien à elle qui diffère de celle des autres. Les causes et les besoins sont différents et cela change avec le temps. Il est vraiment important que nous reconnaissons cette diversité et le fait qu'à tout moment, chaque personne aura des besoins différents et des attentes différentes. Il est important de faciliter l'accès à cela.

L'initiative est un nouveau programme de traitement coordonné que nous avons lancé à l'hôpital St. Paul de Vancouver. Il est axé sur le traitement de la toxicomanie en particulier, mais il s'agit en fait de faciliter l'accès au traitement. Il est déjà assez difficile pour une personne souffrant d'un trouble lié à l'utilisation de substances et aux nombreux autres facteurs qui accompagnent la consommation de chercher de l'aide et de naviguer dans le système. Il est impératif que nous, en tant que personnes travaillant dans le système, rendions l'accès et la navigation aussi faciles que possible.

Or, cela n'a jamais été le cas, du moins, pas dans notre province — et je pense que c'est probablement la même chose dans la plupart des endroits en Amérique du Nord. Il n'a jamais été facile d'accéder à ces systèmes ou d'y naviguer. Ils ont souvent été cloisonnés et il est difficile de s'y retrouver.

Le système Road to Recovery consiste à regrouper tous les aspects d'un traitement sous un même toit afin de permettre aux patients de se concentrer sur eux-mêmes plutôt que sur tout le côté navigation d'un éventuel rétablissement. Qu'il s'agisse d'accéder à une clinique ambulatoire, à un centre de désintoxication, à un traitement à court terme ou à un logement avec suivi à long terme, le système veille à ce que tous ces services fonctionnent avec cohésion afin

d'éviter que les personnes n'aient pas à passer leur temps à essayer d'assembler ses différentes parties.

Le président: Merci, docteur Bach.

Merci, madame Brière.

[Français]

Monsieur Lemire, vous avez la parole pour six minutes.

M. Sébastien Lemire: Merci de votre accueil, monsieur le président.

Madame Drouin, j'aimerais d'abord vous remercier de votre engagement et de votre témoignage. Vous nous demandez de prendre de la hauteur et d'agir de façon globale, notamment sur les déterminants de la santé.

Pouvez-vous nous expliquer davantage en quoi cela consiste?

Dre Mylène Drouin: Dans le contexte de la crise des surdoses, cela consiste à agir en amont, c'est-à-dire en prévention. Il faut travailler sur les facteurs de risque chez les jeunes, sur les facteurs de protection sur lesquels on peut agir dès l'enfance, et sur les conditions socioéconomiques, ce qu'on appelle les déterminants structuraux de la santé.

Il y a aussi toute la question des traumatismes au sein des communautés autochtones. Plus on travaillera en amont, plus on pourra bâtir une société qui permet de protéger nos enfants et nos jeunes.

Toutefois, dans le cas de la crise des surdoses, on est obligé de travailler un peu moins sur les déterminants de la santé et un peu plus sur la réduction des méfaits, jusqu'au traitement. Il faut essayer de réduire les conséquences négatives que la consommation peut avoir sur la personne. Il s'agit donc de mettre un ensemble de services en place pour réduire les décès et les surdoses. Il faut savoir que, même si, heureusement, les gens ne meurent pas toujours d'une surdose, celle-ci entraîne tout de même des complications. Il faut aussi tenir compte du traitement et de tout ce qui touche les capacités de la personne.

Il s'agit donc de mettre en place un continuum de services. Quand on parle des déterminants de la santé sur lesquels il faut travailler en amont, il s'agit vraiment d'opter pour une approche préventive qui va nous amener à cerner les facteurs de risque et les facteurs de protection liés à la consommation et à la réduction des méfaits.

• (1150)

M. Sébastien Lemire: Vous venez d'aborder un peu la question de la réduction des méfaits, et j'aimerais que nous l'approfondissions davantage.

Pouvez-vous nous expliquer en quoi la réduction des méfaits est complémentaire pour ce qui est d'une approche de traitement qui soutient les mesures novatrices concernant le traitement et la réhabilitation?

Dre Mylène Drouin: Le traitement ne peut évidemment pas être la seule solution. Les gens ont des besoins très diversifiés et des parcours de consommation très variables. Ils doivent parfois faire face à des délais ou à des barrières pour accéder aux services, ou encore ils ne sont pas prêts. Pendant ce temps, il faut avoir des stratégies de réduction des méfaits pour les protéger, pour leur donner un environnement sécuritaire et pour réduire les risques de décès, d'infection ou de complications diverses.

Il faut voir la toxicomanie un peu comme une maladie chronique. Cela prend parfois plusieurs tentatives de réhabilitation et de traitement, ainsi que plusieurs rechutes, avant qu'une personne soit capable de s'en sortir. Pendant ces périodes de rechute, il faut avoir des stratégies de réduction des méfaits.

De plus, pour ce qui est du traitement, il n'y a pas de substances ou d'options pharmacologiques pour remplacer l'ensemble des drogues qui sont actuellement sur le marché.

Dans ces conditions, il peut être beaucoup plus difficile, pour certaines personnes, d'obtenir un traitement ou d'arrêter leur consommation. Il existe très peu de solutions de rechange pour elles, et nous devons alors les protéger.

L'un des mandats de la santé publique, c'est de protéger la santé de l'ensemble de la population. Par conséquent, il faut aussi protéger ces personnes. Il est impossible de penser que cent pour cent de la population consommatrice de drogues va entreprendre en même temps une démarche de traitement.

M. Sébastien Lemire: À Montréal, votre approche intègre les différents paliers d'intervention, soit la Direction régionale de santé publique, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, ou CHUM, les centres de soins de première ligne et les ressources sur le terrain, ce qui permet une meilleure synergie entre les intervenants et de meilleurs résultats.

Pouvez-vous nous dire, selon vous, ce que serait cette crise sans le pilier que constitue la réduction des méfaits et sans l'intégration des différents services, comme ce que vous préconisez à Montréal?

Dre Mylène Drouin: L'intégration est essentielle. C'est ce qui nous permet de faire ce travail.

Je pourrais donner la parole à la Dre Morissette, parce que c'est elle qui a élaboré la stratégie à Montréal, travail qui s'est échelonné sur des décennies. Cette stratégie nous permet, avec l'ensemble des partenaires, d'assurer une vigie et de comprendre la situation pour faire évoluer notre offre de services et nous adapter.

Le plus important, c'est d'être capable de mettre en place de nouveaux services, comme ce qui a trait à l'inhalation de substances actuellement. Si la recherche apporte de nouvelles données probantes, il faut que les établissements, comme le CHUM, soient capables d'y réagir. Il ne faut pas se laisser surprendre par de nouvelles tendances.

Docteur Morissette, avez-vous quelque chose à ajouter?

Dre Carole Morissette (médecin, Réduction des méfaits et prévention des surdoses, Direction régionale de santé publique de Montréal): En effet, je pense que sans la réduction des méfaits, sans la mise en place de nos services de consommation supervisée, nous aurions probablement vu beaucoup plus de décès que ce que nous voyons actuellement. Nous savons que cela prévient des décès.

Si on veut répondre à l'intensité de la crise en ce moment, il faut mettre en place plus de services. Il faut voir les services de réduction des méfaits non comme un problème, mais comme une solution. Il faut donc multiplier et diversifier les services.

Il faut aussi donner accès au logement. Je reviens sur la double crise, celle liée aux surdoses et celle liée à l'itinérance. Au cours de son cheminement, le fait, pour une personne, d'avoir un toit est l'un des facteurs qui pourraient l'amener à faire le premier pas et à entre-

prendre une démarche visant à réduire la consommation ou même à l'arrêter.

Encore une fois, la réduction des méfaits et le traitement ne sont pas antithétiques. Ils font partie d'un continuum, et il faut que toutes ces stratégies soient en place pour y arriver.

● (1155)

M. Sébastien Lemire: Je vous remercie sincèrement.

Le président: Merci, docteurs Drouin et Morissette.

Merci, monsieur Lemire.

[Traduction]

Ensuite, nous avons M. Johns, pour six minutes.

M. Gord Johns (Courtenay—Alberni, NPD): Tout d'abord, je tiens à remercier tous les témoins pour leurs importants témoignages et pour le travail fort utile qu'ils font tous.

Nous avons entendu la coroner en chef de la Colombie-Britannique. Docteur Bonnie Henry, vous êtes également la médecin-chef de cette province.

Les chefs de police de la Colombie-Britannique, l'Association canadienne des chefs de police, l'autorité sanitaire des Premières Nations de la Colombie-Britannique, le conseil de justice des Premières Nations de la Colombie-Britannique ainsi que le groupe de travail d'experts de Santé Canada disent tous qu'il s'agit d'une question complexe qui exige une réponse globale. Toutes les organisations et les personnes que j'ai citées ont clairement indiqué que nous devons remplacer l'offre de drogues de rue toxiques par des substances plus sécuritaires, mettre un terme à la criminalisation des personnes qui consomment, créer un système de traitement sur demande et investir massivement dans le rétablissement, la prévention et l'éducation.

Docteur Henry, le modèle de décriminalisation en Colombie-Britannique est entré en vigueur en janvier 2023. Le mois précédent, le nombre de décès quotidiens par 100 000 habitants était de 7,5. Au cours des deux derniers mois, ce nombre est descendu à 6,1 et 6,2.

Pensez-vous que la décriminalisation tentée en Colombie-Britannique fonctionne et a fonctionné?

Dre Bonnie Henry: Je vous remercie de la question.

Vous avez tout à fait raison de dire que nous devons nous concentrer sur ce que cette expérience signifie. Elle fait partie d'une série de mesures qui nous ont été présentées comme étant nécessaires. La décriminalisation des personnes — c'est ce qui est important — consiste à supprimer les sanctions pénales pour la possession de petites quantités de substances contrôlées. Il ne s'agit pas d'une loi ou d'une porte ouverte aux comportements violents ou menaçants. Ce n'est pas la solution dans son entier, mais c'est un outil important qui vient nous prêter main-forte, et ce, pour un certain nombre de raisons.

L'une de ces raisons, c'est que nous voyons les gens qui sont visibles pour la police, et c'est sur eux que se concentre une grande partie de l'attention. Il est désagréable pour nous de voir des sans-abri dans la rue qui n'ont pas d'endroit où ils peuvent consommer de la drogue en toute sécurité ou entrer en contact avec d'autres personnes. C'est également important pour ceux qui ne sont pas visibles et qui sont, eux aussi, en train de mourir, comme nous l'avons entendu ce matin. Il peut s'agir de jeunes qui « expérimentent » ou qui sont des consommateurs occasionnels. Il peut s'agir d'un jeune homme qui exerce un métier et dont la famille me parle tout le temps, ignorant qu'il s'était remis à consommer ou qu'il avait rechuté, chose qu'il avait cachée aux siens à cause de la honte, de la stigmatisation et de la peur de se retrouver avec un casier judiciaire. Cette crainte d'être fiché empêche les gens de parler de leur consommation de drogue et de demander de l'aide.

En ce sens, oui, la décriminalisation des personnes ici en Colombie-Britannique a uniformisé les règles du jeu dans toute la province, de sorte qu'on a supprimé le caractère discrétionnaire de savoir qui se fait saisir ses drogues ou qui aura un casier judiciaire. C'est quelque chose que les statistiques sur les saisies de drogues et les inculpations de personnes qui consomment des drogues nous ont montré.

M. Gord Johns: Docteur Henry, vous êtes médecin-chef depuis 2014. En 2014, le taux de mortalité était de 7,9 par 100 000 habitants. Il est passé à 30,3 en 2017 — soit en un peu plus de quatre ans — sous le gouvernement de Christy Clark. Depuis, il a grimpé jusqu'à 46,2 et se situe actuellement à 40,3, ce qui représente une augmentation de 33 %, alors que sous le gouvernement Clark, l'augmentation avait été de 383 %.

Lorsque vous entendez des politiciens raconter des anecdotes et accuser l'approvisionnement sécuritaire ou la décriminalisation d'être à l'origine du pic de la crise des drogues toxiques, pouvez-vous expliquer les dommages que pourrait causer la suppression de ces mesures?

