



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 115

Le jeudi 9 mai 2024

Président : M. Sean Casey



Comité permanent de la santé

Le jeudi 9 mai 2024

• (1105)

[Traduction]

Le vice-président (M. Stephen Ellis (Cumberland—Colchester, PCC)): La séance est ouverte.

Bienvenue à la 115^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Avant de commencer, j'aimerais rappeler à tous les députés et aux autres participants dans la salle les importantes mesures préventives suivantes.

Afin de prévenir les retours de son dérangeants et potentiellement dangereux qui peuvent causer des blessures, on rappelle à tous les participants en personne de tenir leurs écouteurs loin du microphone en tout temps.

Comme il est indiqué dans le communiqué que le Président a adressé à tous les députés le lundi 29 avril, les mesures suivantes ont été prises pour aider à prévenir les retours de son. Tous les écouteurs ont été remplacés par un modèle qui réduit considérablement la possibilité de rétroaction acoustique. Les nouvelles oreillettes sont noires, alors que les anciennes étaient grises. Veuillez utiliser l'écouteur noir ayant obtenu l'approbation. Par défaut, toutes les oreillettes qui ne servent pas seront débranchées au début d'une réunion.

Lorsque vous n'utilisez pas votre oreillette, veuillez la placer vers le bas au milieu de l'autocollant à cette fin, que vous trouverez sur la table, comme il est indiqué. Veuillez consulter les cartes sur la table pour obtenir des lignes directrices visant à prévenir les retours de son.

L'aménagement de la salle a été ajusté pour accroître la distance entre les microphones et réduire le risque de rétroaction acoustique provenant d'une oreillette ambiante.

Ces mesures sont en place pour que nous puissions mener nos activités sans interruption et pour protéger la santé et la sécurité de tous les participants, y compris les interprètes.

Je vous remercie tous de votre collaboration.

Conformément à notre motion de régie interne, j'informe le Comité que tous les participants à distance ont effectué les tests de connexion requis avant la réunion.

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

J'aimerais souhaiter la bienvenue à notre groupe de témoins.

À titre d'information, cette partie de la réunion se déroulera de 11 heures à 13 heures. Entre 13 heures et 13 h 30, nous discuterons des travaux du Comité à huis clos.

À ce sujet, nous accueillons par vidéoconférence Sarah Lovegrove, infirmière autorisée, et Eugenia Oviedo-Joekes, professeure à l'École de santé des populations et de santé publique, à l'Université de la Colombie-Britannique, qui témoignent à titre personnel. Nous recevons Martin Pagé, directeur général de Dopamine, qui nous joint par vidéoconférence, et Elenore Sturko, députée de Surrey South à l'Assemblée législative de la Colombie-Britannique. Elle est ici en personne.

Je vous remercie tous d'être ici.

Sur ce, nous allons commencer nos déclarations. Vous disposerez chacun de cinq minutes. Je suis un peu à cheval sur le temps. Nous allons garder le cap et avoir une belle réunion. Nous avons hâte de vous entendre tous.

Sur ce, madame Lovegrove, vous avez la parole cinq minutes.

Mme Sarah Lovegrove (infirmière autorisée, à titre personnel): Bonjour. Je vous remercie de m'accueillir aujourd'hui.

Je m'appelle Sarah Lovegrove. Je suis infirmière autorisée et professeure au programme de baccalauréat en sciences infirmières de l'Université Vancouver Island. Je suis heureuse de me joindre à vous aujourd'hui depuis le territoire traditionnel non cédé de la Première Nation Sununeymuxw, connue sous le nom colonial de Nanaimo.

Je suis également une militante et membre de l'Association des infirmiers et infirmières en réduction des méfaits, et je suis absolument indignée de la décision du ministère fédéral de la Santé d'appuyer la décision politique de la Colombie-Britannique en lui permettant de faire marche arrière sur la décriminalisation.

Je puise dans la force des braves étudiants universitaires qui utilisent leur voix pour défendre la justice, y compris les étudiants influents de l'Université Vancouver Island, ainsi que ceux de mon alma mater, l'Université d'Ottawa. Je profiterai de l'occasion aujourd'hui pour dire ce qui doit être dit.

Tout comme le génocide des Palestiniens à Gaza, cette crise des drogues toxiques qui se détériore tue 22 Canadiens chaque jour. Elle est le résultat du colonialisme et de la suprématie blanche qui forment le tissu de nos gouvernements, de nos politiques, de nos collectivités et de notre système de soins de santé, qui perpétuent le problème.

Les Autochtones sont touchés de façon disproportionnée par cette crise. Ils perdent la vue et subissent des blessures en raison d'un approvisionnement en drogues non réglementé auquel ils sont beaucoup plus exposés que le reste de la population. Des substances comme l'alcool ont été introduites chez les peuples autochtones de l'île de la Tortue au moment de la colonisation, et elles ont depuis été utilisées comme une arme de coercition et de contrôle pour maintenir l'État colonisateur.

[Français]

Mme Andréanne Larouche (Shefford, BQ): J'invoque le Règlement, monsieur le président.

[Traduction]

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Attendez une minute, madame Lovegrove.

[Français]

Madame Larouche, vous avez la parole.

Mme Andréanne Larouche: Monsieur le président, les interprètes déplorent le fait que la qualité du son n'est pas suffisamment bonne pour leur permettre de faire leur travail.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup.

[Traduction]

Un instant, madame Lovegrove. Nous verrons si nous pouvons améliorer votre son.

Je m'excuse, chers collègues. Nous avons eu des problèmes avec le son de Mme Lovegrove au départ. Nous pensions qu'il était de qualité suffisante, mais il n'est pas tout à fait assez bon. Nous proposons d'interrompre sa déclaration maintenant. Nous y reviendrons et lui permettrons de terminer.

Nous devons passer à Mme Eugenia Oviedo-Joekes, professeure à l'Université de la Colombie-Britannique.

Madame Joekes, vous avez la parole pour cinq minutes.

Mme Eugenia Oviedo-Joekes (professeure, École de santé des populations et de santé publique, University of British Columbia, à titre personnel): Merci beaucoup. Je vais essayer de parler lentement, car mon accent n'est pas toujours idéal pour les interprètes, et je m'en excuse.

Je vous remercie beaucoup de m'avoir invitée. Je m'appelle Eugenia Oviedo-Joekes. Je suis une femme d'origine latine. Je m'adresse à vous aujourd'hui depuis le magnifique territoire non cédé du peuple Squamish, les gens de l'eau. Je suis professeure à l'École de santé des populations et de santé publique. Je suis titulaire d'une chaire de recherche du Canada sur les soins centrés sur la personne en toxicomanie.

Pour faire suite à la déclaration de Sarah Lovegrove et aux points qu'elle a soulevés, l'un des éléments clés est que la crise de surdoses révèle que nous avons besoin de diverses stratégies, et que l'action et la coopération sont essentielles. Les problèmes continuent de s'aggraver, et nous avons besoin de mesures réfléchies et intentionnelles, car il ne s'agit pas d'un problème à visage unique. Il est temps de tenir bon et de continuer à avancer, et non de reculer.

Il y a quelques médicaments au Canada que nous pouvons utiliser pour traiter les troubles liés à la consommation d'opioïdes qui se sont révélés efficaces, mais ils sont très peu nombreux. Il y a deux ou trois autres médicaments injectables qui ont fait leurs preuves,

mais ils ne semblent pas être distribués comme nous nous y attendions.

Par conséquent, la façon dont nous fournissons ces quelques médicaments ne semble pas suffire à attirer tout le monde, surtout si nous quittons les épicentres non ruraux. Nous avons besoin d'autres stratégies. Nous devons coopérer avec d'autres régions géographiques. Nous devons faire preuve de souplesse. Nous devons désigner des installations et augmenter le nombre de doses à emporter à domicile. Nous avons besoin de modèles mobiles d'intervention directe à domicile. D'autres méthodes sont efficaces pour rejoindre les personnes handicapées, celles qui doivent s'occuper de leur famille, et celles qui sont loin des installations.

Les gens que nous voyons ont beaucoup d'autres problèmes qui n'ont rien à voir avec les médicaments. Cependant, la première étape consiste à maintenir le traitement et à faire en sorte que ces personnes se sentent en sécurité. Pour ce faire, nous avons besoin de plus que deux ou trois médicaments avec lesquels le système est à l'aise.

Consommer des substances ne peut pas être un acte criminel. Boire de l'alcool en public n'est pas un crime. Personne ne va en prison, même si ce n'est pas permis. Tous les problèmes que nous rencontrons depuis des décennies et des générations ne peuvent pas être réglés en quelques années. Nous devons faire preuve de patience et de compassion, et examiner les données probantes pour prendre des décisions. Nous devons continuer à nous améliorer et ne pas abandonner.

Je vous remercie de votre écoute.

• (1110)

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, madame Joekes.

[Français]

Monsieur Pagé, vous avez la parole pour cinq minutes.

M. Martin Pagé (directeur général, Dopamine): Merci, monsieur le président.

Mesdames et messieurs les députés, je vous remercie de m'avoir invité dans le cadre de vos travaux. Vous avez entendu le témoignage de plusieurs experts qui interviennent à différents niveaux pour tenter d'endiguer la crise que nous vivons. Je suis content de pouvoir y participer en direct du terrain, dans un contexte très particulier de crise sociale et sanitaire sans précédent.

Je suis le papa de deux jeunes enfants. Je suis également une personne qui dispose de savoirs sur les plans expérientiel et théorique et qui œuvre depuis bientôt 30 ans dans le milieu de la réduction des méfaits. J'ai été travailleur de rue dans les villes de Toronto et de Montréal, et j'ai été appelé à travailler au cœur de nombreuses crises, comme celle du VIH, celle de l'hépatite C, celle du logement, celle de la COVID-19, ainsi que celle des substances contaminées, que nous vivons depuis une dizaine d'années.

J'interviens aujourd'hui auprès de vous à titre de directeur général de Dopamine, un organisme communautaire solidement implanté dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve, à Montréal, qui œuvre depuis 30 ans auprès de personnes qui consomment des drogues. L'organisme travaille à partir d'une approche de réduction des méfaits qui s'appuie sur les meilleures données probantes. En effet, les données de plusieurs études ont largement démontré les nombreux effets positifs de cette approche sur la santé des personnes qui reçoivent ces services et de la communauté en général qui les entoure.

J'aimerais aujourd'hui vous raconter une histoire méconnue: celle des personnes qui ont fondé l'organisme que j'ai le privilège de diriger et de représenter devant vous aujourd'hui.

Nous sommes en 1991. L'épidémie du VIH-sida frappe Montréal de plein fouet. Dans Hochelaga-Maisonneuve, les institutions de santé peinent à rejoindre les personnes qui consomment des drogues par injection. La direction de la santé publique met sur pied un projet pilote de prévention de l'infection chez les utilisateurs de drogues injectables. Le projet vise à outiller les acteurs de la communauté, directement dans les milieux de consommation, pour faire la distribution gratuite de seringues et de condoms, mais surtout pour changer les attitudes fatalistes et les perceptions empreintes de stigmatisation à l'égard du VIH-sida.

Il n'est pas nécessaire de vous mentionner que l'initiative s'est heurtée à une forte résistance, au départ. Or, appuyés par les instances de santé et les instances politiques, ce sont les intervenants, les pairs et les personnes concernées qui ont contribué à endiguer la crise du VIH-sida. Le nombre de vies qu'ils ont sauvées est incalculable. Ils ont contribué à rendre le quartier plus sécuritaire pour tous. Par leur courage, ils ont changé le cours de l'histoire.