Permettez-moi d'évoquer le taux de mortalité de l'Alaska, qui a augmenté de 45 % l'année dernière sans décriminalisation et sans approvisionnement sécuritaire. Celui de l'Alberta a augmenté de 17 % et celui de la Saskatchewan, de 23 %. Baltimore a un taux de mortalité de 190 par 100 000 habitants alors que celui de la Colombie-Britannique est à 40, sans décriminalisation et sans approvisionnement sécuritaire.

Pouvez-vous nous parler de l'importance de miser sur la recherche évaluée par des pairs plutôt que sur une politique fondée sur des données anecdotiques?

Dre Bonnie Henry: Merci d'avoir soulevé cette question.

Je pense qu'il est important de reconnaître que bon nombre des problèmes auxquels nous devons faire face — et nous en avons parlé — sont liés à des préoccupations et à des questions sous-jacentes. Nous savons que lorsque le nombre de sans-abri et la pauvreté augmentent, de même que l'insécurité des revenus et l'inflation, tous ces éléments favorisent l'anxiété et les problèmes de santé mentale qui poussent les gens à consommer davantage de substances psychoactives.

Il est important pour nous d'examiner les données et ce qui aide tous les types de consommateurs de drogues. Il est important que nous ne nous focalisions pas sur une chose en particulier et que nous n'essayions pas de faire de cet enjeu une question politique,

car cela nuit à ceux que nous voulons tous, je crois, inclure dans notre société et aider à trouver le chemin de la guérison.

• (1200)

M. Gord Johns: Docteur Bach, à l'unité Road to Recovery, vous avez travaillé très fort sur un projet basé sur des preuves et dirigé par des experts.

Pouvez-vous nous parler du tort que la désinformation vous cause, à vous et à votre équipe, ainsi qu'au travail de première ligne que vous faites?

Dr Paxton Bach: Absolument. Je travaille avec des collègues formidables dans mon établissement et dans tout le Canada. Il y a vraiment de bonnes personnes qui voient des solutions viables et qui travaillent à leur réalisation.

Comme je l'ai mentionné dans mon exposé, le fait de voir nombre de ces enjeux complexes simplifiés à l'extrême et, pour être franc, souvent transformés en questions politiques, est un véritable problème pour ceux qui travaillent sur le terrain et collaborent les uns avec les autres — malgré de nombreuses opinions divergentes —, et qui constatent cette complexité et la nécessité d'apporter des réponses adaptées aux différents contextes. Il est très pénible de voir cette question devenir une sorte d'enjeu politique. C'est très déconcentrant. C'est très démoralisant. Je pense que cela nous empêche vraiment de parler de ces sujets avec le niveau de sophistication qu'ils méritent.

Le président: Merci, docteur Bach.

Le prochain intervenant est le Dr Ellis, pour cinq minutes.

M. Stephen Ellis (Cumberland—Colchester, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci à tous les témoins de leur présence.

C'est intéressant, madame Henry. L'un de nos collègues a peut-être commencé à vous poser cette question.

Docteur Henry, vous avez dit à plusieurs reprises dans les médias qu'il y a détournement. Est-ce vrai?

Dre Bonnie Henry: Nous devons reconnaître qu'il s'agit d'un symptôme de besoins non satisfaits. Nous savons qu'il existe de nombreux types de personnes qui partagent leurs médicaments avec d'autres qui n'ont pas accès aux systèmes. Nous avons entendu dire que cela s'est produit. Cela s'est produit avant que nous ayons notre programme d'approvisionnement sur ordonnance et cela continue à se produire.

M. Stephen Ellis: Merci, docteur Henry. Merci beaucoup.

Il y a des détournements. Nous le savons.

Pourriez-vous rappeler à notre groupe d'experts quelle est la principale cause de décès chez les enfants de 10 à 18 ans en Colombie-Britannique?

Dre Bonnie Henry: Ce sont les drogues toxiques qui sont dans la rue en ce moment.

M. Stephen Ellis: On parle de surdose, n'est-ce pas, docteur Henry?

Dre Bonnie Henry: Ce sont les drogues toxiques qui sont dans la rue en ce moment.

M. Stephen Ellis: Vous pouvez dire de façon catégorique à notre groupe d'experts qu'aucun soi-disant approvisionnement sécuritaire n'est à l'origine des décès par surdose chez les 10 à 18 ans dans votre province. C'est bien le cas?

Dre Bonnie Henry: Vous savez sans doute que le coroner en chef a publié un rapport à ce sujet cette semaine. Bien que l'hydromorphone, qui provient d'une variété de sources différentes, ait été présente dans un petit pourcentage des jeunes qui sont décédés, ce n'était pas la seule substance trouvée et ce n'était pas la cause du décès. La cause et le problème actuel...

M. Stephen Ellis: Merci, docteur Henry.

Dre Bonnie Henry: ... ce sont les drogues toxiques, évidemment.

M. Stephen Ellis: Excusez-moi, docteur Henry.

Ce que nous savons, c'est que l'on a trouvé de l'hydromorphone chez des jeunes de 10 à 18 ans qui sont décédés dans votre province à la suite d'une surdose. Je trouve cela troublant.

Dre Bonnie Henry: L'hydromorphone n'a été trouvée seule dans aucune...

M. Stephen Ellis: Je ne pense pas vous avoir posé de question, docteur Henry.

Docteur Henry, excusez-moi. C'est à moi de vous poser des questions. S'il vous plaît, si vous pouviez respecter cela et répondre aux questions, ce serait extrêmement utile.

Lorsque nous parlons de lois, l'importation d'héroïne a-t-elle déjà été autorisée au Canada?

Dre Bonnie Henry: Je ne suis pas sûre de comprendre la question. Parle-t-on de légalisation?

M. Stephen Ellis: Eh bien, nous devrions probablement le faire. En conférence de presse, madame, vous avez dit: « Ce que nous faisons avec la légalisation [du cannabis], etc. Vous avez également parlé de « surveillance et de sécurité du produit », puis vous avez dit: « À long terme, est-ce que ce serait un moyen de contrer les drogues de rue toxiques et d'enlever ce marché au crime organisé? Absolument. »

Il semblerait, madame, que vous soyez une partisane de la légalisation. Est-ce le cas?

Dre Bonnie Henry: Je pense que la prohibition est à l'origine de la situation dans laquelle nous nous trouvons. Nous l'avons vu dans de nombreuses situations différentes au fil du temps. Nous l'avons vu avec la prohibition de l'alcool. Nous le voyons avec le cannabis. Je pense que la légalisation et la réglementation réduisent les dommages.

M. Stephen Ellis: Vous seriez en faveur de la légalisation des drogues dures comme l'opium, l'héroïne, la cocaïne et la méthamphétamine?

• (1205)

Dre Bonnie Henry: Je ne pense pas que le terme « drogues dures » est un terme qui...

M. Stephen Ellis: Je ne pense pas vous avoir posé cette question, madame. Ce que je vous ai demandé, c'est ceci: seriez-vous en faveur de la légalisation des drogues dures comme la méthamphétamine, la cocaïne, l'héroïne et l'opium? Seriez-vous favorable à cela?

Dre Bonnie Henry: Je crois que la légalisation... et la prohibition sont la cause du problème. La légalisation et la réglementation réduisent les méfaits de toutes les drogues.

M. Stephen Ellis: Est-ce que c'est oui ou non, docteur Henry? Vous ne semblez pas vouloir répondre clairement.

Dre Bonnie Henry: Ce n'est pas le cas. Je suis sincère dans ce que je crois, à savoir que la prohibition est l'une des causes qui a conduit à...

M. Stephen Ellis: La question est la suivante, docteur Henry: seriez-vous favorable à la légalisation?

Dre Bonnie Henry: ... la crise dans laquelle nous nous trouvons.

M. Stephen Ellis: Je vais vous poser la question une troisième fois.

Dre Bonnie Henry: Je suis en faveur de la légalisation et de la réglementation des drogues afin de réduire les dommages.

M. Stephen Ellis: Merci.

Connaissez-vous l'entreprise Fair Price Pharma qui existe dans votre province?

Dre Bonnie Henry: Je la connais.

M. Stephen Ellis: Saviez-vous que Fair Price Pharma a organisé l'importation de 15 kilos d'héroïne au Canada?

Dre Bonnie Henry: Cela relèverait de la réglementation de Santé Canada.

M. Stephen Ellis: Je ne vous ai pas posé de question sur les règlements. Je vous ai demandé si vous saviez que cette entreprise avait importé 15 kilos d'héroïne.

Dre Bonnie Henry: Non, je ne le savais pas.

M. Stephen Ellis: Merci.

Connaissez-vous quelqu'un du nom de Perry Kendall?

Dre Bonnie Henry: Bien sûr que je le connais. Perry Kendall était le responsable provincial de la santé en Colombie-Britannique.

M. Stephen Ellis: Avez-vous déjà rencontré M. Kendall?

Dre Bonnie Henry: Je le rencontre régulièrement.

M. Stephen Ellis: Est-il vrai qu'il est le fondateur de Fair Price Pharma?

Dre Bonnie Henry: C'est inexact.

M. Stephen Ellis: C'est inexact. Bon, d'accord.

A-t-il des liens avec Fair Price Pharma?

Dre Bonnie Henry: Pas que je sache.

M. Stephen Ellis: En a-t-il eu par le passé?

Dre Bonnie Henry: Je crois que oui.

M. Stephen Ellis: Il était fonctionnaire au sein de votre gouvernement — pas que vous soyez première ministre de la province —, et il dirige maintenant une entreprise qui a importé de l'héroïne au Canada. Est-ce vrai?

Dre Bonnie Henry: Non, c'est inexact.

Le président: Votre temps est écoulé, monsieur Ellis. Je vous remercie.

La parole est maintenant à Mme Sidhu, qui dispose de cinq minutes.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins de leur présence.

Avant de poser mes questions, monsieur Thiessen, je tiens à vous féliciter de votre bravoure et de votre force. Merci d'avoir raconté votre histoire au Comité aujourd'hui.

Docteur Henry, ma première question s'adresse à vous.

La plupart des Canadiens vous connaissent dans le contexte de la lutte contre la pandémie en Colombie-Britannique. Pourriez-vous nous parler des répercussions que cette pandémie a eues sur la santé mentale, en particulier sur celle des Britanno-Colombiens?

Dre Bonnie Henry: Je vous remercie.

Je pense que c'est l'un des enjeux les plus importants auxquels nous faisons face. Cela me préoccupe particulièrement, et ce, depuis un certain temps. Les données montrent que les problèmes de santé mentale et d'anxiété, surtout chez les jeunes, ont augmenté de façon spectaculaire tout au long de la pandémie. Même si nous avons observé une certaine amélioration, les taux d'anxiété et de problèmes de santé mentale demeurent élevés chez les jeunes. Nous savons que, lorsque ces problèmes augmentent, de nombreuses personnes trouvent refuge dans la toxicomanie. Nous avons constaté une augmentation de la consommation de substances.

Les troubles liés à la consommation de substances chez les jeunes demeurent, heureusement, faibles. Nous n'avons pas constaté d'augmentation à cet égard au cours des dernières années. Par contre, nous avons observé une augmentation de la consommation occasionnelle et des difficultés pour les personnes qui ont du mal à obtenir des services de soutien en santé mentale et de traitement de la toxicomanie.

Voilà les enjeux sur lesquels nous devons vraiment nous concentrer en ce moment. Il y a foule de façons d'aider les jeunes à se remettre des traumatismes qu'ils ont vécus au cours des dernières années.

Mme Sonia Sidhu: Du point de vue de la santé publique, pensez-vous que le traitement forcé est une bonne idée?

Dre Bonnie Henry: Les données recueillies au fil des ans ont montré que si vous forcez les gens à suivre un traitement, ou si un traitement est offert lorsque les gens ne sont pas prêts, cela augmente leur risque de faire une rechute ou d'abandonner le traitement. De plus, cela mine la relation de confiance qu'ils peuvent avoir, en particulier avec leurs fournisseurs de soins de santé.

Nous disons toujours que le contraire de la dépendance, c'est l'interdépendance. Les gens me disent qu'ils tiennent à avoir une relation de confiance avec leur fournisseur de soins de santé; c'est ce qu'ils veulent, et c'est ce dont ils ont besoin pour se rétablir.

Mme Sonia Sidhu: Ma prochaine question s'adresse au Dr Bach ou à M. Thiessen. C'est au sujet de la stigmatisation. Quelles recommandations ou quels exemples de politiques efficaces pouvez-vous donner au Comité pour lutter contre la stigmatisation en Colombie-Britannique ou dans l'ensemble du Canada?

• (1210)

Dr Paxton Bach: Je peux en parler, car, en tant que médecin qui travaille en première ligne, je vois à quel point la stigmatisation a une incidence sur la façon dont nous fournissons des soins aux personnes qui consomment des substances et, par conséquent, sur leur volonté d'obtenir des soins. Il est très rare que je voie un patient toxicomane n'ayant pas subi de stigmatisation, que ce soit de la part de ses amis ou de sa famille, au travail ou dans le système de santé. Nous ne pouvons pas ignorer à quel point cela influe sur la volonté

des gens de parler ouvertement de leur consommation de substances, de demander de l'aide et d'avoir confiance en cette aide.

Pour ce qui est des politiques précises qui ont permis de lutter efficacement contre la stigmatisation, il faudrait que j'y réfléchisse. Je ne peux pas vraiment en parler, mais je pense que, malheureusement, cela va beaucoup plus loin qu'une politique en particulier. Il faut un changement de mentalité: il faut changer la façon dont nous considérons les substances et les troubles liés à la toxicomanie. Il s'agit d'un processus, et je crois que nous devons en tenir compte dans chaque discussion que nous avons et dans chaque intervention que nous envisageons, parce que si nous ne nous attaquons pas à ce problème fondamental en amont, nous allons continuer à éprouver des difficultés.

Mme Sonia Sidhu: Monsieur Thiessen, voulez-vous ajouter quelque chose?

M. Earl Thiessen: C'est une très bonne question, et c'est actuellement un enjeu très important dans la société en général.

Pour moi, la stigmatisation et la honte vont de pair. Les deux sont indissociables. À l'heure actuelle, ceux qui empruntent la voie de la guérison s'exposent à une énorme stigmatisation. Lorsque j'étais toxicomane, beaucoup de gens me stigmatisaient. La façon dont je vois les choses aujourd'hui, et ce que je dis aux gens qui entament leur guérison, c'est qu'on ne doit pas se juger en fonction de l'opinion d'autrui, car ce n'est pas une bonne façon de vivre sa vie. On doit se baser sur sa propre opinion de soi-même, et je pense qu'il doit y avoir un changement sociétal en ce qui concerne la façon dont on perçoit chaque aspect d'un système de soins axé sur la guérison. Il faut éliminer la stigmatisation. C'est ce qui fait le plus de tort en ce moment. La honte est un énorme facteur qui nourrit la toxicomanie, et les deux coïncident.

Le président: Merci, monsieur Thiessen.

[Français]

Monsieur Lemire, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

M. Sébastien Lemire: Merci, monsieur le président.

Madame Drouin, pouvez-vous nous dire quels sont les obstacles réglementaires que le fédéral pourrait enlever pour simplifier le processus, pour que les autorités sanitaires et les agences communautaires puissent demander et recevoir des exemptions, pour fournir des services de consommation supervisée, de prévention des surdoses et d'analyse des drogues, et, surtout, pouvez-vous nous dire pourquoi il faudrait lever ces obstacles?

Dre Mylène Drouin: Je vais laisser la Dre Morissette, qui gère l'ensemble de cette paperasse, vous en parler.

Dre Carole Morissette: En fait, l'intention, c'est vraiment de souligner le fait que, comme vous le savez, pour mettre en place des services de consommation supervisée, que ce soit par injection ou par inhalation, nous devons obtenir une exemption à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances.

Nous sommes dans une situation où il faut augmenter et diversifier les services. Ce que nous souhaitons, c'est que les processus administratifs soient allégés pour que nous puissions offrir plus de services et, en particulier, des salles d'inhalation.

Il faudrait donc réduire la reddition de comptes. Nous savons que c'est un processus qui est très exigeant. Tous les partenaires travaillent très fort pour répondre aux exigences liées à une demande d'exemption, mais je pense que le fait de faciliter les choses et de diminuer les délais pour obtenir les exemptions constituerait vraiment déjà un grand pas en avant.

M. Sébastien Lemire: L'analyse des drogues de rue est une mesure incontournable dans la crise liée aux drogues toxiques.

Pouvez-vous nous en dire davantage sur l'efficacité de cette mesure et sur ce que cela prendrait pour qu'elle soit encore plus efficace?

Dre Mylène Drouin: Je peux commencer à vous répondre, et la Dre Morissette pourra ajouter des commentaires.

L'analyse des drogues a plusieurs objectifs. Le premier est de permettre aux consommateurs, dans différents endroits, de savoir quels risques ils sont en train de prendre et ce qu'il y a dans la drogue qu'ils s'approprient à consommer. Ces tests d'échantillons de drogues permettent de comprendre ce qui circule actuellement et d'ajuster nos stratégies de réduction des méfaits à cet égard. Cela concerne aussi bien notre organisme de santé publique que nos partenaires.

Par ailleurs, nous faisons évidemment ces tests dans les centres de consommation supervisée, mais nous en faisons aussi dans des endroits de plus en plus diversifiés. Nous allons jusque dans les grands festivals — Montréal est connue pour être une ville de festivals —, où les jeunes, dont nos enfants, ont souvent l'occasion de consommer des drogues. Celles-ci peuvent être contaminées et fatales. Nous utilisons donc aussi ces tests pour prévenir des surdoses dans ces endroits, d'autant plus qu'il s'agit là de consommateurs occasionnels.

• (1215)

M. Sébastien Lemire: Merci beaucoup.

Le président: Merci, docteur Drouin.

[Traduction]

C'est au tour de M. Johns. Vous avez deux minutes et demie.

M. Gord Johns: Je vous remercie.

Je vais demander au Dr Bach de parler du modèle de guérison et des soins offerts à l'hôpital St. Paul. Je sais que certains membres du Comité sont allés visiter l'hôpital. J'y suis allé pour vous rencontrer, vous et votre équipe. J'ai eu l'occasion de vous rendre visite afin de mieux comprendre le travail que vous faites.

Pouvez-vous nous parler du statu quo par rapport au modèle de rechange que vous offrez?

De plus, pouvez-vous nous parler des lacunes et des possibilités dans le domaine de la formation médicale au Canada et nous expliquer comment le fait de combler ces lacunes pourrait aider à constituer une main-d'œuvre de médecins qui peuvent répondre à cette crise en offrant des soins de qualité pour le traitement de la toxicomanie?

Vous avez environ deux minutes. Je vous cède le reste de mon temps de parole pour ce tour-ci.

Dr Paxton Bach: Certainement. Ce sont deux excellentes questions.

J'ai déjà brièvement parlé du modèle Road to Recovery utilisé à l'hôpital St. Paul, et nous avons été très heureux d'y accueillir certains des membres du Comité. Encore une fois, nous parlons d'un modèle de soins coordonnés dans le cadre duquel, essentiellement...

Il y a déjà eu une question ici au sujet du traitement forcé ou contraint. Jusqu'à maintenant, les efforts déployés au Canada n'ont pas été particulièrement efficaces pour ce qui est de faciliter l'accès et la participation à des traitements en misant sur la souplesse, la coordination et les soins axés sur le patient. Avant de nous pencher sur la question de savoir s'il faut forcer les gens à suivre un traitement, je dirais que nous devrions commencer par essayer de relever l'image de ces services, tout en tenant compte des besoins, des objectifs et de la situation de chaque personne. Facilitons donc l'accès au traitement.

Je le répète, le programme Road to Recovery consiste à coordonner toute une gamme de services sous un même toit afin que les patients puissent y participer à différents stades de leur cheminement et progresser d'une manière qui tient compte de leurs besoins particuliers et de leurs trajectoires, qui sont rarement linéaires, comme nous le savons. Ensuite...

M. Gord Johns: Docteur Bach, je suis désolé de vous interrompre.

Ne pensez-vous pas qu'il soit même encore trop tôt d'avoir une conversation sur le traitement obligatoire, alors que les gens qui veulent de l'aide ne peuvent même pas en obtenir nulle part au Canada?

Dr Paxton Bach: Oui. Je dirais que nous devons nous efforcer de rendre le traitement accessible et facile pour ceux qui le demandent. C'est le strict minimum comme point de départ.

Passons à votre deuxième question — qui est très importante, à mon avis, et dont nous ne parlons pas assez. Parmi mes fonctions, j'ai le grand privilège d'être directeur de notre programme de bourses. Nous formons environ 10 boursiers chaque année à l'hôpital St. Paul. Cela représente donc 10 experts en toxicomanie par année. Malheureusement, environ le tiers de la capacité de l'ensemble du pays provient de notre centre. On n'offre tout simplement pas beaucoup de possibilités de formation aux personnes du milieu médical qui souhaitent travailler dans ce domaine précis. Par conséquent, lorsque nous parlons d'accroître l'accès à tous ces services, nous devons vraiment tenir compte de notre main-d'œuvre et chercher des moyens d'intégrer des possibilités de formation pour un certain nombre de professionnels de la santé afin de rendre cette formation accessible.

Vu le contexte actuel, quiconque cherche à poursuivre sa formation ou ses études dans ce domaine doit pouvoir le faire. Autrement dit, si quelqu'un veut activement faire ce travail, le moins que nous puissions faire est d'essayer de faciliter cette exposition ou cette formation — quel que soit le niveau — afin de créer la main-d'œuvre nécessaire. Je suis...

Le président: Merci, docteur Bach.

Nous passons maintenant à Mme Goodridge. Vous avez cinq minutes.

Mme Laila Goodridge: Docteur Henry, pouvez-vous nous dire combien il y a de lits de traitement financés par l'État en Colombie-Britannique?

Dre Bonnie Henry: Je n'ai pas ces données, mais je peux vous les faire parvenir.

Mme Laila Goodridge: La réponse est 3 663.

Savez-vous combien de personnes se font prescrire un approvisionnement sécuritaire en Colombie-Britannique?

Dre Bonnie Henry: La dernière fois que nous avons vérifié, le programme de produits de remplacement prescrits comptait environ 4 000 participants.

Mme Laila Goodridge: Trouvez-vous acceptable que l'accès aux médicaments soit plus facile que l'accès au traitement?

Dre Bonnie Henry: Je ne pense pas que l'un exclue l'autre.

Il y a des choses qui fonctionnent ensemble, comme nous l'avons entendu. Nous avons besoin d'un ensemble de mesures.

Les gens qui ont accès à des produits pharmaceutiques de remplacement... Nous savons, d'après les données — je vous renvoie encore une fois au rapport que j'ai publié; nous avons parlé à beaucoup de gens à ce sujet —, que la plupart des produits de remplacement prescrits sont utilisés en combinaison avec un traitement par agonistes opioïdes. Il s'agit de permettre aux gens de suivre un traitement.

• (1220)

Mme Laila Goodridge: Quel est le temps d'attente moyen pour qu'une personne puisse s'inscrire à un programme de désintoxication en Colombie-Britannique?

Dre Bonnie Henry: Cela varie.

Le Dr Bach pourrait peut-être vous donner plus de détails à ce sujet.

Cela varie. L'une des choses que...

Mme Laila Goodridge: Docteur Bach, si vous pouviez répondre, ce serait très utile.

Dr Paxton Bach: Certainement. Cela varie énormément, en fonction des besoins.

Un des objectifs du modèle Road to Recovery a été de simplifier cet accès. Pour les gens dont la situation est jugée hautement prioritaire, le délai est de 24 à 48 heures. Cela peut certainement être plus long pour ceux qui...

Il y a un processus d'établissement de l'ordre de priorité. Pour les personnes à risque élevé, comme les jeunes ou les gens à fort risque de surdose, cela se fait généralement dans les 48 heures, du moins dans la région côtière de Vancouver.