Depuis ce temps, tous les membres de l'équipe de Dopamine continuent à élaborer des solutions adaptées, efficaces et centrées sur les besoins réels des personnes qui consomment des drogues. Ils continuent à se battre pour défendre et améliorer la qualité de vie, le droit à la santé, mais surtout le droit à la dignité.

Devant cette nouvelle crise, je m'exprime donc devant vous en faveur de la reconnaissance des données probantes et de la science et, surtout, aux côtés des nombreux experts qui œuvrent aux quatre coins du pays afin de contribuer positivement à des solutions certes courageuses, mais nécessaires. Il est plus que temps de revenir à une approche pragmatique et humaniste, plutôt que d'alimenter un débat polarisant sur la situation canadienne au moyen d'approches moralistes, anecdotiques, parfois même mensongères, qui ne font qu'entretenir le statu quo. Il est grand temps d'avoir des conversations courageuses et de se mettre au travail sur le terrain, où des vies humaines sont perdues tous les jours.

Nous vous demandons donc d'entreprendre un certain nombre de mesures en ce sens.

Tout d'abord, nous vous demandons de déclarer l'épidémie de surdoses comme une urgence de santé publique partout au pays.

Ensuite, il faudrait poursuivre et garantir un approvisionnement plus sécuritaire, de qualité pharmaceutique, basé sur la substance choisie par chaque personne.

Il serait également important de fournir un soutien accru aux organisations pour faciliter la mise en place de services de consommation supervisée partout au pays.

De plus, nous vous demandons de veiller à ce que la naloxone soit largement disponible et facile d'accès pour toutes les communautés.

Par ailleurs, il faudrait que le leadership des personnes qui utilisent des drogues soit inclus de manière considérable dans tous les travaux qui les concernent.

Enfin, il faudrait plaider en faveur de la décriminalisation, voire d'une légalisation totale des drogues.

J'ajouterais qu'il faudrait examiner, voire rectifier la façon dont la guerre contre la drogue a été utilisée pour criminaliser de manière disproportionnée des groupes tels que les personnes racisées, les communautés autochtones, les personnes en situation de grande pauvreté, ainsi que les personnes queer et trans, qui subissent largement les conséquences de cette guerre présentement.

Je vous invite dès maintenant à venir vous asseoir avec nous. Je vous invite à venir parler avec les personnes endeuillées. Je vous invite à venir constater tous les efforts pour réduire les décès et sauver des vies dans nos communautés. Nous avons besoin de politiques pragmatiques et humanistes afin que nos communautés vivent.

• (1115)

Je vous remercie de tout cœur de m'avoir écouté.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, monsieur Pagé.

[Traduction]

Madame Sturko, vous avez la parole pour cinq minutes.

Mme Elenore Sturko (députée, Surrey South, Assemblée législative de la Colombie-Britannique): Bonjour à tous.

En tant que ministre du cabinet fantôme de l'opposition officielle de la Colombie-Britannique pour la santé mentale, les dépendances et le rétablissement, je suis ici aujourd'hui pour parler de l'échec lamentable du projet pilote de décriminalisation des drogues illicites en Colombie-Britannique et de son programme d'accès à des drogues dangereusement qualifiées de sûres. Ces initiatives, qui reposent vraisemblablement sur de bonnes intentions, ont malheureusement eu des conséquences alarmantes en raison du manque de préparation et de surveillance rigoureuse, que de nombreuses personnes avaient prédites.

En février 2023, au début de la mise en œuvre de ce projet pilote, j'ai émis des réserves quant au manque de préparation du gouvernement néo-démocrate de la Colombie-Britannique et de son non-respect de plusieurs conditions préalables qui étaient énumérées dans la lettre d'exigences du gouvernement fédéral. Il fallait notamment accroître la capacité de traitement, mobiliser les principaux intervenants et élaborer des cadres de surveillance et d'évaluation. Nous voici, 15 mois plus tard, témoins des conséquences d'un manquement à satisfaire ces exigences. Mes pires craintes se sont concrétisées, à savoir que la Colombie-Britannique s'engageait dans un banc d'essai sans les dispositifs de protection nécessaires du côté des infrastructures. Les résultats ont été tout simplement désastreux.

L'ancienne ministre fédérale Carolyn Bennett a promis aux Britanno-Colombiens « un ensemble solide d'indicateurs en matière de santé publique et de sécurité publique que nous surveillerons ensuite en temps réel ». Cependant, ces engagements en matière de transparence des données en temps réel n'ont pas été respectés. L'absence de collecte de données exhaustives a directement compromis la sécurité publique, rendant nos collectivités vulnérables, et ce sont les Britanno-Colombiens qui en subissent les conséquences. Les usagers sont exposés à la fumée de drogues toxiques dans les transports en commun; les enfants trouvent des accessoires relatifs aux drogues jetés dans les terrains de jeu; et les infirmières, qui devraient être en sécurité dans leur milieu de travail, subissent des agressions et sont exposées à la fumée de drogues toxiques dans les hôpitaux. Tout cela se produit alors que le gouvernement néo-démocrate de la Colombie-Britannique ne fournit pas aux toxicomanes un accès équitable et rapide aux services de santé et aux services sociaux.

Malgré les avertissements précoces des organismes d'application de la loi, des enjeux cruciaux de sécurité et d'application de la loi ont été négligés, et le programme pilote a été autorisé sans qu'il y ait de mécanismes en place pour réagir à la consommation problématique de drogues et sans la capacité de dissuader les comportements qui mettent d'autres personnes en danger. De plus, le détournement de l'hydromorphe du soi-disant programme d'approvisionnement plus sûr se poursuit sans relâche depuis 2020. Il a fallu trois ans et une pression importante de la communauté médicale avant qu'un examen soit effectué en 2023. Cet examen a confirmé ce contre quoi de nombreuses personnes avaient fait des mises en garde: un détournement généralisé et des preuves limitées appuyant l'efficacité du programme. Malgré ces conclusions, le gouvernement néo-démocrate de la Colombie-Britannique continue de promouvoir à tort cette mesure comme étant un « approvisionnement plus sûr ».

L'annonce faite mardi par le gouvernement fédéral, qui modifie l'exemption en vertu de l'article 56 dans la province de la Colombie-Britannique pour interdire la consommation de drogues en public, est un aveu flagrant de l'échec des deux ordres de gouvernement. Ils n'ont pas tenu compte adéquatement de la sécurité publique et confirment le danger et le désordre qui découlent de cette expérience. Les modifications ramènent cette crise sur les épaules de la police, à qui on demande de déplacer les gens, mais sans services à cette fin. Ce n'est qu'un pansement sur une plaie béante, qui s'attaque à la consommation de drogues en public sans rien faire pour lutter contre la toxicomanie elle-même. Ce revirement de politique ne règle pas les problèmes fondamentaux, mais sert plutôt à limiter les dégâts politiques, une tentative du gouvernement de masquer les résultats catastrophiques et de détourner l'attention des préjudices causés par ses politiques.

L'expérience était vouée à l'échec dès le départ sans accès à des services sociaux, des traitements vitaux, des logements et des soins de santé. Au cours des 15 derniers mois, il est devenu terriblement évident que la politique de décriminalisation n'a pas sauvé des vies ni réduit le nombre de surdoses, et qu'elle a plutôt alimenté les préjudices et le désordre dans nos collectivités. Alors que nous discutons de ces développements, nous devons reconnaître qu'il ne s'agit pas seulement d'un échec de la politique: c'est une crise humanitaire qui continue de faire six victimes par jour en Colombie-Britannique, et nous ne pouvons pas continuer dans cette voie. Les expériences de décriminalisation et d'approvisionnement plus sécuritaire se sont révélées inefficaces et dangereuses, et il est temps de rejeter

ces politiques. Il est inacceptable de se lancer dans des expériences à l'échelle de la population, de faire fi des préjudices évidents et d'être sélectif dans la collecte de données probantes.

• (1120)

Nous avons besoin de stratégies axées sur des options de traitement complètes, de soutiens sociaux et de solides mesures de sécurité publique qui protègent réellement nos collectivités. Nous devons élaborer des politiques fondées sur des données probantes, accorder la priorité à la santé publique et fournir des solutions concrètes à la crise des drogues qui touche notre province et notre pays. Nous devons accorder la priorité au rétablissement, maintenir la sécurité et assurer un avenir plus sûr et plus sain pour tous.

Je vous remercie de votre attention.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Je vous remercie infiniment, madame Sturko.

Madame Lovegrove, nous allons réessayer.

Madame Larouche, faites-nous savoir s'il y a un problème.

Madame Lovegrove, il vous reste deux minutes.

Mme Sarah Lovegrove: Je veux simplement m'assurer que tout le monde m'entend bien.

Étant donné que nous sommes au cœur du Mois de la sensibilisation à la santé mentale et de la Semaine nationale des infirmières et infirmiers, je me sens poussée à vous faire part de mon point de vue sur les répercussions complexes de cette crise de santé publique dans le...

[Français]

Mme Andréanne Larouche: Monsieur le président, j'invoque le Règlement.

[Traduction]

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Excusez-moi, madame Lovegrove.

Mme Larouche invoque le Règlement.

[Français]

Mme Andréanne Larouche: Les interprètes déplorent le fait que le son n'est pas suffisamment bon pour leur permettre de faire leur travail.

[Traduction]

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Je m'excuse auprès de tous les membres du Comité. Nous pensions avoir réglé le problème, mais ce n'est manifestement pas le cas.

M. Julian invoque le Règlement.

[Français]

M. Peter Julian (New Westminster—Burnaby, NPD): Monsieur le président, est-ce que les techniciens pourraient revoir la connexion de Mme Lovegrove?

De plus, si la connexion est assez sécuritaire, pourriez-vous lui demander qu'elle parle moins vite? Je pense que cela aussi fait partie du problème.

[Traduction]

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, monsieur Julian.

Je pense que nous avons essayé beaucoup de ces choses, mais nous allons continuer à le faire. Si nous sommes en mesure de résoudre le problème, nous le ferons. Nous avons vérifié la connexion Internet. Nous avons vérifié sa vitesse. Nous avons vérifié les casques d'écoute, et ainsi de suite. Pour des raisons inconnues, cela ne semble pas fonctionner.

Compte tenu de la situation, nous allons en rester là. Encore une fois, je présente mes excuses au témoin et au Comité en notre nom à tous.

Cela dit, chers collègues, nous continuerons à plancher sur le problème en coulisse, et nous espérons le résoudre en cours de route.

Si le Comité est d'accord et que nous résorbons la situation, je pense qu'il serait juste de permettre à Mme Lovegrove de terminer sa déclaration, avec votre accord. Ce sera un peu inhabituel, peut-être un peu compliqué, mais nous le ferons quand même.

Nous allons maintenant commencer une série de questions.

Madame Goodridge, vous avez la parole pour six minutes.

• (1125)

Mme Laila Goodridge (Fort McMurray—Cold Lake, PCC): Merci, monsieur le président.

Je tiens à remercier tous les témoins de leur présence aujourd'hui et de leurs témoignages.

Madame Oviedo-Joekes, je crois comprendre que vous avez participé à l'Initiative nord-américaine sur les médicaments opiacés, ou NAOMI, et à l'étude sur l'évaluation de l'efficacité à long terme des opioïdes, ou SALOME, qui sont utilisées pour justifier les programmes d'approvisionnement sécuritaire.