Mme Laila Goodridge: Selon la GRC, en Colombie-Britannique, près des deux tiers des collectivités desservies par un détachement n'ont pas accès à des programmes de réadaptation ou de traitement de la toxicomanie.

Trouvez-vous cela acceptable?

Docteure Henry, nous vous écoutons.

Dre Bonnie Henry: Bien sûr que ce n'est pas acceptable. Nous voulons un accès à des programmes de traitement dans toute la province. Nous nous sommes employés à accroître cet accès, comme dans le cas des programmes mentionnés par le Dr Bach, et à faire en sorte que les gens puissent s'en prévaloir n'importe où dans la province et bénéficier d'un soutien à distance, par exemple.

Mme Laila Goodridge: Pensez-vous que la décriminalisation a été un succès en Colombie-Britannique jusqu'ici?

Dre Bonnie Henry: Je pense que c'est certainement le cas, en partie. Lorsqu'on modifie une politique comme celle-ci, il y a toujours des problèmes imprévus qui surgissent. Nous devons être pragmatiques et trouver des solutions.

Mme Laila Goodridge: Qualifieriez-vous de succès le fait d'avoir un nombre record de décès par surdose au cours de la première année d'un projet pilote, le fait d'avoir un premier ministre provincial qui supplie le gouvernement fédéral d'interdire la consommation de drogues en public parce que le projet s'est avéré un échec lamentable et le fait d'avoir des gens qui doivent faire attention aux seringues qui traînent près des terrains de jeu pour enfants?

Dre Bonnie Henry: Je ne sais pas exactement de quoi vous parlez.

Je pense qu'il faut également reconnaître que les préjugés personnels, sociaux et structurels de longue date qui empêchent les gens de parler de leur consommation de drogues et qui créent ces obstacles ne vont pas disparaître en quelques mois ni même en une année. C'est l'une des mesures que nous devons prendre pour éliminer certains des obstacles afin que les gens puissent demander de l'aide et tisser des liens.

Mme Laila Goodridge: Je vous remercie.

Avant le lancement du projet de légalisation en Colombie-Britannique, des études ont-elles été menées sur la façon dont la consommation de drogues dans les espaces publics se répercute sur les enfants qui en sont témoins?

Dre Bonnie Henry: Je ne sais pas exactement à quoi vous faites allusion. Nous n'avons pas de projet de légalisation.

Mme Laila Goodridge: Avant d'entreprendre ce dangereux projet pilote, a-t-on mené des études sur les répercussions de la consommation de drogues en public sur les enfants?

Dre Bonnie Henry: Je ne suis pas certaine de comprendre à quoi vous faites allusion, mais l'une des choses que nous savons, c'est qu'il y a une perception...

Mme Laila Goodridge: Les enfants voient des gens faire une surdose en pleine rue. Ils doivent passer par-dessus des seringues sur les terrains de jeux. Les parents doivent nettoyer le terrain de soccer d'Abbotsford tous les jours parce que des gens y consomment de la drogue.

Je veux savoir si le gouvernement de la Colombie-Britannique a fait quoi que ce soit pour examiner les répercussions sur le développement de nos enfants avant de se lancer dans ce projet. Est-ce oui ou non?

Dre Bonnie Henry: Pensons-y. Il y a des perceptions et des histoires que nous entendons...

Mme Laila Goodridge: C'est oui ou non?

Dre Bonnie Henry: Nous n'avons vu aucune donnée qui indique une augmentation de la consommation de drogues en public avant et après la décriminalisation.

Mme Laila Goodridge: Avez-vous de jeunes enfants?

Dre Bonnie Henry: Non.

Mme Laila Goodridge: Des parents communiquent régulièrement avec moi pour me dire qu'ils doivent ramasser des seringues et des accessoires relatifs aux drogues, comme des pipes à crack, avant de laisser leurs enfants jouer sur les terrains de jeu communautaires.

Pensez-vous que c'est acceptable, oui ou non?

Dre Bonnie Henry: Bien sûr que non. Nous sommes tous préoccupés par les perceptions et la consommation en public, mais cela n'a pas changé en raison de la décriminalisation...

Mme Laila Goodridge: Cela a...

Le président: Merci, docteur Henry.

Merci, madame Goodridge.

Nous passons maintenant à M. Hanley. Vous avez cinq minutes.

M. Brendan Hanley (Yukon, Lib.): Merci beaucoup.

Comme j'interviens à mi-parcours de la réunion, je vous prie de m'excuser si je répète des thèmes qui ont déjà été abordés. Je suis très heureux d'être ici.

Mes questions s'adresseront à vous, docteur Henry. Je suis content de vous revoir.

Puisque nous parlons de consommation en public et de décriminalisation, j'aimerais vous donner un peu plus de temps pour démêler les choses, car je crois qu'il y a une certaine confusion entre l'idée de décriminalisation et celle de consommation en public.

Je vois la consommation en public tous les jours au centre-ville d'Ottawa, par exemple, où il n'y a pas encore de décriminalisation. Nous savons que c'est un fléau qui afflige tous nos centres-villes, et ce problème existait dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver et ailleurs en Colombie-Britannique bien avant que nous en arrivions à cette approche qui vise à éliminer la stigmatisation associée à la criminalisation de la possession de drogues à des fins personnelles.

Je vais vous accorder une minute pour vous permettre de nous en dire plus à ce sujet, si vous le voulez bien.

• (1225)

Dre Bonnie Henry: Je vous remercie.

Je pense que c'est ce qui est important. Nous avons constaté une augmentation de l'itinérance visible. Nous le savons. Les données révèlent qu'à l'échelle du pays, au sortir de la pandémie, il y a eu une augmentation du nombre de personnes vivant dans la pauvreté et l'insécurité alimentaire, et c'est ce qui a donné lieu à une itinérance plus visible. Certaines de ces personnes consomment de la drogue.

Oui, je pense que c'est une réalité très préoccupante: les gens sont plus nombreux à remarquer des itinérants dans les rues. C'est difficile pour nous tous, et c'est quelque chose qui sous-tend certains des enjeux auxquels nous faisons face, en plus des défis accrus liés à la consommation de drogues. Nous devons nous attaquer à ce problème.

Il est faux de l'attribuer à un changement mineur de politique qui vise à supprimer les sanctions pénales pour la possession de petites quantités de drogues, car nous savons que c'était un problème avant que cette modification n'entre en vigueur. C'est toujours un problème auquel nous devons tous remédier. Nous devons nous attaquer aux enjeux sociétaux sous-jacents, notamment l'insécurité financière, la pénurie de logements et l'itinérance. Nous devons travailler ensemble pour régler ces problèmes sous-jacents.

M. Brendan Hanley: Merci, docteur Henry.

J'étais un de vos collègues, à titre de médecin hygiéniste en chef au Yukon, et je me souviens très bien du moment où vous avez déclaré une urgence de santé publique en 2016.

Pouvez-vous me donner une vue d'ensemble de la situation actuelle par rapport à ce qu'elle était à l'époque, en particulier si nous réfléchissons à la façon dont nous pouvons mettre à contribution un soutien fédéral accru et un soutien national coordonné?

Je vous invite à nous donner un aperçu de la situation générale en vue de formuler des recommandations.

Dre Bonnie Henry: Lorsque nous avons déclaré l'état d'urgence — c'est mon prédécesseur qui l'a fait en 2016 —, c'était vraiment pour sensibiliser les gens à ce problème qui évoluait rapidement et qui entraînait des décès à un niveau sans précédent. Cela nous a permis de rassembler de l'information et de commencer à travailler à la réduction des méfaits. Quand on y pense, à l'époque, la naloxone était un médicament qui n'était disponible que sur ordonnance; nous avons donc fait beaucoup de chemin. Nous savons que le programme de naloxone à emporter, qui a été lancé ici en Colombie-Britannique en tant que mesure de réduction des méfaits, a sauvé des milliers de vies.

Nous avons fait des progrès en améliorant la coordination, en approfondissant notre compréhension de la voie de traitement pour les personnes souffrant d'un trouble lié à la consommation de substances et en les sensibilisant à la toxicité et à la nature changeante des drogues de rue. Lorsque la pandémie a frappé, malheureusement, bon nombre des mesures de soutien que nous avions mises en place et qui avaient amélioré la situation en 2019... Lorsque la transmission du virus a commencé à soulever des préoccupations, les choses se sont considérablement aggravées, mais il faut aussi souligner que le commerce international des drogues a radicalement changé pendant cette période.

L'importation de petites quantités d'opioïdes synthétiques a vraiment pris le dessus dans les rues, et cela demeure très répandu. Nous avons fait des progrès, même si les niveaux sont encore très élevés — trop élevés. Il y a maintenant plus de sensibilisation. Nous avons des systèmes en place. Nous disposons de programmes comme Hope to Health.

Je crois que nous déployons enfin des efforts dans notre système de santé pour essayer d'obtenir plus de soutien interprovincial pour les gens qui doivent y recourir, parce que nous connaissons la stigmatisation et la honte que subissent les toxicomanes au sein de notre système de santé.

Voilà autant de mesures que nous avons prises, mais il faut rassembler le tout. Nous devons travailler de façon coordonnée.

• (1230)

Le président: Je vous remercie, docteur Henry.

Monsieur Ellis, vous disposez de cinq minutes, je vous prie.

M. Stephen Ellis: Merci beaucoup, monsieur le président.

Docteur Henry, le Dr Perry Kendall, votre prédécesseur, a été administrateur de la santé publique de la Colombie-Britannique de 1999 à 2018. Est-ce bien le cas?

Dre Bonnie Henry: Oui, c'est exact, le Dr Kendall a occupé le poste d'agent de santé provincial de la Colombie-Britannique.

M. Stephen Ellis: Vous semblez être mal à l'aise avec ce fait, mais le journal *The Vancouver Sun* a rapporté qu'en 2020, après avoir pris sa retraite, le Dr Kendall a cofondé la société Fair Price Pharma. Est-ce vrai ou faux?

Dre Bonnie Henry: Je crois qu'il a été impliqué dans la fondation de cette société, mais je n'en sais pas plus. Il était impliqué à l'époque, mais ne l'est plus aujourd'hui.

M. Stephen Ellis: D'accord.

Je vous demande pardon, mais que venez-vous de dire?

Dre Bonnie Henry: À ma connaissance, le Dr Kendall n'est plus associé à cette société pharmaceutique.

M. Stephen Ellis: Le Dr Kendall a cofondé une société pharmaceutique responsable de l'importation de 15 kilogrammes d'héroïne au Canada.

Dre Bonnie Henry: Vous devriez pourtant savoir que toute importation de médicaments relève de Santé Canada.

M. Stephen Ellis: Attendez, docteur Henry, s'il vous plaît. Ce n'est pas le moment de se livrer à des parades. Vous avez l'obligation aujourd'hui de répondre à certaines questions très pointues.

La question est de savoir si le Dr Kendall a bel et bien cofondé une société pharmaceutique qui s'est livrée à l'importation de 15 kilogrammes d'héroïne au Canada. La réponse courte est oui, bien entendu.

Par ailleurs, connaissez-vous un certain Dr Mark Tyndall?

Dre Bonnie Henry: Je connais effectivement Mark Tyndall.

M. Stephen Ellis: Est-il vrai que le Dr Tyndall est l'ancien directeur des affaires médicales au Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique...

Dre Bonnie Henry: C'est exact.

M. Stephen Ellis: ... et l'ancien Sous-agent de la santé provinciale de la Colombie-Britannique, et donc l'ancien bras droit du Dr Kendall. Est-ce bien le cas?

Dre Bonnie Henry: C'est exact.

M. Stephen Ellis: Le Dr Tyndall a fondé une société pharmaceutique appelée MySafe Society. Est-ce vrai?

Dre Bonnie Henry: Je ne me souviens pas du nom de la société en question. C'est possible.

M. Stephen Ellis: D'accord. Disons les choses comme elles sont. Le Dr Tyndall a fondé une société pharmaceutique dont l'objectif est de fournir de l'hydromorphe soi-disant sécuritaire au moyen de distributeurs automatiques. Est-ce bien le cas?

Dre Bonnie Henry: Je crois qu'il s'agissait plutôt d'un système biométrique de distribution.

M. Stephen Ellis: Soit.

Cette société pharmaceutique a ensuite reçu une enveloppe totalisant 1,3 million de dollars dans le cadre du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances, le PUDS, qui a été mis en place par Santé Canada. Est-ce vrai?

Dre Bonnie Henry: Je ne peux que vous croire sur parole.

M. Stephen Ellis: Eh bien, je vous remercie.

Dre Bonnie Henry: Vous me posez des questions sur des sujets dont je ne suis pas au courant, ou dont je ne connais pas tous les détails.

M. Stephen Ellis: Pourtant, tout cela se déroule en Colombie-Britannique, dont vous êtes l'administratrice de la santé provinciale de la Colombie-Britannique.

Dre Bonnie Henry: Mon champ de compétences se limite à cette province.

M. Stephen Ellis: La société fondée par le Dr Tyndall a également reçu un financement de 3,5 millions de dollars.

Merci pour cela.

Cela étant dit, connaissez-vous d'autres sociétés pharmaceutiques canadiennes dotées d'une licence de distributeur leur permettant de posséder, de produire, de vendre et de distribuer légalement des drogues telles que l'opium, l'héroïne, la cocaïne et la méthamphétamine?

Dre Bonnie Henry: Il faudrait poser la question à des responsables de Santé Canada.

M. Stephen Ellis: Ne connaissez-vous aucune de ces sociétés?

Dre Bonnie Henry: Ce n'est pas mon domaine d'expertise...

M. Stephen Ellis: Je ne vous ai pas demandé si vous étiez une experte. Je vous ai demandé si vous avez connaissance de sociétés pharmaceutiques de ce genre.

Dre Bonnie Henry: J'imagine qu'il y en a. Je ne sais pas si c'est le cas. Ce ne sont pas des domaines sur lesquels je travaille.

M. Stephen Ellis: Bref, vous dites aux Canadiens que vous n'avez aucune idée de l'existence de ces grandes sociétés pharmaceutiques, même si plusieurs d'entre elles ont été fondées par vos prédécesseurs au sein même de la province dont vous êtes responsable.

Dre Bonnie Henry: De manière générale, je vous dirais qu'à titre d'administratrice de la santé provinciale, je ne rencontre jamais de représentants de l'industrie pharmaceutique, de l'industrie des vaccins, ou de toute autre industrie. En fait, je n'ai pas de connaissance approfondie de ce genre de sociétés pharmaceutiques.

M. Stephen Ellis: Je vous remercie.

Docteur Henry, vous avez recommandé un modèle non médical d'approvisionnement sécuritaire. Avez-vous des exemples de ce type de modèle que vous auriez recommandé aux Canadiens?

Dre Bonnie Henry: Nous avons travaillé sur ce sujet, et comme je l'ai mentionné, c'est de notoriété publique. Lorsque j'ai présenté mon rapport en février. Je pense que nous devons envisager toutes les options possibles pour offrir aux gens des produits alternatifs par rapport aux types de substances toxiques que les gens peuvent se procurer dans la rue à l'heure actuelle. Nous travaillons à la rédaction d'un rapport à ce sujet, que nous présenterons aux cours des prochains mois.

M. Stephen Ellis: Recommandez-vous la création de clubs de compassion tel que le Drug User Liberation Front?

Dre Bonnie Henry: Je ne recommande aucun modèle en particulier. Je pense que nous devons continuer...

M. Stephen Ellis: Les clubs de compassion comme le Drug User Liberation Front ne vous posent donc pas problème. Serait-ce un modèle que vous seriez même prêt à appuyer?

Dre Bonnie Henry: Je ne recommande aucun modèle en particulier. Je pense que nous devons étudier toutes les options, et mettre éventuellement de l'avant les modèles qui s'appuient sur une réglementation rigoureuse.

• (1235)

M. Stephen Ellis: Docteur Henry, je trouve très inquiétant que de nombreuses personnes qui ont occupé des postes de hauts fonctionnaires au sein du gouvernement de la Colombie-Britannique, et même des personnes qui ont occupé votre poste, soient maintenant impliquées dans la distribution, la vente et le trafic de drogues dures telles que la méthamphétamine, la cocaïne, l'héroïne, et ainsi de suite. Le plus troublant, c'est qu'ils en tirent un bénéfice financier. Tout cela vous paraît acceptable?

Dre Bonnie Henry: Je pense qu'il faut faire la distinction entre l'usage légal, qui relève de la compétence de Santé Canada, et l'usage non légal, qui...

M. Stephen Ellis: Pour parler franchement, vous soutenez ce type d'individus, dont certains sont vos prédécesseurs. Par ailleurs, vous êtes en train de nous dire que nous devrions légaliser davantage de drogues partout au pays. Tel est donc votre discours à l'égard de la population canadienne. Curieusement, vos prédécesseurs tirent avantage du commerce lucratif des drogues dures. À mon avis, docteur Henry, il ne fait aucun doute qu'il s'agit là d'un grave conflit d'intérêts.

Dre Bonnie Henry: Ce que j'ai toujours dit et ce que je continue de dire, c'est que la prohibition est l'une des principales causes des problèmes que nous connaissons actuellement, et que la légalisation et la réglementation sont un moyen de gérer la crise des drogues illégales et toxiques à laquelle nous sommes confrontés.

Le président: Docteur Henry, monsieur Ellis, nous allons faire un nouveau test de son avec M. Powlowski, maintenant qu'il s'est réinstallé dans un lieu fixe.

Monsieur Powlowski, la parole est à vous, pourvu que nous puissions bien vous entendre.

M. Marcus Powlowski: Je vous remercie, et j'espère que tout le monde m'entend bien maintenant.

Docteur Henry, je vais reprendre là où je m'étais interrompu.

Je pense que le problème avec le Dilaudid est qu'il est devenu une sorte de stupéfiant d'entrée de gamme à Vancouver parce qu'il est bon marché. D'après ce que j'ai compris en discutant avec des personnes qui travaillent dans la communauté, le prix d'un comprimé de Dilaudid était de 20 \$ avant la mise en place d'un système d'approvisionnement sécuritaire. Aujourd'hui, c'est un dollar seulement. Un psychiatre m'a révélé qu'il a déjà demandé à ses propres enfants pourquoi ils prennent du Dilaudid. Ils lui ont répondu qu'un joint coûte cinq dollars sur le marché noir, alors qu'ils peuvent obtenir cinq comprimés de Dilaudid pour le même prix. Dans ce contexte, le choix n'est pas compliqué.

Le problème, c'est que les gens commencent avec du Dilaudid, mais que, comme vous le savez, le principe même d'une drogue est de créer de l'accoutumance. Comme le toxicomane ne parvient éventuellement plus à obtenir le même genre d'effet euphorisant, il est tenté de passer au fentanyl. Un psychiatre qui travaille avec cette clientèle m'a dit que parmi les enfants qu'il connaît et qui sont sous [*difficultés techniques*], la moitié consomme du Dilaudid, alors que l'autre moitié consomme d'autres types de drogues, mais ont commencé par le Dilaudid.

Bien sûr, il y a la question de la sécurité de l'approvisionnement. Je ne sais pas si vous voulez faire un commentaire à ce sujet. Selon un article rédigé par le Dr Nguyen et paru dans la revue JAMA Psychiatry, l'approche axée sur l'approvisionnement sécuritaire est susceptible d'engendrer certains préjudices collectifs.

Je ne sais pas si vous voulez faire un commentaire à ce sujet, mais je voudrais passer au deuxième volet de ma question, à savoir qu'il existe de bonnes preuves pour l'IOAT, traitement supervisé par agonistes opioïdes injectables, un modèle testé en Suisse qui permet aux toxicomanes de recevoir de l'héroïne par voie intraveineuse.

[Français]

M. Sébastien Lemire: Monsieur le président, il n'y a plus d'interprétation en français.

[Traduction]

Le président: Monsieur Powlowski, je vous demande pardon...

Dre Bonnie Henry: L'interprétation en français a commencé en plein milieu... Je n'ai pas pu...

Le président: En effet, la qualité du son n'est pas suffisante pour permettre à nos interprètes d'effectuer leur travail.

[Français]

M. Sébastien Lemire: On me fait signe que la qualité du son est bonne maintenant.

[Traduction]

Le président: Il s'agit davantage d'un problème technique que d'un problème lié à la station de travail de M. Powlowski.

M. Marcus Powlowski: Je vais essayer de poursuivre.

Docteur Henry, dans votre rapport, vous avez également mentionné le fait que beaucoup de professionnels qui traitent les dépendances étaient frustrés par le fait que le Dilaudid n'aide pas vraiment les toxicomanes les plus gravement dépendants, et plusieurs continuent ainsi à consommer du fentanyl jusqu'à en mourir.

Compte tenu du succès du traitement observé par l'IOA et des problèmes éventuels de détournement, pourquoi ne pas envisager un traitement directement observé, si nécessaire, et des drogues injectables, au lieu de renvoyer les patients chez eux avec un paquet complet de Dilaudids, comme c'est le cas actuellement?

Dre Bonnie Henry: Je passerai d'abord à la deuxième question, car je pense qu'il s'agit d'un élément très important en rapport avec l'une des recommandations principales de mon rapport.

Oui, la thérapie par injection fonctionne pour certaines personnes. Il est très difficile d'y accéder. Il y a un très petit nombre de personnes qui ont accès aux programmes, mais nous savons aussi que la consommation de drogues a changé au fil du temps et que les gens ne s'injectent plus aussi fréquemment. Nous savons que fumer est la façon la plus courante de consommer de la drogue aujourd'hui, et nous devons donc avoir des formulations que les gens peuvent consommer de cette façon. Les toxicomanes nous ont dit que c'était aussi ce dont ils avaient besoin. Pour pouvoir contrer le marché noir des drogues toxiques, nous devons donc améliorer ces programmes. Je recommande de commencer par des programmes de thérapie en observation directe, mais il faut que les gens puissent y avoir accès.

L'autre problème que nous rencontrons est que nous ne pouvons pas nous en sortir par la prescription. Nous devons trouver des moyens pour que les gens puissent développer ces relations avec une clinique. Je pense que la clinique Hope to Health en est un bon exemple. Les gens peuvent obtenir les médicaments dont ils ont besoin pour rester sur la bonne voie, en évitant autant que possible de consommer des drogues de rue, et ce dans les formulations dont ils ont besoin.

Pour commencer, il faut être témoin de la situation. Ensuite, on développe cette relation au fil du temps et cette confiance avec les gens, car nous savons aussi qu'il est très difficile pour les gens de rester dans ces programmes de traitement lorsqu'ils doivent s'y rendre plusieurs fois par jour ou tous les jours. S'il arrive qu'ils doivent être avec leur famille, qu'ils manquent le bus ou qu'il se passe quelque chose de dramatique ce jour-là et qu'ils n'ont pas leur dose, nous savons que c'est à ce moment-là que les gens recommencent à se tourner vers ce qu'ils peuvent trouver dans la rue, par exemple.

Je pense que ce sont des éléments que nous... Et j'ai recommandé que nous examinions comment élargir l'accès aux substances prescrites dont les gens ont besoin et qu'ils utiliseront. C'est une autre façon d'aborder la déjudiciarisation, qui est un symptôme de besoins non comblés.

• (1240)

Le président: Je vous remercie, docteur Henry, ainsi que vous, monsieur Powlowski.

[Français]

Monsieur Lemire, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

M. Sébastien Lemire: Merci, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins d'être parmi nous.

Mesdames Drouin et Morissette, quand on discute avec des intervenants sur le terrain, il ressort que le moyen incontournable de limiter l'ampleur de la crise est d'entrer en contact avec les usagers et que toute mesure qui permet d'établir et de garder un lien avec eux est un pas dans la bonne direction.

De plus, ces intervenants nous disent que les services doivent être accessibles au moment où les usagers en ont besoin, ce qui nécessite évidemment d'avoir des intervenants sur le terrain 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Pourriez-vous nous donner vos observations à ce sujet?