Je crois comprendre que des doses devant témoin ont été utilisées dans le cadre de ces deux études. Est-ce exact?

Mme Eugenia Oviedo-Joekes: Oui, c'est juste.

Mme Laila Goodridge: Comment une étude qui utiliserait la dose devant témoin pourrait-elle être utilisée pour justifier la distribution pour emporter de 30 à 40 comprimés d'hydromorphone Dilaudid par jour?

Mme Eugenia Oviedo-Joekes: Tout d'abord, l'étude, comme vous l'avez dit, portait sur une dose injectable. Nous espérons que les personnes qui sont prêtes pourront apporter les doses avec elles dans les cas indiqués par le médecin prescripteur lors d'une conversation avec lui. Il a toujours été entendu que le traitement évolue au même rythme que les patients.

Nous avons eu...

Mme Laila Goodridge: L'étude s'est-elle penchée sur cette évolution?

Mme Eugenia Oviedo-Joekes: Non, nous n'avons pas étudié cet aspect. Nous avons fait un essai clinique, qui a pris fin. Nous avons démontré que, pour nos participants, l'injection était plus efficace que la dose orale.

Mme Laila Goodridge: Je comprends. Êtes-vous préoccupée par le détournement et les signalements de détournement d'hydromorphone à emporter, à savoir les comprimés de Dilaudid?

Mme Eugenia Oviedo-Joekes: Premièrement, le détournement qui est observé est tellement minime d'un point de vue scientifique qu'on s'y attend, en raison du nombre de personnes. En gros, il y a

un très faible pourcentage de personnes qui sont aux prises avec un trouble lié à la consommation d'opioïdes et qui reçoivent des comprimés de Dilaudid. Ensuite, on s'attend au nombre de personnes qui pourraient partager ou vendre le médicament parce qu'il ne leur convient pas, étant donné que nous avons peu d'options.

Mme Laila Goodridge: Pour mettre les choses au clair, vous n'êtes pas du tout préoccupée par la quantité de détournements qui surviennent?

Mme Eugenia Oviedo-Joekes: On s'y attend.

Mme Laila Goodridge: D'accord. Je vous remercie.

[Français]

Ma prochaine question s'adresse à M. Pagé.

Parmi les 49 postes de quartier de Montréal qui ont été évalués par le Service de police de la Ville de Montréal en 2021, le quartier Hochelaga-Maisonneuve, où se trouve l'organisme Dopamine, se classe au quatrième rang pour ce qui est du taux de criminalité. On parle ici de 57,8 crimes par 1 000 résidents.

Compte tenu de la présence importante des parcs, des terrains de jeux pour enfants, des écoles et du parc Edmond-Hamelin, qui est situé de l'autre côté de la rue où se trouve l'organisme, j'aimerais savoir quelles mesures vous avez prises pour vous assurer que les centres d'injection supervisée de drogues dures comme le fentanyl, le crack et l'héroïne n'aggraveront pas la situation en matière de criminalité, qui est déjà désastreuse dans ce secteur.

M. Martin Pagé: En fait, le service d'injection supervisée de Dopamine contribue positivement à réduire la consommation dans les lieux publics. Les services destinés à la réduction des méfaits peuvent tout à fait contribuer de façon positive à la communauté. Il faut dire que, bien avant la mise sur pied des services de l'organisme, on observait dans ce quartier une situation sociale très précaire. Celle-ci n'est pas attribuable uniquement à la consommation de drogues, mais aussi à la pauvreté et à l'historique de notre communauté.

Le service d'injection supervisée de Dopamine n'a fait qu'améliorer la situation, puisque les personnes, plutôt que de consommer dans des lieux publics, viennent consommer dans nos locaux, où nous leur offrons un encadrement et une supervision. Par exemple, notre service n'a pas fait augmenter la quantité de matériel laissé derrière dans les espaces publics. Au contraire, on a observé une baisse à cet égard. Il n'y a donc eu de hausse sur aucun plan. Il y a surtout eu une baisse de la consommation dans les lieux publics.

• (1130)

Mme Laila Goodridge: J'ai vu dans l'actualité que des parents étaient préoccupés de savoir que leurs enfants étaient à proximité du centre Dopamine.

Qu'avez-vous à dire aux parents dont les enfants jouent tout près de votre centre?

M. Martin Pagé: Je ne sais pas si vous avez eu l'information exacte sur notre organisation, mais il n'y a pas d'école située à côté de nous. Cela dit, toutes les écoles avoisinantes ont été informées. Dopamine a toujours maintenu une communication avec sa communauté. En effet, comme notre groupe est issu de la communauté, Dopamine a toujours travaillé avec les familles et les écoles avoisinantes. Je précise qu'il n'y a eu aucun incident.

Mme Laila Goodridge: Je suis heureuse de l'entendre.

[Traduction]

Madame Sturko, vous avez dit une chose qui m'a vraiment frappée, à savoir qu'il s'agissait en fait d'un pansement sur une plaie béante. Qu'avez-vous vu à l'égard du détournement dans vos fonctions en Colombie-Britannique, en tant qu'élue et ancienne agente d'application de la loi? Craignez-vous ce phénomène?

Mme Elenore Sturko: Oui, je suis très préoccupée...

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Madame Sturko, si je peux vous interrompre, vous avez environ cinq secondes pour répondre à cette question. Vous devrez peut-être y revenir.

Mme Elenore Sturko: C'est bien. Je dirai simplement en cinq secondes que, oui, le détournement est une préoccupation. C'est un sujet dont j'ai beaucoup entendu parler, et j'ai hâte d'en dire plus lorsque j'aurai plus de cinq secondes.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Je vous en remercie infiniment.

[Français]

Madame Lapointe, vous avez la parole pour six minutes.

Mme Viviane Lapointe (Sudbury, Lib.): Merci, monsieur le président.

[Traduction]

Ma question s'adresse à Mme Oviedo-Joekes. Dans ma collectivité de Sudbury, nous avons enregistré le plus grand nombre de décès par habitant liés aux opioïdes de toute la province de l'Ontario. C'est un problème très grave dans ma collectivité et dans tout le Nord de l'Ontario, où nous manquons vraiment de ressources et d'infrastructures. J'aimerais beaucoup entendre vos réflexions sur la façon dont nous pouvons mieux soutenir les personnes qui vivent dans des collectivités rurales et éloignées et qui consomment des drogues.

Mme Eugenia Oviedo-Joekes: Merci beaucoup. Je suis vraiment désolée de la situation qui frappe votre région.

La première chose, comme je le disais, c'est que la collaboration est essentielle. Aucune décision venant du haut ne pourra fonctionner si nous ne travaillons pas avec la communauté et ne comprenons pas ses valeurs. Il ne faut pas se contenter de dire qu'il faut prendre telle substance et faire telle autre chose sans savoir si la communauté est prête et va l'accepter. Nous devons partir de là et essayer d'offrir toutes les options possibles.

Comme je l'ai dit, chaque groupe a des priorités particulières et des enjeux précis avec lesquels nous devons composer. Dans certains cas, si les médicaments ne sont pas disponibles, les gens ne peuvent pas se déplacer. C'est un problème très important qu'il faudra résoudre.

Les restrictions dans les politiques seront un obstacle que nous espérons pouvoir surmonter avec le gouvernement provincial ou fédéral afin de pouvoir rejoindre toutes les personnes de la collectivité et les personnes handicapées qui ne peuvent pas venir chaque jour. Il y a tous ces autres recoupements.

Parfois, les femmes ne veulent pas se trouver au même endroit que des gens qui ont été violents à leur endroit.

C'est en quelque sorte ce qu'il faut faire. Il faut commencer à travailler ensemble et à comprendre les problèmes de la collectivité et voir comment nous pouvons collaborer de ce côté.

Je ne sais pas si j'ai répondu à votre question.

Mme Viviane Lapointe: Je vous remercie, madame.

Dans votre déclaration préliminaire, vous avez dit que nous devons faire preuve de souplesse pour faire face à l'épidémie d'opioïdes et la crise des drogues toxiques au Canada. Pouvez-vous nous dire à quoi ressemble cette « souplesse » pour tous les organismes et ordres de gouvernement concernés?

Mme Eugenia Oviedo-Joekes: Lorsque nous travaillons avec les médecins prescripteurs et qu'ils veulent offrir des soins centrés sur la personne, ils savent que certains clients ont besoin d'un médicament à base d'opiacés qu'ils ne peuvent pas prescrire parce qu'il n'est pas indiqué pour la consommation d'opioïdes. Au centre-ville de Vancouver, la personne est considérée comme un groupe de pression et peut prescrire des médicaments pour un usage non conforme, mais à d'autres endroits, ce soutien n'est pas possible. Puisque le médecin est seul, il ne peut prescrire que quelques substances. Il n'y a pas de prescripteurs.

L'idée, c'est d'avoir la souplesse nécessaire pour offrir tous les médicaments disponibles qui, nous le savons, sont fondés sur des données probantes. Ensuite, lorsqu'un client s'adresse à vous, vous pouvez avoir une conversation avec lui et lui dire: ne partez pas, j'ai quelque chose pour vous. C'est le médicament qui vous convient le mieux.

Cette personne n'est peut-être pas prête à prendre des médicaments à emporter, mais il faut travailler avec elle. Peut-être que cette personne est prête à ce que quelqu'un l'accompagne ou qu'un membre de sa famille l'aide. Il y a tellement de façons de travailler avec des gens qui ne sont pas supervisés ou qui sont laissés à eux-mêmes.

Est-ce que cela répond à votre question?

● (1135)

Mme Viviane Lapointe: Oui, vous y avez répondu. Merci, madame.

J'ai remarqué que vous êtes titulaire de la Chaire de recherche du Canada de niveau 1 sur les soins axés sur la personne en toxicomanie et en santé publique. Pouvez-vous dire au Comité comment le Canada peut améliorer sa prise de décisions, qui reposent sur des pratiques d'ici fondées sur des données probantes? Quels sont les autres modèles, peut-être à l'extérieur du Canada, que nous pourrions examiner et qui sont de bonnes pratiques fondées sur des données probantes?

Mme Eugenia Oviedo-Joekes: La première chose, c'est qu'il y a des preuves que cette supposée « expérience » a sauvé des vies. Le Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique a révélé dans le *British Medical Journal* que l'initiative avait sauvé des vies. Si nous sommes en désaccord, opposons-nous en connaissant la vérité. Il est tout à fait juste d'être en désaccord, mais il faut connaître la vérité afin que nous puissions construire plutôt que de revenir en arrière. Il faut bâtir parce que nous manquons toujours de services.

La décriminalisation fonctionne dans tous les pays. Il n'est pas utile d'envoyer des personnes en prison parce qu'elles consomment des substances, peut-être en Chine... Il faut bâtir et faire mieux, pas empirer les choses.

Il y a de petites choses que nous accomplissons; nous devons faire mieux. Que pouvons-nous améliorer? Que pouvons-nous y ajouter? C'est un peu l'idée. Si vous n'êtes pas d'accord avec cette mesure, ajoutez-y quelque chose. Ne détruisons pas les petites choses que nous construisons ensemble.

Au bout du compte, nous sommes tous dans le même bateau. Lorsque des gens meurent, ils n'ont pas de timbre pour faire la fête. Ils meurent tout simplement. La plupart des gens qui succombent vivent dans la pauvreté.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Madame, je vais devoir vous arrêter ici. Votre temps est écoulé. Je vous remercie.