Dre Mylène Drouin: Je peux commencer à vous répondre.

C'est exactement de cela qu'il est question quand nous parlons du continuum de services. Pour les organismes communautaires, qui font du travail de rue, il est important de créer des liens de confiance et de faire comprendre ce que sont les services de consommation supervisée. Dans les centres de consommation supervisée, on trouve aussi des pairs aidants.

Les services de consommation supervisée sont des services communautaires auxquels s'ajoutent des services infirmiers. Ces services permettent d'aller un peu plus loin et de parler de soins de santé. Comme nous le savons, au-delà des problèmes liés aux surdoses, cette clientèle n'a pas l'habitude de demander d'autres types de soins, par exemple pour traiter des plaies ou des infections, et ils ne savent pas en quoi consistent les services préventifs.

Il y a donc sur place, dans ces centres, des gens qualifiés avec qui la clientèle peut développer une relation de confiance. Ces personnes qualifiées font le lien avec des services spécialisés en réadaptation et des services qui offrent des solutions de traitement.

Cela dit, une fois que le lien de confiance est établi, ces intervenants peuvent, au besoin, diriger les personnes vers des services qui offriront des options de traitement. Ils peuvent aussi les diriger vers des services offrant du soutien en santé mentale. Ils font aussi le

lien avec les services communautaires en matière de logement et de réinsertion sociale. Il faut que tout cela soit lié.

Par ailleurs, nous avons développé des expertises dans notre équipe qui se consacre à la vigie. Nous avons des anthropologues qui s'impliquent sur le terrain et qui vont à la rencontre des gens pour comprendre l'évolution des habitudes de consommation, les pratiques, les besoins, les problèmes d'ordre culturel, les nouveaux consommateurs ou diverses particularités, ce qui nous permet de bien outiller nos équipes.

M. Sébastien Lemire: À cet égard, j'aimerais souligner le travail d'une intervenante de chez nous dans ce domaine, en Abitibi-Témiscamingue. Elle a publié, en 2023, un essai résultant d'une enquête qualitative, soit *La consommation, un monde « stupéfiant »: la drogue: un œil dans une réalité méconnue*. Cela s'insère dans le dossier « Regard sur la réalité de l'utilisation des substances psychoactives dans les MRC d'Abitibi et de Rouyn-Noranda ».

Le Comité pourrait y trouver des données intéressantes.

Merci.

Le président: Merci, monsieur Lemire.

[Traduction]

Je cède maintenant la parole à M. Johns pour deux minutes et demie.

M. Gord Johns: Monsieur le président, avant d'entamer mon temps de parole en tant que tel, je crois que j'ai le soutien unanime pour présenter une motion de procédure. Je propose ce qui suit:

Que, conformément à l'article 81(5) du Règlement, le Comité invite le Ministre de la santé et le Ministre de la Santé mentale et des Dépendances à comparaître pendant au moins une heure chacun au sujet du Budget supplémentaire des dépenses (A) 2024-2025; que cette réunion ait lieu le plus tôt possible, mais au plus tard le 20 juin 2024.

Le président: Je vous remercie, monsieur Johns.

La motion n'a pas été notifiée suffisamment à l'avance, elle devrait donc normalement être jugée irrecevable, mais nous pouvons procéder par consentement unanime.

Y a-t-il consentement unanime pour que M. Johns présente la motion et que le Comité l'adopte?

Des voix: D'accord.

(Motion adoptée)

Le président: Merci, monsieur Johns.

Vous pouvez y aller.

• (1245)

M. Gord Johns: Je vous remercie, monsieur le président.

Docteur Henry, nous avons constaté en 2014, comme je l'ai dit plus tôt, un taux de 7,9 décès pour 100 000 personnes, ce qui est horrible, passer à 30,3 décès pour 100 000 personnes sous l'ancien gouvernement libéral-conservateur de Christy Clark en Colombie-Britannique. Il s'agit de la plus forte hausse de l'histoire de la Colombie-Britannique, soit 383 % en quatre ans. Nous avons constaté une hausse similaire de 275 % entre 2019 et aujourd'hui sous le gouvernement conservateur uni de l'Alberta.

Pouvez-vous nous expliquer pourquoi cela s'est produit sous ces gouvernements? Certes, nous avons constaté un pic sous le NPD, mais il a été beaucoup moins important. Pouvez-vous nous parler des tendances que vous observez?

Dre Bonnie Henry: Pour clarifier les choses, je n'ai pas de commentaires à faire sur le gouvernement qui est au pouvoir sur ces questions. Ce que j'ai vu, c'est que cela dépend beaucoup de ce qui se passe dans la rue. C'est ce qui est à l'origine des décès.

En Colombie-Britannique, nous avons essayé d'adopter une approche nuancée et d'étudier tous les aspects à mettre en place pour soutenir les gens et les maintenir en vie, qu'il s'agisse d'une personne souffrant d'un trouble lié à l'utilisation de substances ou d'une personne qui consomme des drogues de manière occasionnelle. Nous savons que des personnes meurent dans ces deux situations.

M. Gord Johns: Je vous remercie. J'apprécie cette réponse nuancée.

Docteure Henry, la ministre de la Santé mentale et des Dépendances ne cesse de répéter que son gouvernement « se montre à la hauteur ». Il s'agit d'une urgence sanitaire. Pensez-vous que le gouvernement fédéral répond à cette crise de manière adéquate? Que pourrait-il faire de plus?

Nous avons vu comment ils ont réagi face à la pandémie de COVID-19. Nous avons été en mesure de collaborer avec tous les ordres de gouvernement et de réagir rapidement. Quelle est la différence que vous observez entre la gestion de la crise sanitaire et la gestion de la crise des opioïdes? Est-ce simplement la stigmatisation qui constitue un obstacle? Je crois que c'est ce que nous constatons au niveau du gouvernement fédéral, qui fait preuve d'inaction avec son approche soi-disant graduelle.

Dre Bonnie Henry: Je pense que la question des personnes qui consomment des drogues n'est pas assez discutée, en raison de la stigmatisation et de la honte. Cela empêche les gens d'en parler. Nous savons, d'après les données disponibles, que tous les membres des communautés de ce pays ont été touchés par cette crise à bien des égards. Je pense que nous devons adopter une approche coordonnée dans l'ensemble du pays. Il est tout à fait possible que les gens fassent des choses différentes dans différentes collectivités, mais j'aimerais voir une approche intergouvernementale coordonnée qui soutienne les gens dans les collectivités à travers le pays, parce que nous sommes tous affectés.

Le président: Je vous remercie, docteure Henry.

Madame Goodridge, à vous la parole pour les cinq prochaines minutes, je vous prie.

Mme Laila Goodridge: Je vous remercie, monsieur le président.

Je pense que je vais commencer par vous, docteure Henry. Ma première question est la suivante: êtes-vous préoccupée par les enjeux liés au détournement des drogues?

Dre Bonnie Henry: Je pense que le détournement, comme je l'ai dit à maintes reprises, est un symptôme de besoins non satisfaits. Dans le cas des besoins non satisfaits que nous observons, cela me préoccupe beaucoup. Cela signifie que nous devons adopter des approches différentes.

Je tiens également à souligner que la déjudiciarisation n'est pas un phénomène nouveau. Nous l'avons constaté dans de nombreuses régions du pays. En Colombie-Britannique, ce sont les médicaments toxiques vendus dans la rue qui sont à l'origine des problèmes que nous rencontrons, mais dans d'autres provinces, ce sont

les médicaments délivrés sur ordonnance qui sont à l'origine des problèmes que nous rencontrons.

Mme Laila Goodridge: Je dispose de très peu de temps.

Pensez-vous que le fait d'augmenter la quantité de drogue en circulation dans la rue résoudra la crise de la toxicomanie?

Dre Bonnie Henry: Je ne crois pas qu'il y ait davantage de drogues dans la rue. Ce que nous constatons, c'est la toxicité des drogues qui circulent sur le marché noir. C'est ce qui est à l'origine de cette crise.

Mme Laila Goodridge: D'après un calcul approximatif, environ 50 millions de comprimés d'hydromorphone sont prescrits chaque année en Colombie-Britannique.

Combien de ces 50 millions de comprimés serait-il acceptable qu'elles tombent entre les mains de gangs et de personnes qui profitent de la mort de nos concitoyens?

Dre Bonnie Henry: Pas un seul comprimé ne serait acceptable dans ces circonstances.

Mme Laila Goodridge: D'accord. Combien de comprimés serait-il acceptable de faire détourner vers de jeunes consommateurs?

Dre Bonnie Henry: Aucun d'entre nous ne souhaite que nos jeunes se droguent. Nous savons que la prise de médicaments sur ordonnance est un phénomène que nous observons depuis de nombreuses années chez les jeunes. C'est souvent par là que les gens commencent.

● (1250)

Mme Laila Goodridge: Pour cette raison, qu'a fait le gouvernement de la Colombie-Britannique pour réduire les détournements et empêcher que ces drogues létales ne se retrouvent entre les mains des enfants?

Dre Bonnie Henry: C'est l'une des choses auxquelles nous devons prêter beaucoup d'attention. Qu'est-ce qui prodigue aux jeunes la force de comprendre ce qui se passe, de s'opposer à la pression des pairs et...

Mme Laila Goodridge: Je comprends tout cela. Mais la pression exercée par les pairs est un phénomène qui existe depuis des temps immémoriaux.

Qu'a fait le gouvernement de la Colombie-Britannique depuis qu'il a introduit sur le marché 50 millions de comprimés d'hydromorphone, un opioïde synthétique très puissant, plus fort que l'héroïne, pour empêcher que ces comprimés ne tombent entre les mains des enfants? A-t-on fait quelque chose pour empêcher cette situation dramatique?

Dre Bonnie Henry: Bien sûr que oui. Avec les programmes que nous avons prescrits... Le principe d'approvisionnement sécuritaire signifie que les gens ont une ordonnance. Ils ont une relation avec le prescripteur pour accéder aux médicaments. Nous savons que certaines personnes partagent leurs médicaments et que d'autres les gardent [*Inaudible*] pour différentes périodes.

Mme Laila Goodridge: Pensez-vous que les personnes qui partagent leurs produits soi-disant sécuritaires font preuve de compassion? C'est ce que nous a dit un témoin.

Dre Bonnie Henry: Dans certains cas, c'est le cas. C'est un symptôme de besoins non satisfaits pour les personnes qui n'ont pas accès.

Mme Laila Goodridge: En tant que médecin, êtes-vous à l'aise avec le fait que des personnes partagent leurs drogues avec une autre personne qui lutte contre la dépendance?

Dre Bonnie Henry: Je pense qu'il s'agit d'une meilleure alternative que les drogues de rue auxquelles les gens sont obligés d'avoir accès pour maintenir leur dépendance. C'est là que réside le problème. Le problème, c'est que les besoins ne sont pas satisfaits. Beaucoup de consommateurs n'ont pas accès à ces produits sécuritaires.

Mme Laila Goodridge: Pour clarifier les choses, vous pensez qu'il n'y a pas de mal à détourner la quantité de médicaments qui vous a été prescrite, à condition que la personne avec qui vous la partagez ait des besoins non satisfaits. Vous pensez que c'est tout à fait acceptable, même s'il s'agit d'un adolescent ou d'un enfant.

Dre Bonnie Henry: Vous savez, je pense que vous dressez un portrait inexact de la situation. Ce n'est pas de cela qu'il s'agit. On parle de personnes aux prises avec une dépendance qui ne sont pas en mesure d'accéder à nos programmes.

Mme Laila Goodridge: C'est pourtant ce à quoi nous sommes confrontés d'après de nombreux témoignages qui nous parviennent du terrain.

Dre Bonnie Henry: Nous devons être en mesure de fournir aux gens les médicaments dont ils ont besoin pour emprunter le chemin de la guérison. C'est tout ce que nous souhaitons.

Mme Laila Goodridge: Quel est le temps d'attente, approximativement, pour qu'un enfant de 12 ans de Cranbrook, en Colombie-Britannique, ait accès à une cure de désintoxication?

Dre Bonnie Henry: Je n'ai pas la réponse à cette question.

Mme Laila Goodridge: Pensez-vous que l'accès devrait être immédiat?

Dre Bonnie Henry: Absolument. Si l'enfant en a besoin, il devrait avoir accès à du soutien de la part d'une personne formée pour comprendre ses besoins et qui est en mesure de lui offrir ce soutien.

Mme Laila Goodridge: En ce qui concerne un enfant toxico-mane qui se retrouve à l'urgence de Cranbrook, en Colombie-Britannique, pensez-vous qu'on devrait lui donner son congé de l'hôpital parce qu'il n'y a pas de place en désintoxication?

Dre Bonnie Henry: Je pense qu'il doit être mis en relation avec un professionnel qui répond à ses besoins à ce moment-là — absolument.

Le président: Merci.

Mme Laila Goodridge: [*Difficultés techniques*] qui cherche désespérément de l'aide répond à ses besoins?

Dre Bonnie Henry: Je suis désolée. Je n'ai pas entendu la question. Le son a coupé.

Mme Laila Goodridge: Pensez-vous que le fait de donner son congé à une personne qui cherche désespérément de l'aide répond à ses besoins?

Dre Bonnie Henry: Je pense que cela dépend de la situation dans laquelle la personne se trouve. Nous voulons certainement que tous les enfants aient le soutien et les liens dont ils ont besoin.

Le président: Merci, docteur Henry.

Merci, madame Goodridge.

Madame Sidhu, vous avez cinq minutes. Allez-y, s'il vous plaît.

Mme Sonia Sidhu: Merci, monsieur le président.

Je remercie encore une fois tous les témoins qui sont parmi nous.

Je vous remercie du travail que vous faites sur le terrain, surtout en Colombie-Britannique.

Monsieur le président, nous savons que la Colombie-Britannique a déjà été touchée par des feux de forêt au cours de la saison 2024. C'est pourquoi, chers collègues, je veux utiliser mon temps de parole au cours de cette réunion pour présenter une motion que j'ai distribuée plus tôt et qui dit que, compte tenu des événements météorologiques extrêmes et de la pollution que les Canadiens et les peuples autochtones ont connus en 2023, y compris, mais sans s'y limiter, les feux de forêt qui se sont produits d'un océan à l'autre, de la région d'Okanagan et de Shuswap à la région de Tantallon; les indices élevés de la piètre qualité de l'air partout au pays; les inondations en Alberta, en Nouvelle-Écosse, en Ontario et au Québec; et les déchets industriels qui touchent les collectivités ou les régions, comme la Première Nation des Chipewyans d'Athabasca ou de l'Abitibi-Témiscamingue...

• (1255)

M. Todd Doherty (Cariboo—Prince George, PCC): J'invoque le Règlement.

Le président: Attendez un instant, madame Sidhu. M. Doherty invoque le Règlement.

M. Todd Doherty: Pouvons-nous suspendre brièvement la séance pour en discuter avec nos collègues?

Le président: Madame Sidhu, si vous pouviez finir de proposer la motion, je suspendrais la séance pour permettre un caucus. Je trouve que cela accélère souvent les choses. Nous laisserons partir probablement les témoins en même temps.

Finissez votre motion. Nous allons laisser partir les témoins. Nous allons suspendre la séance et poursuivre à partir de là. Allez-y.

Mme Sonia Sidhu: Il y a des déchets industriels qui touchent la Première Nation Athabaska Chipewyan et l'Abitibi-Témiscamingue, et les feux de forêt les plus récents ont touché Fort McMurray, Fort Nelson, Quesnel et Vanderhoof.

C'est pourquoi je propose:

Que, conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité entreprenne une étude d'au moins six heures sur les effets négatifs...

M. Stephen Ellis: J'invoque le Règlement, monsieur le président.

Le président: Madame Sidhu, il y a un autre rappel au Règlement.

Allez-y, monsieur Ellis.

M. Stephen Ellis: J'ai une question. Si cela a été proposé il y a un certain temps, est-ce la même motion? Il semble qu'il y a de nouveaux éléments. Est-ce que je me trompe?

Mme Sonia Sidhu: Devrais-je terminer la motion?

Le président: Madame Sidhu, la motion que vous proposez, est-ce celle dont avis a été donné le lundi 27 mai?

Mme Sonia Sidhu: Oui.

Le président: D'accord, je pense que ce qui s'est passé, c'est que vous avez commencé à parler de la motion, puis vous l'avez présentée, alors ça a donné l'impression qu'il y avait des éléments supplémentaires.

Avez-vous fini de proposer la motion?

Mme Sonia Sidhu: J'en suis à la moitié. Je vais terminer rapidement.

Le président: D'accord. Veuillez terminer.

Mme Sonia Sidhu: Je propose:

Que, conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité entreprenne une étude d'au moins six heures sur les effets négatifs du changement climatique et de la pollution sur la santé des Canadiens et des communautés autochtones, y compris le coût pour l'infrastructure des soins de santé, les ressources et l'impact sur les communautés et les populations vulnérables; que le Comité fasse rapport de ses conclusions et recommandations à la Chambre; et que, conformément à l'article 109 du Règlement, le gouvernement dépose une réponse globale au rapport.

Le président: Merci, madame Sidhu.

Je tiens à dire à nos témoins que nous approchons rapidement de la fin de l'heure que vous aviez accepté de nous consacrer. Il est peu probable que nous puissions revenir à vous avant la fin de cette heure, alors je vais profiter de l'occasion pour vous dire à quel point nous vous remercions d'avoir fait preuve de souplesse malgré notre annulation de dernière minute et en revenant témoigner de façon aussi patiente et professionnelle. Nous vous en sommes reconnaissants.

Vous pouvez rester, mais vous êtes libres de partir. Merci beaucoup.

Sur ce, nous allons suspendre la séance pendant cinq minutes pour permettre à tout le monde de déterminer ce qu'il va faire en ce qui concerne le débat sur cette motion.

Je dirai ce qui suit. La motion est recevable. Après la suspension, le vote portera sur la motion.

La séance est suspendue.

• (1255) _____ (Pause) _____

• (1305)

Le président: Nous reprenons nos travaux.

Lorsque nous avons suspendu la séance, madame Sidhu, vous veniez de proposer la motion. Je ne sais pas si vous aviez fini de parler ou non.

Le débat porte sur la motion. Vous avez la parole, et M. Ellis est le prochain intervenant.

Mme Sonia Sidhu: Monsieur le président, M. Ellis peut prendre la parole.

Le président: Monsieur Ellis, vous avez la parole.

M. Stephen Ellis: Merci beaucoup, monsieur le président.

Je comprends que Mme Sidhu veuille proposer cette motion. Il y a seulement deux ou trois choses qu'il me semble important de souligner.

Premièrement, et c'est le plus important, il était prévu aujourd'hui de donner des instructions de rédaction au sujet de l'étude sur la santé des femmes. Je pense qu'il y a des choses incroyablement importantes que nous devons faire, au nom de toutes les femmes du Canada, dans le cadre de cette étude. Il y a des enjeux qui, je pense que nous pouvons tous en convenir, doivent être exprimés haut et fort. Je ne sais pas exactement pourquoi, au sein du Comité, nous semblons avoir du mal à terminer les rapports sans que de plus en plus de motions soient présentées.

L'autre problème, monsieur le président, est lié au fait que nous n'avons pas vraiment tenu de réunion de planification pour essayer de mieux comprendre ce que nous allons faire ensuite. Comme il y a pas mal de nouveaux membres ici, ce que nous avons fait, par le passé...

Je sais que les choses sont devenues un peu confuses en raison de certaines études entreprises, mais cela dit, nous avons une tradition. J'utilise ici le mot « tradition », même si cela nous porterait à croire qu'il en est ainsi depuis des décennies. La tradition ici est relativement récente. Des traditions datent d'il y a longtemps, et d'autres non. Nous avons une tradition selon laquelle chaque parti propose une étude, peut-être de façon proportionnelle à sa représentation ici, puis nous les faisons à tour de rôle.

Nous devrions tenir une réunion de planification pour revenir à cette approche et examiner de façon plus approfondie les études dont le Comité est saisi. Évidemment, s'il y a des études qui sont plus urgentes que d'autres, nous en parlerions certainement en groupe pour déterminer, au nom des Canadiens, quel ordre nous devrions suivre.

L'autre chose qui est vraiment importante, c'est que ma collègue, Mme Goodridge, a proposé une étude sur le cancer du sein, qui est, bien sûr, un peu mentionnée dans l'étude sur la santé des femmes, mais il y a des renseignements supplémentaires qui sont sortis aujourd'hui.

Si vous me le permettez, voici ce qu'on peut lire dans un récent article de *Global News*:

Les lignes directrices du Canada sur le dépistage routinier du cancer du sein resteront inchangées, malgré la pression croissante des experts médicaux qui les ont qualifiées de « dangereuses ».

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a publié jeudi la mise à jour de ses lignes directrices qui recommande aux personnes dans la quarantaine de ne pas subir de mammographies de routine, mais d'en demander une si elles le souhaitent.

Selon les lignes directrices actuelles établies par le groupe de travail, le dépistage routinier du cancer du sein doit commencer dès l'âge de 50 ans.

« La première et la plus importante recommandation découlant de cette ligne directrice est que le dépistage du cancer du sein est un choix personnel et que les gens méritent d'être informés afin de pouvoir faire le bon choix pour eux, » [...]

« Nous recommandons que les femmes âgées de 40 à 74 ans soient informées des avantages et des inconvénients du dépistage afin de prendre une décision qui correspond à leurs valeurs et à leurs préférences », a-t-elle déclaré lors d'un point de presse jeudi.

Elle a ajouté que cette information devrait couvrir des facteurs comme les antécédents familiaux, la race ou l'ethnicité et la densité mammaire. Si une personne est au courant de ces facteurs et souhaite faire l'objet d'un dépistage, on devrait lui offrir une mammographie tous les deux ou trois ans.

Le groupe de travail a dit qu'il maintient fermement sa position de ne pas réduire l'âge recommandé en raison de préoccupations liées à des diagnostics excessifs et à des biopsies inutiles.

Les nouvelles lignes directrices sur le dépistage du cancer du sein publiées aujourd'hui par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs sont « dangereuses et nuisibles pour les Canadiens », a déclaré jeudi la directrice générale de Dense Breasts Canada, Jennie Dale [...]

« Nous sommes plus que déçus des recommandations », a déclaré Mme Dale. « Les lignes directrices devraient refléter les données les plus récentes et donner la priorité à la vie des Canadiens. Le groupe de travail nous a laissé tomber et nous demandons aux Canadiens de dire au ministre Holland de suspendre ces lignes directrices et d'utiliser les données scientifiques à jour pour sauver des vies. »

Et ainsi de suite. Les gens disent qu'ils sont très préoccupés, qu'il y a de bonnes preuves et que les lignes directrices sont désuètes et imparfaites. Je ne fais que paraphraser pour essayer d'accélérer un peu les choses.

• (1310)

M. Brendan Hanley: J'invoque le Règlement, monsieur le président.

Je ne vois pas en quoi l'intervention de M. Ellis est pertinente par rapport à la motion qui est sur la table.

Le président: Merci, monsieur Hanley.

Je crois que M. Ellis soulignait qu'il y a d'autres études qui devraient avoir préséance sur celle-ci. Il a donné beaucoup de détails inutiles au sujet de son choix, mais je ne pense pas qu'il soit si éloigné du sujet que cela ne soit pas du tout pertinent.

Si vous pouviez revenir un peu au sujet principal, monsieur Ellis, allez-y.

M. Stephen Ellis: Absolument, monsieur le président.

C'est la raison pour laquelle, quand je me suis engagé dans cette voie, j'ai commencé... Je ne m'étais pas rendu compte que l'article était aussi long.

Ce que j'essaie de dire, c'est que c'est de l'information. D'après moi, il y a deux choses à retenir. Premièrement, c'est arrivé aujourd'hui. Deuxièmement, l'article souligne que s'il y a une voie par laquelle il serait possible de porter cet enjeu d'une importance capitale à l'attention du ministre de la Santé, M. Mark Holland, nous sommes les mieux placés au pays pour le faire, étant donné notre proximité physique et notre voix forte.