Mme Eugenia Oviedo-Joekes: Merci. Désolée, je ne savais pas que mon temps était écoulé.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Chers collègues, nous allons faire une autre tentative, et nous aurons ensuite tout essayé. C'est un peu inhabituel, comme je l'ai dit, mais nous avons essayé de nous déconnecter et de nous reconnecter pour rejoindre Mme Lovegrove.

En supposant que le Comité souhaite entendre Mme Lovegrove, si c'est possible — je vois que tout le monde est d'accord —, il lui reste deux minutes, alors nous allons réessayer.

Madame Lovegrove, vous avez la parole pendant deux minutes.

Mme Sarah Lovegrove: Je vous remercie beaucoup.

Comme je le disais, je veux vous faire part de mon expérience sur les effets de domino complexes de cette crise de santé publique qui se double d'une crise nationale de soins de santé et d'une pénurie de fournisseurs. Les infirmières canadiennes quittent les lignes de front en grand nombre en raison de l'épuisement professionnel, de la détresse psychologique, des blessures morales et des traumatismes, et j'en parle précisément aujourd'hui parce que je suis du nombre. J'ai quitté mon emploi au service d'urgence de Nanaimo...

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Excusez-moi, madame Lovegrove, pourriez-vous parler un peu plus lentement, s'il vous plaît? Cela pourrait sans doute aider. Je vous remercie.

Mme Sarah Lovegrove: D'accord.

J'ai quitté ma profession avec un grave trouble de stress post-traumatique en 2018, après le premier pic de décès par intoxication au fentanyl et à l'époque du plus grand campement de sans-abri de Nanaimo, le Discontent City.

Le fait d'avoir participé à d'innombrables tentatives ratées de réanimation, d'avoir été témoin du traitement discriminatoire et stigmatisant des personnes qui consomment des drogues, d'avoir vu des patients malades partir avant d'avoir reçu un traitement par crainte de criminalisation, et de ne pas avoir les ressources nécessaires pour prendre soin des gens comme j'ai été formée pour le faire a eu des effets dévastateurs sur ma santé mentale qui m'ont presque tuée. J'étais désespérée et me disais que je n'aurais jamais la capacité de reprendre cette profession que j'aime tant.

En raison de la nature de plus en plus toxique et imprévisible de l'approvisionnement non réglementé des drogues, les personnes qui en consomment subissent des blessures et meurent à des taux croissants comme jamais auparavant et, franchement, les travailleurs de la santé canadiens ne sont pas préparés pour s'en occuper. Cette situation est attribuable à des décennies de mauvaises politiques en matière de drogues qui réduisent ceux qui en consomment à un état inférieur à celui d'être humain.

Aujourd'hui, en tant qu'enseignante, je suis obligée de blinder mes jeunes et bienveillants étudiants en soins infirmiers pour les préparer à une carrière qui les blessera probablement aussi. Je répète qu'il s'agit d'une crise de santé publique et non d'une occasion de recueillir des votes pendant un cycle électoral. La politisation de cette crise tue des gens, et la mise en œuvre réactionnaire de la politique ne fait qu'alimenter la stigmatisation et que contribuer à la propagation alarmiste de fausses informations dangereuses.

Au cours des derniers mois, la Colombie-Britannique a connu une diminution marquée des décès liés aux drogues toxiques, mais après la décision de cette semaine de recriminaliser la consommation de drogues, j'ai le cœur brisé à l'idée de penser qu'encore plus de gens vont mourir.

• (1140)

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Madame Lovegrove, je vais devoir vous arrêter ici. Vous aurez beaucoup de temps pour nous en dire plus à ce sujet pendant la période de questions. Merci de votre patience et merci à vous tous de votre compréhension.

[Français]

Madame Larouche, vous avez la parole pour six minutes.

Mme Andréanne Larouche: Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie l'ensemble des témoins qui sont des nôtres aujourd'hui. Ils nous aident à réaliser l'ampleur de cette crise et l'importance d'y travailler sérieusement en adoptant une approche basée sur les faits et la science, sans politiser ce dossier.

J'aimerais commencer par un petit témoignage personnel. Adolescente, j'ai eu l'occasion d'aller rencontrer les gens de l'organisme CACTUS Montréal. Je peux dire que leurs témoignages ont probablement contribué à faire naître chez moi un intérêt pour le milieu communautaire, dans lequel j'ai travaillé par la suite.

Monsieur Pagé, j'aimerais que vous nous parliez un peu plus de votre organisme. En réponse à une question de ma collègue, vous avez précisé qu'il n'y avait pas d'école près de votre organisme. Elle vous a également posé une question au sujet des services policiers. On sait très bien que l'approche que vous adoptez doit vraiment être considérée dans une perspective de continuum de services.

Dans quel genre d'environnement physique votre organisme est-il situé? Que retrouve-t-on aux alentours?

Par ailleurs, quels liens entretenez-vous avec la police?

M. Martin Pagé: C'est une question complexe et je n'aurai probablement pas assez de temps pour y répondre.

Dopamine a deux installations dans le quartier. Tout à l'heure, on a fait allusion à un parc en face de notre organisme. Il s'agit de notre première installation dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve, qui est notre centre de jour. Dopamine se trouve dans cette maison depuis 2013. En face de cette installation se trouvent un parc et des logements à prix modique. Il y a donc une cohabitation avec l'entourage de façon continue. Nous voulons nous assurer qu'il n'y a pas de seringues laissées à la traîne et qu'il y a une cohabitation harmonieuse.

Le service d'injection supervisée de Dopamine se trouve sur une autre artère, soit la rue Ontario. Au Québec, nous avons les CLSC qui offrent des services de santé. Notre organisme a un local dans un CLSC qui est ouvert le soir. Il y a bien une école secondaire à proximité. Cependant, comme les activités de Dopamine à cet endroit se déroulent le soir, il n'y a pas de cohabitation ou de frictions. Il y a toujours une communication franche entre nous, les acteurs scolaires, les gens de l'entourage ainsi que les citoyens et les citoyennes de la communauté, qu'il s'agisse de l'installation de Dopamine de la rue Ontario ou de celle de la rue Sainte-Catherine.

Je vais essayer de répondre rapidement à l'autre volet de la question.

En ce qui a trait à la relation avec les postes de quartier, Dopamine a toujours eu une relation de communication à tout le moins administrative avec son poste de quartier. L'objectif est de s'assurer que les patrouilleurs comprennent bien notre mission et ce que nous tentons de faire dans la communauté, et aussi de prévenir les incidents.

La communication est un élément clé à plusieurs égards. Comme je l'ai dit dans ma présentation, l'organisme Dopamine est implanté dans la communauté depuis plus de 30 ans maintenant. Sa présence est souhaitée dans la communauté. L'organisme Dopamine existait et était déjà engagé envers la communauté bien avant qu'il commence à offrir des services de consommation supervisée. Nous avons toujours maintenu une communication autant avec les citoyens et les citoyennes qu'avec les autorités plus officielles, que ce soit en matière de santé, de services policiers ou de sécurité.

• (1145)

Mme Andréanne Larouche: Vous avez bien fait de rappeler l'historique d'Hochelaga-Maisonneuve. Les députés du Québec peuvent voir que c'est beaucoup plus complexe et que ce quartier de Montréal a un très long historique à cet égard.

Vous avez aussi un projet d'agrandissement afin d'aménager une salle d'inhalation au cours de la prochaine année. Est-ce que vous avez pu le faire? Pouvez-vous nous parler un peu de ce projet?

M. Brendan Hanley (Yukon, Lib.): Monsieur le président, j'invoque le Règlement. L'interprétation ne fonctionne pas en ligne.

[Traduction]

Le vice-président (M. Stephen Ellis): L'interprétation ne fonctionne pas. Attendez un instant.

[Français]

Mme Andréanne Larouche: J'espère que vous avez arrêté le chronomètre pour moi, monsieur le président.

[Traduction]

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Chers collègues, nous allons devoir suspendre la séance pendant quelques minutes.

• (1145)

(Pause)

• (1149)

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Chers collègues, je pense que le problème est réglé.

Nous devons terminer cette partie de la réunion à 13 heures, alors veuillez en tenir compte.

[Français]

Madame Larouche, vous avez la parole pour deux minutes.

Mme Andréanne Larouche: Merci beaucoup, monsieur le président.

Monsieur Pagé, je vais répéter ma question.

Je sais que vous aviez un projet d'agrandissement afin d'aménager une salle d'inhalation au cours de la prochaine année. Est-ce que vous avez pu le faire? Pouvez-vous nous faire une mise à jour du projet et nous l'expliquer?

M. Martin Pagé: Oui. Merci beaucoup.

Dans l'état actuel des choses, nous avons besoin de services et d'espaces pour accueillir les gens de la communauté autant de jour que de soir. Nos deux installations ont des heures d'ouverture complémentaires. Pour l'instant, nous n'offrons pas de services d'injection et d'inhalation le jour, chose que nous tentons de faire. Nous avons le feu vert des autorités de santé publique, mais nous sommes encore au début de cette démarche. Nous devons d'abord évaluer la faisabilité du projet dans notre immeuble, sur le plan technique.

C'est pourquoi je demandais qu'on facilite la réalisation de projets comme celui-là, qui ne font qu'améliorer la qualité de vie des communautés, puisque les personnes viennent consommer à l'intérieur, sous supervision.

Finalement, c'est pour élargir nos heures d'ouverture et offrir des services de jour et de soir que nous tentons de réaliser ce projet. Toutefois, nous n'en sommes qu'au début.

Cela dit, merci de m'avoir posé cette question.

• (1150)

Mme Andréanne Larouche: De quelle façon cela bonifierait-il le travail que vous faites auprès des gens qui viennent chez vous?

[Traduction]

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Monsieur Pagé, veuillez répondre en 10 secondes, s'il vous plaît.

[Français]

M. Martin Pagé: D'accord. Alors, je dirais que ça permettrait de sauver des vies, de sauver des vies et de sauver des vies.

Mme Andréanne Larouche: Merci.

[Traduction]

Le vice-président (M. Stephen Ellis): C'était excellent et en moins de 10 secondes.

Le dernier intervenant pour cette série de six minutes est M. Julian.

Vous avez la parole pour six minutes.

M. Peter Julian: Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci à chacun de nos témoins.

Votre témoignage montre à quel point il est important pour nous de veiller à réduire les taux de mortalité partout au pays. Chaque décès est important.

Madame Lovegrove, comme vous y avez fait allusion dans votre exposé, chaque victime est un cœur qui a cessé de battre et une famille et une communauté qui sont en deuil. Nous devons agir.

J'aimerais commencer par poser les questions suivantes à Mme Oviedo-Joekes et à Mme Lovegrove: qu'est-ce que le gouvernement fédéral devrait faire de plus? Devrait-il déclarer une urgence sanitaire nationale en voyant le nombre de cas augmenter en Alberta et en Saskatchewan? Devrait-il financer des centres de consommation supervisée afin que nous puissions réduire le nombre de décès, en particulier dans les Prairies, où il est incroyablement élevé et augmente chaque jour?

Madame Oviedo-Joekes, vous avez parlé des opinions divergentes et de la vérité. Quels sont les torts créés par les gens et les politiciens qui font de fausses affirmations pour ce qui est de faire face à cette urgence de santé publique?

Mme Eugenia Oviedo-Joekes: Je vais laisser Mme Lovegrove parler en premier.