Cela étant dit, il s'agit d'une question urgente qui a déjà été inscrite à l'ordre du jour et qui se rapporte directement aux instructions pour la rédaction que nous devons examiner aujourd'hui.

Je ne comprends tout simplement pas. Ce n'est pas la première fois que le Comité s'embourbe ainsi. D'abord, l'étude sur les ressources humaines en santé a été retardée, je crois, d'un an. Nous ne rendons pas service à la population canadienne.

Ensuite, pendant l'étude sur la santé des enfants, la composition du Comité a tellement changé qu'au bout du compte, nous étions probablement trois, quatre ou cinq à avoir entendu la majorité des témoignages à ce sujet. Il est très difficile de préparer un rapport ayant la moindre utilité pour la population canadienne quand la plupart des membres n'étaient même pas présents durant les témoignages.

Je pense aussi que pendant une discussion précédente, nous avons parlé d'essayer de régler une partie de nos dossiers en suspens. Il aurait été logique de consacrer les 30 minutes que nous avons aujourd'hui à cela. Ensuite, je le répète, nous aurions pu tenir des réunions de planification pour nous pencher sur les autres sujets d'une importance capitale pour la population canadienne.

Je ne veux pas dire que votre motion n'est pas d'une importance capitale, madame Sidhu; elle l'est peut-être. Il pourrait être utile de la réentendre. Notre attention était focalisée sur un autre enjeu d'une importance capitale, un enjeu d'une actualité brûlante et d'une grande pertinence puisque le gouvernement fédéral s'est associé au gouvernement de la Colombie-Britannique pour mener un projet expérimental de décriminalisation des opioïdes, qui tuent en moyenne plus de 22 personnes par jour. Je ne vous apprend rien.

Toute notre attention était tournée vers cette étude, qui a été interrompue... Je ne comprends pas pourquoi. Des témoins importants étaient avec nous...

• (1315)

M. Gord Johns: J'invoque le Règlement, monsieur le président.

Je tiens à préciser que les drogues toxiques ne tuent pas 22 personnes par jour en Colombie-Britannique.

Le président: Monsieur Johns, ce n'est pas un rappel au Règlement.

M. Gord Johns: C'est une précision.

Le président: C'est une question de débat portant sur un détail qui n'a pas vraiment rapport avec la motion.

Nous vous écoutons, monsieur Ellis.

M. Stephen Ellis: Merci, monsieur le président.

Je précise que si j'ai dit « en Colombie-Britannique », je me suis trompé. Je voulais dire au Canada.

Je vous en prie, monsieur Johns. C'est six par jour en Colombie-Britannique.

Cela étant dit, le fait est que nous n'employons pas le peu de temps à notre disposition de manière judicieuse. Nous avons été saisis d'une autre motion, et je tire mon chapeau à M. Johns. Sa motion était pertinente, et il l'a présentée rapidement. Nous nous sommes vite entendus et nous avons adopté la motion parce que nous devons absolument pouvoir obtenir d'autres réponses sur le budget de la part des ministres avant la fin de la session.

Le message que je veux que le Comité entende, c'est que nous avons du travail à faire et que certains dossiers sont peut-être plus importants que d'autres. Certains — je suis en train de conclure, monsieur le président — revêtent une importance capitale aux yeux de la population canadienne; d'autres sont peut-être moins importants. Je ne vais pas vous dire que c'est moi qui en suis le juge.

Nous avons des dossiers en suspens à régler, et la fin de la session approche. Si les membres du Comité permanent de la santé souhaitent tenir des réunions pendant tout l'été, je pense que les conservateurs seraient heureux de le faire.

Si c'est ce que vous voulez, madame Sidhu, je serai heureux d'être ici pour rendre service à la population canadienne. Je trouve cela très important.

En ce qui concerne précisément l'étude sur les opioïdes... Encore une fois, je vous parle de ce que je vois personnellement comme les priorités. L'étude sur les opioïdes et l'étude sur les lignes directrices pour le dépistage du cancer du sein sont au sommet de ma liste de sujets à examiner en priorité au nom de la population canadienne.

Étant donné les difficultés que nous avons connues dans le passé avec d'autres études... Ce n'est pas la faute des analystes. Ce n'est pas ce que j'essaie de dire. Dans le passé, des études nous ont donné du fil à retordre parce que nous avons trop tardé à les conclure. Les retards et les prolongations causent beaucoup de problèmes, en plus de nuire à la qualité des rapports, que nous signons toutes et tous. Les rapports pourraient être meilleurs s'ils étaient produits plus rapidement.

Voilà ce que je voulais dire. Pour toutes ces raisons, je propose d'ajourner le débat sur la motion de Mme Sidhu.

• (1320)

Le président: Une motion d'ajournement du débat est une motion dilatoire. Elle n'est pas sujette à débat et elle doit être mise aux voix immédiatement.

M. Stephen Ellis: Monsieur le président, je demande un vote par appel nominal. Il y a trop de personnes en ligne pour que je tienn compte des voix.

Pouvons-nous demander à la greffière de le faire?

Le président: Vous n'avez pas à justifier votre demande; c'est votre droit.

Nous allons procéder à un vote par appel nominal.

(La motion est rejetée par 6 voix contre 5.)

Le président: Madame Goodridge, la parole est à vous.

Mme Laila Goodridge: Merci, monsieur le président.

C'est très frustrant. C'est juste une de ces situations...

Pour en dire un peu plus, je remercie Mme Sidhu d'avoir présenté sa motion, mais c'est très frustrant. En nous racontant son expérience personnelle de la dépendance, M. Earl Thiessen nous a présenté probablement un des témoignages les plus poignants que j'ai entendus dans le cadre de notre étude sur les opioïdes. Je suis extrêmement déçue que nous ayons décidé de mettre fin à la discussion avec lui et les autres témoins parce qu'une motion a été présentée.

Monsieur le président, il y a beaucoup de discussions dans la salle. J'ai du mal à m'entendre penser.

Le président: Merci, madame Goodridge.

Par égard pour Mme Goodridge et pour vos collègues qui ont la parole, je vous prie d'avoir vos discussions parallèles à l'extérieur.

Allez-y, madame Goodridge.

Mme Laila Goodridge: Merci, monsieur le président.

Pour ajouter aux propos de mon collègue, M. Ellis, pour moi, la motion que j'ai présentée dans le but d'entreprendre une étude sur les lignes directrices pour le dépistage du cancer du sein n'est pas juste une question de politique. C'est un enjeu qui me tient à cœur. J'avais 21 ans quand ma mère est décédée d'un cancer. Ma mère avait 49 ans. Selon les lignes directrices actuelles, elle aurait été trop jeune pour passer une mammographie. Depuis que j'ai perdu ma mère... Son décès a bouleversé toute ma famille. Il a été la source de traumatismes, de chagrin et de nombreuses difficultés pour tous les membres de ma famille.

Après le décès de ma mère, j'ai vu mon père — la personne la plus forte que j'ai jamais connue — se transformer en un homme brisé. Ma mère était l'amour de sa vie. Elle est morte d'un cancer du sein. Son décès aurait pu être évité si seulement elle avait eu accès à des tests de diagnostic adéquats à un plus jeune âge.

De fait, la Société canadienne du cancer a publié une déclaration aujourd'hui:

La Société canadienne du cancer [...] est déçue des nouvelles lignes directrices sur le dépistage du cancer du sein publiées aujourd'hui par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP), en particulier de l'absence de recommandation visant à abaisser l'âge de début du dépistage systématique du cancer du sein au pays.

Ces discussions se sont déroulées pendant que le Comité étudiait la santé des femmes. Plusieurs témoins nous ont parlé de l'impor-

tance de commencer le dépistage plus tôt, ainsi que des effets de la densité mammaire et de la composition du tissu mammaire sur le dépistage du cancer du sein. Nous avons beaucoup parlé de la santé des femmes, et j'ai compris quelque chose. Moi qui suis la fille d'une victime du cancer du sein, j'ai compris que nous avons la possibilité d'améliorer concrètement et immédiatement la vie de personnes comme ma mère et les membres de ma famille, ainsi que de toutes les familles qui vivent des situations semblables.

Par ailleurs, même dans les meilleures circonstances, trop peu d'études sont menées sur la santé des femmes. La majorité des gens ne veulent pas parler de la santé des femmes. Nous sommes le Comité permanent de la santé, nous avons décidé d'entreprendre une étude sur la santé des femmes, mais nous n'avons même pas parlé du cancer du sein. Nous n'avons pas parlé de l'endométriose. Nous avons littéralement parlé strictement de la santé des femmes, comme s'il était acceptable de réaliser une étude générale sur la santé de plus de la moitié de la population.

Je suis fâchée parce que jamais personne ne proposerait de mener une étude sur la santé des hommes. Personne ne proposerait une étude pareille. On proposerait une étude sur la santé mentale des hommes, sur le cancer de la prostate ou encore sur les lignes directrices.

Je l'ai déjà dit et je vais le répéter pour le compte rendu. Si les hommes devaient placer leurs organes reproducteurs dans un appareil de mammographie pour obtenir un diagnostic, on aurait déjà un autre test. Si les hommes devaient subir la même chose, il y aurait déjà un autre test. Cette situation ne fait que mettre en lumière les problèmes systémiques liés à la santé des femmes.

Le Comité a la possibilité d'étudier la santé des femmes, de discuter avec les analystes et de parler de ces enjeux. À la place...

• (1325)

M. Brendan Hanley: J'invoque le Règlement, monsieur le président.

Je comprends certainement pourquoi cet enjeu important lui tient à cœur, mais je ne vois pas le lien entre les observations de Mme Goodridge et la motion sur le changement climatique.

Le président: Je suis enclin à vous donner raison. Nous laissons une grande latitude, mais je vous demanderais de revenir à la motion, s'il vous plaît, madame Goodridge.

Mme Laila Goodridge: Merci, monsieur le président.

À mon avis, mes observations sont tout à fait pertinentes puisque ce n'est pas la première fois que le Comité propose d'entreprendre une étude différente.

Ce que je me demande, c'est pourquoi Mme Sidhu a présenté sa motion maintenant. Elle a mentionné les feux de forêt qui brûlent dans les environs de ma collectivité. J'aimerais dire au Comité que depuis quelques jours, les feux de forêt ne se propagent plus; en fait, ils sont même maîtrisés grâce au travail exceptionnel du service des feux de forêt de l'Alberta et des admirables pompiers forestiers qui risquent leur vie pour protéger nos collectivités et mettre des structures en place. Ce travail a été accompli par le ministère des Forêts de l'Alberta.

Ce sont principalement des groupes provinciaux qui mènent la lutte contre les feux de forêt. L'enjeu particulier des feux de forêt relève probablement davantage des provinces. C'est une tout autre question.

Pour revenir à la motion sur le cancer du sein, qui est tout à fait pertinente, en un mot, on est en train de dire qu'il n'est pas important d'approfondir notre étude sur la santé des femmes et d'en arriver à un point où l'on puisse produire un rapport. C'est le message qu'on est en train de transmettre ici aujourd'hui, en ce moment même.

Je suis heureuse d'avoir cette discussion et j'aimerais que nous la poursuivions à un autre moment, mais je...

• (1330)

M. Brendan Hanley: J'invoque le Règlement. La présentation d'une motion n'a rien à voir avec la planification et l'ordre de priorité. À mon sens, ce n'est pas pertinent.

Le président: Pour ma part, je trouve que c'est tout à fait pertinent, monsieur Hanley. La députée parle de ce que la motion remplacera. Selon moi, ce n'est pas du tout hors de propos.

Continuez, madame Goodridge.

Mme Laila Goodridge: Merci, monsieur le président.

Cela étant dit, puisque j'ai d'autres engagements, je propose de lever la séance.

Le président: Plaît-il au Comité de lever la séance?

(La motion est adoptée.)

Le président: La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

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 des communes.

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 de la Chambre des communes à l'adresse suivante :
<https://www.noscommunes.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

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 House of Commons website at the following address: <https://www.ourcommons.ca>