Mme Sarah Lovegrove: Je crois fermement que nous devons absolument prendre toutes les mesures nécessaires pour endiguer cette crise. Le gouvernement fédéral a aussi la possibilité de réglementer l'approvisionnement en drogues et d'offrir un approvisionnement licite dans l'ensemble du pays pour réduire les décès qui résultent d'un approvisionnement non réglementé et toxique.

Il faut déclarer un état d'urgence nationale. Il faut mettre en place des centres de prévention des surdoses dans toutes les collectivités du pays, investir dans la réduction des méfaits et offrir un approvisionnement réglementé et sécuritaire à tous les Canadiens.

M. Peter Julian: Madame Lovegrove, en ce qui concerne ma deuxième question, le fait de dire la vérité, quels sont les torts créés par les personnes qui font de fausses affirmations ou qui répandent des faussetés?

Mme Sarah Lovegrove: Ces personnes causent des torts irréparables au pays aux personnes qui consomment des drogues. Des gens meurent en raison de la stigmatisation; des gens n'utilisent pas les services par crainte de la stigmatisation.

Lorsque des politiciens se servent de la crise pour gagner des votes ou mousser leur carrière, ils causent des torts qui vont tuer des gens. Ils doivent fonder leurs décisions et leurs affirmations en public sur des données probantes et utiliser l'expertise de personnes comme les témoins qui sont ici aujourd'hui, plutôt que d'écouter les opinions et les préjugés prohibitionnistes qui ne font qu'exacerber davantage la stigmatisation de ceux qui consomment des drogues.

M. Peter Julian: Je vous remercie.

Madame Oviedo-Joekes, je vais vous poser la même question à propos de ce que le gouvernement doit faire, ainsi que des opinions divergentes et de la vérité dont vous avez parlé.

• (1155)

Mme Eugenia Oviedo-Joekes: Pour faire suite à ce que vous dites, nous devons offrir toutes les options aux gens. Si j'étais aux prises avec un problème de consommation, nous ne saurions pas où j'en serais aujourd'hui ou dans 10 ans. Ce n'est pas une condamnation à mort, mais il a été prouvé que les traitements fondés sur la non-consommation de toute substance — les traitements dits « fondés sur l'abstinence » — ont un taux de réussite de seulement 5 %.

Le simple fait de tenir la *bandera* — désolée pour ce terme en spanglais — et de dire « c'est ce qu'il faut faire » ne fonctionne pas, parce qu'on ne peut pas offrir un seul traitement. On doit les offrir tous parce que les gens se trouvent à différents moments à différentes étapes.

Une personne peut vouloir emprunter une voie, et une autre être prête pour autre chose. Une autre encore pourrait ne vouloir que des produits injectables, et une autre vouloir que ce soit fondé sur des données probantes.

Si vous mentez et dites qu'il est prouvé que cela n'a pas fonctionné, que vous avez l'autorité et prenez la parole, et que vous dites cela simplement parce que vous l'avez entendu aux nouvelles, vous créez de la panique et de la peur chez les gens qui ont des enfants, chez les gens qui ne lisent pas. Il y a ensuite tout un groupe de gens qui disent que cela ne fonctionne pas. L'abus de pouvoir est malsain.

M. Peter Julian: Je suis profondément attristé par le taux de mortalité en Alberta, qui est maintenant le plus élevé au pays. À Lethbridge, ce taux est de 137,5 pour 100 000 habitants. Je suis profondément attristé par ces statistiques qui parlent d'une augmentation de 17 % en Alberta et de 23 % en Saskatchewan.

Lorsque nous parlons de ces tragédies qui se produisent actuellement dans des provinces comme l'Alberta et la Saskatchewan, quelle est votre réaction?

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Je suis vraiment désolé, monsieur Julian, mais nous avons déjà dépassé le temps alloué. Vous devrez garder cette question pour votre prochaine intervention.

Merci, chers collègues.

Lors de la prochaine série de questions, le temps sera réparti différemment, alors j'encourage les témoins à écouter attentivement pour savoir combien de temps il leur reste pour répondre à la question.

Sur ce, monsieur Kitchen, vous avez la parole pendant cinq minutes.

M. Robert Kitchen (Souris—Moose Mountain, PCC): Merci, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins d'être avec nous aujourd'hui. Nous vous en sommes reconnaissants.

Je vais commencer par M. Pagé.

Je suis désolé.

[Français]

Je parle un petit peu français, mais je parle plus lentement en français.

[Traduction]

C'est ainsi.

J'ai trouvé très intéressant que votre organisme s'appelle Dopamine. Je trouve cela intéressant, car la dopamine représente 80 % de la teneur en catécholamine du cerveau. Elle joue un rôle dans le plaisir, la satisfaction et la motivation, ainsi que dans la concentration et le mouvement. J'ai trouvé intéressant que vous utilisiez ce nom pour désigner votre organisme.

Vous avez aussi parlé de la naloxone. L'impression que j'ai eue à ce sujet, c'est que ce n'est pas un produit facilement accessible dans votre région. Au fil des ans, et dans mes discussions avec des ambulanciers paramédicaux, etc., le fait de pouvoir utiliser la naloxone est une question qui les inquiète beaucoup.

Ce qui les inquiète dans certains cas, c'est que, lorsqu'ils administrent de la naloxone, ils doivent se reculer, parce qu'ils craignent que, dès qu'ils l'administrent au patient... Lorsque la personne sort de l'état dans lequel elle se trouve, elle est souvent violente. Je me demande si vous pourriez nous parler de cet aspect de la naloxone.

[Français]

M. Martin Pagé: J'espère avoir bien compris la question.

Si je disais qu'il était important que la naloxone soit accessible et distribuée facilement dans les communautés, c'est parce qu'il y a encore des endroits où elle est plus difficile d'accès, malheureusement. Or, elle demeure un antidote efficace aux surdoses d'opioïdes.

Quant à la crainte de premiers répondants, je dirais que ce n'est pas tant une réaction violente. C'est la réaction qui peut être perçue, mais c'est plutôt que la naloxone remet souvent la personne dans un état de sevrage. J'ajouterais que, malgré leur réaction parfois un peu sèche après avoir reçu une dose de naloxone, les personnes sont plutôt contentes de se savoir en vie.

Il faut quand même équilibrer ce genre de discours. La naloxone sauve des vies. La réduction des méfaits sauve des vies.

C'est un effet de l'antidote: les gens retournent parfois en état de sevrage. Je n'ai jamais entendu d'histoires ou d'anecdotes où une personne avait eu un éveil violent ou quelque chose de cet ordre. Ce sont plutôt des éveils agités ou surpris, par exemple. Il s'agit d'avoir les bonnes techniques d'intervention. Il faut savoir non seulement comment administrer la naloxone, mais aussi comment travailler avec les personnes qui consomment des drogues. C'est aussi un savoir nécessaire pour travailler dans notre domaine.

• (1200)

[Traduction]

M. Robert Kitchen: Merci beaucoup.

Madame Sturko, je vous remercie beaucoup d'être venue et d'être ici en personne.

Vous avez parlé un peu de traitement et de réadaptation. Les Canadiens regardent le débat que nous avons ici, et beaucoup d'entre eux sont inquiets. Où en sont les mesures pour favoriser la réadaptation? À mon avis, il est très important d'accorder la priorité au rétablissement.

Nous savons que plus de 23 800 personnes souffrent de lésions cérébrales hypoxiques en raison d'une dépendance aux drogues. Cela aura une incidence énorme sur les provinces pour prendre soin de ces personnes. Je me demande si vous pourriez nous dire ce que vous en pensez.

Mme Elenore Sturko: Ce que nous constatons en Colombie-Britannique, c'est qu'il y a assurément un grand nombre de personnes qui ont subi des lésions cérébrales à la suite d'une surdose.

J'ai moi-même administré de la naloxone à des gens dans le cadre de mes fonctions. Je suis une ancienne agente de la GRC. Je peux dire que l'une des choses qui m'inquiétaient vraiment, c'est que j'étais parfois dépêchée auprès d'une personne qui était inconsciente et présumée en surdose. Il n'y avait pas d'ambulance disponible en Colombie-Britannique. Il me fallait cinq ou six minutes pour me rendre sur place. Pendant tout ce temps, la personne avait une respiration superficielle, respirait très peu, ou ne respirait pas du tout. Ensuite, la naloxone...

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Madame Sturko, je suis désolé, mais je dois vous interrompre de nouveau. Le temps de parole du député est écoulé. Je m'en excuse. Vous pourrez y revenir, j'en suis sûr.

[Français]

Madame Brière, vous avez la parole pour cinq minutes.

[Traduction]

Mme Élisabeth Brière (Sherbrooke, Lib.): Merci, monsieur le président.

Madame Sturko, dans votre allocution, vous disiez que les indicateurs n'ont pas été atteints.

Je suis la secrétaire parlementaire de la ministre de la Santé mentale et des Dépendances. Santé Canada surveille les indicateurs de la Colombie-Britannique et nous dit qu'ils sont atteints. Pourriez-vous nous dire quelles sont vos sources?

Mme Elenore Sturko: Je parle de ce qui a été promis par la ministre et de ce qui a été fait. Je peux vous parler un peu de ce qui a été promis par la ministre à l'époque. Nous devons obtenir des indicateurs de référence et avoir un ensemble solide d'indicateurs en matière de santé et de sécurité publique. La ministre, Carolyn Bennett à l'époque, en mai 2022, a dit que nous serions en mesure de déterminer non seulement combien de vies ont été sauvées, mais aussi combien de visites à l'urgence et d'hospitalisations il y a eu, et ce que nous entendions à l'époque de la part des maires des villes au sujet des délits mineurs. Elle a dit que tous ces indicateurs nous diraient si nous endiguons vraiment cette crise.

Ensuite, huit mois plus tard, il y a eu une autre conférence de presse en Colombie-Britannique, et c'était au début du projet pilote. À ce moment-là, la ministre Bennett a dit qu'ils allaient avoir besoin d'au moins trois mois pour organiser cela... et pour informer les gens des indicateurs qui ont été choisis. Il semble donc que, huit mois plus tard, les indicateurs n'étaient pas encore choisis. Elle poursuivait en disant que si les gens avaient des idées ou préféreraient d'autres indicateurs, qu'il s'agisse d'une petite entreprise ou si les gens disaient... et elle se demandait s'il y aurait d'autres éléments à mesurer pour évaluer l'efficacité du programme. Un élément qui figurait dans la lettre d'exigences était qu'il y aurait plus de traitements, plus de soins.

Le *Journal of Community Safety and Well-Being* a publié une étude selon laquelle, juste avant l'entrée en vigueur de la décriminalisation, 64 % des collectivités desservies par la GRC en Colombie-Britannique n'avaient accès à aucun traitement ou programme de désintoxication. Cela veut dire que la majorité des villes de la Colombie-Britannique n'avaient pas accès à ces services. Ce n'est pas le seul service qui devrait être offert, mais c'était l'une des exigences pour les augmenter afin de nous assurer d'être prêts. Quand la stigmatisation diminuerait et que les gens pourraient être aiguillés vers des services, ces services seraient là. Malheureusement, ils n'existent toujours pas.

• (1205)

Mme Élisabeth Brière: D'accord, mais tous ces indicateurs sont affichés, et Santé Canada a confirmé qu'ils respectent la lettre d'exigences.

Mme Elenore Sturko: Eh bien, l'autre élément, c'est qu'au début, la ministre Bennett a promis aux habitants de la Colombie-Britannique que nous aurions un tableau de bord qui serait mis à jour tous les mois. Le tableau de bord serait accessible au public et il y aurait une surveillance en temps réel. Le contexte de la collecte des données a ensuite été modifié, et c'est devenu une analyse sélective. Je peux vous dire que je suis très inquiète. Dans l'une des pages de l'analyse d'avril 2024, qui est la plus récente, on mentionne le nombre de lits de traitement et de clients qui sont servis. Malheureusement, l'analyse porte sur l'exercice 2022-2023, alors cela ne porte que sur 59 jours de décriminalisation.

Pour que nous puissions dire à ce stade qu'ils ont recueilli des données leur permettant de comprendre pleinement la situation et que les gens ont accès à un plus grand nombre de traitements... Il n'y a pas d'indicateurs pour déterminer si cela a été un succès ou si les gens ont continué à bénéficier de ces services, et c'est très préoccupant.

Mme Élisabeth Brière: J'ai quelques citations que vous avez faites en octobre 2023. Vous avez dit que le gouvernement a mis en place un approvisionnement sûr en hydromorphe, qu'il a été administré à des personnes pour les aider à cesser de consommer des drogues illicites, et qu'il fallait continuer à explorer cette avenue. Vous avez également dit que le gouvernement était censé explorer des solutions de rechange pharmaceutiques aux drogues illicites, et que c'est ce qu'il devrait faire. Vous avez dit que vous appuyiez sans réserve la réduction des méfaits.

J'aimerais savoir si vous maintenez toujours ce que vous avez dit à ce moment?

Mme Elenore Sturko: Je pense que ce qu'il faut noter, ce sont les préoccupations que j'ai soulevées depuis que je suis député à l'Assemblée législative. Il s'agit du manque de données probantes sur l'efficacité du programme et, certainement, de n'absolument pas avoir examiné les choses qui peuvent nuire à la collectivité.

Bien qu'il soit important que nous poursuivions la recherche et que nous trouvions des moyens de traiter les gens et de veiller à ce qu'ils puissent être protégés contre les surdoses grâce à, par exemple, des solutions de rechange pharmaceutiques sous supervision et des programmes de surveillance, très peu de données, voire aucune, ont été recueillies en Colombie-Britannique sur des questions comme le détournement de l'approvisionnement sûr, ce qui me préoccupe énormément.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Madame Sturko, je dois encore vous interrompre. Je suis désolé.

[Français]

Madame Larouche, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

Mme Andréanne Larouche: Merci, monsieur le président.

Je vais m'adresser encore une fois à M. Pagé.

J'aimerais revenir un peu sur vos propos au sujet de la cohabitation. On parle beaucoup de cohabitation dans les endroits où se trouvent des organismes comme le vôtre. Pour améliorer la cohabitation entre les personnes qui souffrent de dépendance et le reste de la population, devrait-on avoir plus de sites d'injection supervisée?

Nous avons parlé tout à l'heure de votre projet d'agrandissement. Dites-nous pourquoi il serait important d'avoir plus de sites d'injec-

tion supervisée et de centres d'inhalation supervisée pour améliorer la cohabitation.

• (1210)

M. Martin Pagé: Il est important d'avoir plus de services de réduction des méfaits, pour la simple et bonne raison que ces projets fonctionnent depuis de nombreuses années. On parle dans ce cas-ci de sites d'injection sécuritaire, mais on pourrait aussi parler de prévention de maladies infectieuses comme l'hépatite C.

Quand les personnes qui consomment des drogues dans une communauté sont en contact avec des travailleurs et des travailleuses du secteur communautaire ou du secteur de la santé, on peut faire un travail de prévention qui aura des effets positifs à long terme. De plus, ça améliore la cohabitation, puisque les personnes ne se cachent plus dans une ruelle, un corridor ou un parc pour consommer leurs substances. Elles vont plutôt le faire dans des espaces sécuritaires, propres et exempts de stigmatisation, autant de jour que de soir. C'est pour ça que nous voulons augmenter ces services.

Par ailleurs, il faut aussi avoir une bonne communication. J'en ai parlé tantôt. Il faut que les organisations communautaires soient suffisamment financées non seulement pour maintenir les services en place, mais aussi pour avoir des travailleurs et des travailleuses qui sont en communication avec les personnes de la communauté. Je pense ici aux travailleurs et aux travailleuses de rue, aux travailleurs de milieu, ou encore aux travailleurs de corridor en milieu scolaire. Il faut d'autres acteurs pour s'assurer d'une bonne cohabitation dans une communauté.

Il ne faut pas créer de tension au sein de la communauté à l'égard de projets fondés sur la réduction des méfaits, dont l'objectif est, je le répète, de sauver des vies et de maintenir une qualité de vie pendant les périodes de consommation.

On ne doit pas mélanger ces deux concepts, bien qu'ils doivent s'embrasser, littéralement. On doit établir une bonne communication avec la communauté, mais surtout fournir des services qui sauvent des vies. Alors...

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Je suis désolé de vous interrompre, monsieur Pagé. Je sais que c'est court, deux minutes et demie.

Merci beaucoup.

[Traduction]

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

M. Peter Julian: Merci, monsieur le président.

Madame Sturko, je vous souhaite la bienvenue. En tant que Britannico-Colombiens, nous avons des responsabilités, je pense que nous en conviendrons. Nous devons nous attaquer à cette crise des drogues toxiques. Je suis heureux que vous soyez ici aujourd'hui.

J'aimerais que vous nous disiez quel était le taux de mortalité lié aux drogues toxiques en Colombie-Britannique en mars 2023, et ce qu'il était un an plus tard, en mars 2024, selon le bureau du coroner de la Colombie-Britannique.

Mme Elenore Sturko: Je n'ai pas [inaudible].

M. Peter Julian: D'accord. Je vais vous le dire. Il était de 46,2 en 2023 et de 40,3 en 2024. Cette différence a permis de sauver des centaines et des centaines de vies en Colombie-Britannique.

Maintenant, comme Mme Brière vous l'a demandé, vous avez déclaré publiquement... et je sais que lors de conversations précédentes avec vous, vous avez dit des choses comme: « Nous ne revenons pas sur la nécessité de réduire les méfaits »; « Nous sommes de tout coeur avec vous, nous voulons sauver les gens »; et que vous êtes en faveur de la décriminalisation et de la réduction des méfaits.

Vous n'avez pas été claire dans votre réponse à Mme Brière. Avez-vous changé votre position sur la décriminalisation? Compte tenu de ces chiffres, pourquoi n'y seriez-vous pas favorable? Même si nous devons modifier et améliorer le programme, pourquoi ne l'appuieriez-vous pas lorsque des vies sont sauvées?

Mme Elenore Sturko: Tout d'abord, oui, j'ai changé d'avis sur la décriminalisation. Je tiens également à préciser qu'il est important de noter qu'il y a eu, même au cours des années ou des mois précédents, des diminutions du nombre de décès par surdose, même plusieurs mois de suite, pour ensuite être suivies d'augmentations. Ça s'est certainement produit. J'ai déjà entendu des membres du Comité en parler.

Je peux vous dire que nous avons vu, par les années passées, des tendances comme celles-ci qui sont ensuite montées en flèche pendant des mois et qui ont été suivies, encore une fois sur plusieurs années, par les pires bilans de décès par surdose que nous ayons connus.

M. Peter Julian: Je suis désolé. C'est mon temps de parole, et il est très court.

Je voulais vous poser une question au sujet de Moms Stop the Harm. Les avez-vous rencontrés?

Mme Elenore Sturko: Non.

M. Peter Julian: Ce sont des familles de victimes de la crise des drogues toxiques. Ils ont beaucoup insisté sur la mise en place d'une gamme de services, y compris la réduction des méfaits, la décriminalisation et l'approvisionnement sûr.

Pourquoi ne pas les rencontrer pour entendre ce que ces familles ont à dire et comprendre l'importance de disposer de divers outils pour réduire le taux de mortalité, ce qui, je pense que nous en convenons, est une chose nécessaire?

• (1215)

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Je suis désolé, monsieur Julian. Votre temps est écoulé depuis longtemps. Je m'en excuse. Je demande à tous les députés de surveiller leur temps de près.

Madame Sturko, j'espère que vous aurez le temps de répondre à cette question à un autre moment. Bien sûr, vous pourrez soumettre votre réponse par écrit au Comité.

Sur ce, nous allons passer à Mme Goodridge.

Vous avez la parole pour cinq minutes.

Mme Laila Goodridge: Merci, monsieur le président.

Madame Sturko, vous allez rester sur la sellette encore un peu.

Vous n'avez pas eu l'occasion d'expliquer vos préoccupations au sujet du détournement en raison de certaines contraintes de temps. En tant que personne qui vit dans le Lower Mainland et qui représente une circonscription du Lower Mainland, et en tant qu'ancienne agente d'application de la loi, dans quelle mesure le détournement vous préoccupe-t-il, et qu'avez-vous vu sur le terrain en Colombie-Britannique?

Mme Elenore Sturko: Ma préoccupation au sujet du détournement de l'approvisionnement sûr est double.

La première préoccupation, et probablement celle qui m'a le plus touché, en fait, c'est l'impact que cela a eu sur les jeunes. J'ai rencontré des médecins, mais j'ai aussi rencontré les parents de jeunes qui ont succombé à une surdose.

L'un des premiers pères que j'ai rencontrés s'appelait Dave. Sa fille est morte d'une surdose de fentanyl. Au moment de son décès, elle avait dans sa chambre plusieurs bouteilles d'hydromorphone provenant d'un approvisionnement sûr qui ne lui avaient pas été prescrites. Je lui ai parlé et il m'a dit que sa fille avait commencé à consommer du cannabis, puis qu'elle avait commencé à expérimenter d'autres drogues.

Je trouve cela alarmant. Je pense que, étant donné qu'il n'y a pas vraiment eu d'étude en Colombie-Britannique sur les répercussions du détournement de l'hydromorphone sur la crise des surdoses, il faut y accorder plus d'attention.

Ma deuxième préoccupation, c'est que nous constatons maintenant, en Colombie-Britannique, que l'hydromorphone détournée est trouvée par la police dans le cadre de ses enquêtes sur les drogues. Des policiers ont même témoigné, je crois, devant ce comité, qu'il y a un lien entre certaines de ces enquêtes et le crime organisé.

Mme Laila Goodridge: Êtes-vous en train de dire que la police de la Colombie-Britannique se rend compte que l'approvisionnement sûr du gouvernement — ou l'approvisionnement dit sûr — alimente le crime organisé et les gangs?

Mme Elenore Sturko: Oui.

La police a publié des communiqués de presse et a fait état dans les médias d'enquêtes sur les drogues qui ont un lien avec le crime organisé. Les activités des gangs en Colombie-Britannique sont évidemment une préoccupation, alors tout type de trafic ou de programme gouvernemental qui mettrait de l'argent entre les mains du crime organisé et des gangs est une préoccupation majeure.

Cela ne veut pas dire que nous devons cesser d'aider les gens, mais lorsqu'il y a des moyens de réduire les risques et de contribuer à endiguer le flot de drogues entre les mains des criminels, nous devons absolument le faire.

Mme Laila Goodridge: Un autre élément que je trouve vraiment intéressant, c'est que les taux de surdose chez les enfants en Colombie-Britannique ne cessent d'augmenter. La ministre responsable de l'enfance a déclaré qu'elle pensait que la ministre de la Santé mentale et des Dépendances faisait un excellent travail et qu'elle avait confiance en cette politique et en son orientation.

Nous savons que les opiacés créent une forte dépendance. De nombreux médecins sont venus témoigner devant notre comité à ce sujet. Quelles sont les répercussions sur les familles dont les enfants ont commencé avec ce soi-disant approvisionnement sûr, et qu'elles croyaient sûr parce qu'il a été présenté comme tel?

Mme Elenore Sturko: L'une des histoires les plus marquantes et les plus terribles que j'ai entendues est celle d'un père qui s'appelle Greg. Sa fille a commencé à consommer de la drogue à l'âge de 14 ans. Elle est morte à 15 ans. La répercussion généralisée est qu'elle et ses amis consommaient de la drogue ensemble. Parmi ces jeunes, une fille est toujours en vie. Elle a déclaré qu'elle et ses amis avaient commencé par se procurer des doses de dilués; c'est ainsi que l'on appelle les comprimés d'hydromorphone Dilaudid dans la rue. Ils pensaient que c'était sans risque.

Ils ont commencé à être malades. Au début, ils en prenaient une fois de temps en temps, puis ils ont ressenti le besoin d'en prendre plus souvent. Ils en sont ensuite arrivés au point où, s'ils arrêtaient d'en prendre, ils se sentaient malades. Lorsqu'elle n'a plus été en mesure de gérer ses symptômes de sevrage, ne serait-ce qu'en prenant des doses de dillies, la seule fille du groupe qui a survécu a commencé à prendre du fentanyl. Bien qu'elle ait eu accès à un traitement par agonistes opioïdes à l'époque, elle consomme toujours de la drogue aujourd'hui. Je connais très bien sa mère. Elles vivent quelque chose d'épouvantable.

Il n'y a pas assez de mesures de soutien ni de services, et ce problème est très répandu. Lorsqu'il touche des enfants ou même de jeunes adultes ou des adultes, il a une incidence sur leurs groupes d'amis.

L'une des choses les plus importantes qui me préoccupent vraiment... Si vous me le permettez, j'aimerais lire ce qui suit aux fins du compte rendu. Il s'agit des renseignements sur les médicaments que Purdue Pharma fournit aux patients. On peut y lire:

Vous ne devez jamais donner DILAUDID à quelqu'un d'autre, car cela pourrait causer sa mort. Même une dose unique de DILAUDID, prise par une personne à qui il n'a pas été prescrit, peut entraîner une surdose mortelle. Ceci est encore plus susceptible de se produire chez les enfants.

On y lit également:

Même si vous prenez DILAUDID comme il vous a été prescrit, il existe un risque de toxicomanie, d'abus et de mésusage lié à l'utilisation des opioïdes qui peut entraîner une surdose et la mort. Pour savoir si vous présentez un risque de dépendance, d'abus et de mésusage des opioïdes, il est conseillé de communiquer avec votre prescripteur.

Ce qui me préoccupe, c'est le manque de recherche à ce sujet...

• (1220)

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Madame Sturko, je suis désolé. Je dois vous interrompre. Je pense que c'est un bon moment pour arrêter.

Monsieur Powlowski, la parole est à vous pour cinq minutes.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Nous avons entendu les deux camps sur la question de l'approvisionnement sûr. Certains ont dit qu'il y a suffisamment de données probantes sur les effets bénéfiques de l'approvisionnement sûr — la version canadienne de l'approvisionnement sûr —, qui consiste à obtenir de nombreuses doses de Dilaudid pour ensuite les emporter à la maison.

Nous avons également entendu le contraire de la part de représentants de Santé Canada, qui semblent généralement soutenir l'idée. Cependant, ils ont admis qu'il n'existait pas beaucoup de données probantes pour justifier l'approvisionnement sûr au Canada.

La commission Stanford-Lancet, qui était très opposée à un approvisionnement sûr, a abondé dans le même sens. J'aimerais souligner que dans son examen de l'approvisionnement sûr, la directrice de la santé publique de la Colombie-Britannique a également dit qu'il n'y avait pas beaucoup de bonnes données probantes sur l'approvisionnement sûr.

Il existe cependant de nombreuses données probantes de qualité au sujet du traitement par agonistes opioïdes injectables. L'étude Initiative nord-américaine sur les médicaments opiacés, ou NAO-MI, et l'étude sur l'évaluation de l'efficacité à long terme des opioïdes, ou SALOME, comme l'a souligné Mme Goodridge, proposaient le recours à un traitement sous supervision directe. Une

grande partie des données probantes provenant de la Suisse et des études qui sont à nouveau citées pour justifier l'approvisionnement sûr proposaient aussi le recours à un traitement où l'injection des drogues se ferait sous supervision. À l'époque, cela concernait l'héroïne.

Les inquiétudes relatives au détournement sont, à mon avis, tout à fait légitimes. Les Suisses ont adopté cette approche en raison des préoccupations au sujet du détournement. Bon nombre de gens en Colombie-Britannique meurent encore à cause du fentanyl. C'est ce qui les tue. Même s'ils reçoivent du Dilaudid, ce n'est pas suffisant pour eux. Ils consomment du fentanyl.

Que pensez-vous du traitement par voie intraveineuse sous supervision — comme le modèle suisse —, où les gens peuvent se rendre dans un centre de traitement et s'injecter des doses de fentanyl devant témoins?

Seriez-vous en faveur de cela, ou au moins prêts à l'envisager?

Mme Elenore Sturko: J'ai envoyé une lettre à la ministre Ya'ara Saks, que j'ai également fait parvenir au premier ministre David Eby, pour leur dire que j'appuie des médecins de partout au pays — des spécialistes en toxicomanie —, dont 72 en Colombie-Britannique, qui réclament la prescription de doses devant témoins comme solution de rechange axée sur le rétablissement.

Mon but en venant ici aujourd'hui n'est pas d'empêcher les gens d'obtenir des médicaments qui peuvent sauver la vie, si c'est ce qui est important. Je veux m'assurer que nous comprenons l'ampleur du risque pour la population. Même la Dre Henry a indiqué dans son rapport publié le 1^{er} février — que vous avez mentionné — qu'il y avait un risque pour la population.

Si nous devons fournir des traitements qui, comme l'évoque la Dre Henry dans son rapport, ne sont pas assortis de données probantes suffisantes à ce stade-ci pour être décrits comme étant pleinement fondés sur des preuves, nous devons nous assurer que nous ne causons pas de préjudices involontaires.

M. Marcus Powlowski: Des spécialistes en toxicomanie favorables au traitement par agonistes opioïdes injectables m'ont dit que notre approvisionnement sûr était un peu une option pour les moins nantis parce que le traitement par agonistes opioïdes injectables, où les gens se rendent dans un centre et reçoivent des doses devant témoins, est beaucoup plus coûteux. C'est évidemment un problème pour les gouvernements. Pensez-vous que nous devrions consacrer plus d'argent à ce type de traitement plutôt qu'à l'approvisionnement sûr actuel?

Mme Elenore Sturko: Dans cette situation, il faut soit payer maintenant, soit payer plus tard. Combien en coûte-t-il pour sauver une vie? Lorsque nous réduisons ces questions à ce qu'elles coûtent et que nous examinons les pertes de vies humaines, nous constatons que six personnes perdent la vie chaque jour en Colombie-Britannique. Je pense que s'il existe des solutions de rechange qui peuvent protéger la population contre le détournement, il faut s'assurer de renforcer les stratégies de prévention, d'avertir les gens qu'il n'est pas prudent de prendre les médicaments d'autrui et de réellement protéger le public... Bien sûr, nous devons investir dans toute une gamme de services, mais aussi dans les programmes sociaux, le logement, les initiatives qui aident les gens à atteindre une stabilité, de sorte que s'ils accèdent à des programmes médicaux, ils ont la stabilité sociale nécessaire pour continuer à s'en prévaloir.

• (1225)

M. Marcus Powlowski: J'aimerais poser la même question à Mme Oviedo-Joekes.

Devrait-il y avoir davantage d'installations qui offriraient un traitement sous supervision directe, où l'on pourrait, par exemple, consommer les drogues par voie intraveineuse ou en les fumant, comme solution de rechange à l'approvisionnement sûr actuel où les gens emportent des comprimés à la maison?

Mme Eugenia Oviedo-Joekes: Il s'agit certainement d'une solution de rechange. Il ne faudrait toutefois pas se contenter d'ouvrir de nouvelles installations. Il faudrait intégrer ces traitements aux services déjà en place. L'ouverture de nouvelles installations peut être coûteuse. Si vous intégrez ces traitements aux services existants, vous les rendez accessibles au plus grand nombre. Ainsi, les personnes qui délaissent un traitement peuvent se tourner vers un autre traitement, si elles sont prêtes à passer de la prise de médicaments par injection à la prise de médicaments par voie orale.

M. Marcus Powlowski: Je vous remercie.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Chers collègues, pour que tout le monde sache où nous en sommes, il semble que nous ayons encore le temps de faire une autre série de questions, ce qui nous prendra environ 25 minutes de plus.

Madame Goodridge, vous avez la parole pour cinq minutes.

Mme Laila Goodridge: Au cours des neuf années sous ce gouvernement néo-démocrate-libéral, il y a eu plus de 42 000 décès par surdose, ainsi qu'une augmentation des décès par surdose chez les enfants, ce qui est tragique.

Madame Sturko, pensez-vous que le gouvernement Trudeau gère bien cette crise?

Mme Elenore Sturko: Non, je ne pense pas que les gouvernements, que ce soit à l'échelle provinciale ou fédérale, gèrent bien cette crise. Je suis d'avis que l'on n'a pas suffisamment mis l'accent sur la prévention. Nous continuons à avoir ces discussions sur les services distincts. Bien qu'ils soient importants, il faut absolument développer un véritable cadre pour le pays et pour les provinces, et mettre sur pied un système de soins axé sur le rétablissement qui reposera sur quatre piliers, et non pas sur un seul volet où l'on se contente de se pencher sur une option à la fois. Il faut renforcer considérablement tous les piliers, y compris l'application de la loi.

L'une de mes plus grandes préoccupations est le manque de prévention et de sensibilisation. Je suis particulièrement troublée de voir ce qui se passe avec les jeunes enfants et les familles, et surtout de rencontrer des familles qui ont perdu un enfant. Je tiens à afficher une position ferme aujourd'hui. Je ne dis pas qu'il faille empêcher les gens d'obtenir de l'aide; il faut simplement s'assurer que lorsque les gens demanderont de l'aide, cette aide sera disponible, et que les options de traitement et les options pharmaceutiques qui seront offertes, quelles qu'elles soient, n'augmenteront pas le risque pour autrui.

Mme Laila Goodridge: C'est une bonne introduction à ma prochaine question. Quel est le délai approximatif ou la facilité d'accès aux services de désintoxication dans votre circonscription ou en Colombie-Britannique en général? Quel est le temps d'attente approximatif pour un traitement financé par le gouvernement dans votre province?

Mme Elenore Sturko: Malheureusement — et j'ai quelques notes à ce sujet —, les données sont incomplètes. Le gouvernement est au pouvoir depuis près d'une décennie. En Colombie-Britan-

nique, l'urgence de santé publique dure depuis huit ans. Aujourd'hui, certains ont demandé si le Canada devrait déclarer l'état d'urgence en matière de santé publique. Je tiens à préciser qu'il n'est pas utile de déclarer qu'une situation constitue une urgence de santé publique si l'on ne la traite pas comme telle. Dans notre province, le fait d'avoir déclaré que cette crise était une urgence de santé publique sans toutefois disposer de données sur les temps d'attente pour les traitements, alors qu'il y a tant de collectivités qui n'ont pas accès aux services, même en augmentant l'accès au traitement par agonistes opioïdes... La province a demandé au premier ministre Trudeau de revenir sur sa décision de décriminaliser...

Mme Laila Goodridge: J'étais fière qu'ils aient enfin décidé de reproduire ce que faisait l'Alberta et qu'ils aient mis en place le programme virtuel de dépendance aux opioïdes.

Mme Elenore Sturko: Oui, mais pourquoi avoir attendu si longtemps?

Cela s'est fait huit ans après le début d'une crise, et l'on a attendu jusqu'à la dernière minute, après une expérience ratée, pour présenter une mesure qui aurait pu permettre aux habitants de toutes les provinces, en particulier dans les régions où il n'y a pas d'établissements qui offrent des services, d'avoir accès à une variété de médicaments et de traitements. C'est troublant.

• (1230)

Mme Laila Goodridge: Je reçois souvent des messages de mères qui traversent une période difficile parce que leurs enfants ont une dépendance à la drogue. Aujourd'hui même, j'ai reçu un message d'une mère qui disait: « Je suis vraiment désolée que cela ait été si long. Je suis en mode survie et je me bats pour sauver ma fille. Son amie de 13 ans est morte d'une surdose hier à l'hôpital local, ici, dans une région rurale de la Colombie-Britannique, après qu'on lui ait dit qu'elle pouvait quitter l'hôpital, vendredi, après une surdose. Aidez-nous, s'il vous plaît. Je n'aurais pas la force d'assister aux funérailles d'un autre enfant. Ces enfants méritent tellement mieux que ce système qui les ignore. Les médecins auraient dû la garder conformément à la Loi sur la santé mentale, et ce, jusqu'à ce qu'elle puisse suivre une cure de désintoxication. Une autre famille est anéantie. Bon nombre de ceux qui l'aimaient sont traumatisés. Si rien ne change, il y aura d'autres décès. »

Ce message, en tant que mère et en tant que personne assise là... Le fait que cette belle enfant de 13 ans n'ait pas pu recevoir un traitement de désintoxication et ait obtenu son congé de l'hôpital après avoir fait une surdose, à 13 ans, montre à quel point ce système ne fonctionne pas.

Madame Sturko, avez-vous constaté une augmentation de la capacité pour les traitements de désintoxication au cours des deux dernières années et demie ou des cinq dernières années?

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Excusez-moi, madame Sturko. Veuillez répondre très brièvement.

Mme Elenore Sturko: L'augmentation n'a pas été notable — elle n'a été que minime — et, d'ailleurs, pour ce qui est des jeunes, nous avons appris que le seul centre de traitement pour des troubles de santé mentale et de toxicomanie complexes à Vancouver fermera ses portes.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup.

Nous passons à Mme Sidhu.

Vous avez la parole pour cinq minutes.

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

Je vous remercie, chers témoins, de vos témoignages.

Monsieur le président, avant de poser ma question aux témoins, j'aimerais aborder un autre sujet. J'espère que cela ne prendra pas beaucoup de temps.

Compte tenu des commentaires formulés par Pierre Poilievre la semaine dernière, selon lesquels il pourrait utiliser la disposition de dérogation s'il en avait l'occasion, la pétition déposée par M. Arnold Viersen mardi pour restreindre l'accès à l'avortement au Canada, et la Marche pour la vie anti-choix devant la Colline du Parlement aujourd'hui, j'estime qu'il convient de présenter la motion suivante, que j'ai lue le 15 février.

Mme Laila Goodridge: J'invoque le Règlement.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Excusez-moi, madame Sidhu. Il y a un rappel au Règlement.

Mme Sonia Sidhu: Monsieur le président, j'ai la parole.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Il y a un rappel au Règlement, madame Sidhu.

Madame Goodridge, veuillez présenter votre rappel au Règlement.

Mme Laila Goodridge: Je me demandais où elle voulait en venir, mais elle a précisé qu'elle parlait de la motion dont elle avait donné avis.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Très bien. Je vous remercie.

Veuillez poursuivre, madame Sidhu.

Mme Sonia Sidhu: Je propose:

Que le Comité permanent de la santé affirme son soutien aux droits en matière de santé reproductive et sexuelle au Canada; reconnaisse que le droit à des soins reproductifs et sexuels sûrs et légaux est le droit aux soins de santé; condamne tout effort visant à limiter ou à supprimer les droits sexuels et reproductifs des Canadiens; et souligne l'importance de protéger et d'élargir l'accès aux soins reproductifs et sexuels, y compris les avortements et les contraceptifs.

J'espère que cette motion est recevable, monsieur le président, et j'espère que le débat ne sera pas trop long. J'aimerais ensuite poser mes questions aux témoins.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Très bien. Chers collègues, chers témoins, la motion est recevable. Le débat porte sur cette motion.

Madame Goodridge, la parole est à vous.

Mme Laila Goodridge: Merci, monsieur le président.

Comme cette motion a été envoyée il y a un certain temps déjà, est-ce que la greffière pourrait la renvoyer aux membres du Comité? Je sais que nous comptons quelques nouveaux membres qui, normalement, ne siègent pas à ce comité. Il pourrait donc être utile de veiller à ce que tout le monde l'ait bien reçue.

De plus, pouvons-nous ajourner le débat?

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup.

Madame Sidhu, chers collègues, nous savons tous qu'une motion d'ajournement du débat ne peut faire l'objet d'un débat. Nous allons donc procéder à un vote immédiatement.

Mme Sonia Sidhu: Monsieur le président, pourriez-vous me dire quand nous pourrions mettre cette motion aux voix? J'en ai donné avis...

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Je suis désolé, madame Sidhu. Nous devons mettre aux voix la motion d'ajournement du débat.

(La motion est rejetée par 6 voix contre 3.)

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Madame Goodridge, la parole est à vous.

• (1235)

Mme Laila Goodridge: Merci, monsieur le président.

Ce qui se passe est extrêmement troublant. Nous accueillons des témoins extraordinaires aujourd'hui, qui ont présenté des témoignages très percutants. J'espérais pouvoir leur poser d'autres questions. Malheureusement, le gouvernement profite de l'occasion pour faire de la politique partisane au sujet de la santé des femmes. Francement, je trouve cela déplorable.

Je comprends que les députés d'en face souhaitent étudier la santé des femmes, et c'est précisément pour cette raison que j'ai présenté ma motion sur le dépistage du cancer du sein.

Chose intéressante, ce matin, la Société canadienne du cancer a modifié ses lignes directrices. Elle s'est éloignée de ce que le gouvernement fédéral et le groupe de travail sur la santé ont proposé au sujet de la santé des femmes. Sa recommandation officielle est d'amorcer le dépistage du cancer du sein à 40 ans plutôt qu'à 50 ans. Cela montre à quel point ce gouvernement est à la traîne dans le domaine de la santé des femmes et à quel point le groupe de travail n'a pas été à la hauteur en matière de dépistage au Canada. Le fait que la Société canadienne du cancer ait dû modifier ses recommandations avant que le gouvernement ne le fasse, parce qu'il est resté les bras croisés, faisant en sorte que davantage de femmes souffrent d'un cancer du sein qui aurait pu être évité...

Je dis cela, car, comme les membres de ce comité le savent, c'est un sujet qui me préoccupe profondément. J'ai perdu ma mère des suites d'un cancer du sein. J'avais 21 ans; elle en avait 49. En vieillissant, et en voyant mes enfants grandir, j'y pense tous les jours. Qu'arriverait-il s'ils devaient grandir sans leur mère, comme j'ai dû le faire? Mes frères ont dû grandir sans leur mère.

Chaque jour, je parle à des gens de partout au pays qui me racontent leur histoire et l'incidence que le cancer du sein a eue sur leur vie.

Il est très troublant que ce gouvernement n'ait rien fait dans ce domaine. J'ai proposé une motion en avril, à l'occasion du Mois de la sensibilisation au cancer. Le comité de la santé devrait en faire une priorité.

Nous avons maintenant l'habitude, au sein de ce comité, d'effectuer des études très générales sans pour autant aller au cœur d'un problème précis. Lorsque nous menons des études très vastes, l'un des plus grands défis est que nous ne parvenons pas à trouver des solutions.

Je n'essayais pas de faire de la politique lorsque j'ai proposé...

[Français]

Mme Élisabeth Brière: Monsieur le président, j'invoque le Règlement.

[Traduction]

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Madame Brière, allez-y.

[Français]

Mme Élisabeth Brière: En quoi ce discours est-il en lien avec la motion qui vient d'être proposée par ma collègue?

• (1240)

[Traduction]

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, madame Brière.

Je pense que tous les membres des comités savent que nous accordons une grande marge de manoeuvre aux personnes qui souhaitent prendre la parole en comité. Je crois comprendre que vous siégez à notre comité pour la première fois. Conformément à ce que fait M. Casey — qui, malheureusement, n'est pas ici —, nous accordons aux députés une grande marge de manoeuvre. Ceux d'entre vous qui ont déjà siégé à ce comité le savent. Je reconnais que je n'assure pas tout le temps la présidence, mais je continuerai à respecter ce que fait M. Casey depuis deux ans et demi.

Sur ce, je vous redonne la parole, madame Goodridge.

Mme Laila Goodridge: Merci, monsieur le président.

Je pense qu'il est extrêmement pertinent de parler du dépistage du cancer du sein, car les seins sont, en fait, un organe sexuel et ils jouent un rôle important dans la santé des femmes et leurs droits en matière de santé. Cette motion, qui a été déposée, s'inscrit exactement dans ce contexte. À mon avis, cela fait partie de la question dans son ensemble. À ce comité, nous devrions parler de la tragique crise des surdoses qui sévit au pays. Le fait que pendant les neuf années sous ce gouvernement néo-démocrate-libéral il y ait eu plus de 42 000 personnes...

M. Peter Julian: J'invoque le Règlement.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Allez-y, monsieur Julian.

M. Peter Julian: Merci, monsieur le président.

Je soulève une question de pertinence. La motion parle des droits en matière de santé reproductive et sexuelle. Cela ne devrait même pas être quelque chose qui est...

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Merci beaucoup, monsieur Julian.

Je pense que je me suis déjà prononcé sur la question de la pertinence.

M. Peter Julian: Monsieur le président, la question de la pertinence s'impose.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Monsieur Julian, lorsque je parle, je vous demanderais de bien vouloir...

M. Peter Julian: Monsieur le président, je vais contester votre décision si vous ne permettez pas aux députés de parler. Je conteste votre décision.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): Monsieur Julian, s'il vous plaît, si vous continuez de...

[Français]

Mme Andréanne Larouche: Monsieur le président, j'invoque le Règlement.

Excusez-moi. Je tiens juste à dire que...

Le vice-président (M. Stephen Ellis): S'il vous plaît, madame Larouche, attendez un instant.

[Traduction]

Chers collègues, si je ne puis maintenir l'ordre, je n'aurai d'autre choix que de lever la séance.

Monsieur Julian, je vais être très clair: j'ai déjà déterminé que c'est ainsi que ce comité fonctionnait. Vous n'étiez pas ici non plus, monsieur. Vous devriez avoir honte d'avoir essayé de faire cela.

M. Peter Julian: Je conteste votre décision.

Le vice-président (M. Stephen Ellis): 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>