



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 120

Le lundi 3 juin 2024

Président : M. Sean Casey



Comité permanent de la santé

Le lundi 3 juin 2024

• (1545)

[Traduction]

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

Bienvenue à la réunion n° 120 du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Avant que nous ne commençons, j'aimerais demander à tous les députés et à tous les témoins qui participent en personne de bien vouloir consulter les cartons sur la table afin de connaître les directives sur la prévention des incidents acoustiques.

Sachez que les mesures préventives suivantes ont été mises en place afin de protéger la santé et la sécurité de tous les participants, y compris les interprètes. Utilisez seulement une oreillette noire approuvée. Vous ne devez plus utiliser les anciennes oreillettes grises. En tout temps, évitez d'approcher votre oreillette des micros. Si vous n'utilisez pas votre oreillette, placez-la face à l'envers sur l'autocollant sur la table prévue à cette fin. Merci de votre coopération.

Conformément à la motion de régie interne, j'informe le Comité que tous les témoins qui participent à distance ont réussi les tests de connexion requis avant la réunion.

Nous avons eu avec M. Powlowski un problème que nous essayons de régler. Pendant que nous faisons cela, nous ne retarderons pas les travaux, si possible.

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

J'aimerais souhaiter la bienvenue à nos témoins. Les témoins suivants témoignent à titre personnel: M. Bohdan Nosyk, professeur et titulaire de la chaire CANFAR/St. Paul's Hospital de la recherche sur le VIH/SIDA, Faculté des sciences, Université Simon Fraser; M. Benjamin Perrin, professeur, Faculté de droit Peter A. Allard, Université de la Colombie-Britannique; et M. Julian Somers, psychologue clinicien et professeur distingué, Faculté des sciences de la santé, Université Simon Fraser.

[Français]

Finalement, nous recevons Mme Catherine Juras, consultante en prévention des surdoses. Elle agit à titre de représentante pour Arrimage Jeunesse et pour le Mouvement de la relève d'Amos-région.

[Traduction]

Tous nos témoins sont avec nous aujourd'hui par vidéoconférence. Nous allons leur demander de présenter une déclaration préliminaire de cinq minutes, dans l'ordre respectant l'avis de convocation.

Nous allons commencer par M. Nosyk.

Bienvenue au Comité. Vous avez la parole.

M. Bohdan Nosyk (professeur et titulaire de la chaire CANFAR/St. Paul's Hospital de la recherche sur le VIH/SIDA, Faculté des sciences de la santé, Simon Fraser University, à titre personnel): Merci.

Bonjour.

Je m'adresse à vous aujourd'hui depuis le territoire non cédé des nations Musqueam, Squamish et Tsleil-Waututh.

Une grande partie de mon travail a été d'évaluer les traitements pour les troubles liés à la consommation d'opioïdes. J'aimerais donc vous faire part de certaines données à jour et de certains points de vue sur le sujet, en m'attachant aux opioïdes en particulier.

De manière générale, il existe trois options de traitement: la pharmacothérapie ambulatoire, c'est-à-dire le traitement par agonistes opioïdes, ou TAO, la désintoxication à court terme et les soins de longue durée en établissement. Ces deux dernières options peuvent aussi comprendre une pharmacothérapie. Des rapports sont produits de manière systématique et sont accessibles aux chercheurs indépendants comme moi, à des fins d'analyse, seulement pour une seule de ces trois options de traitement, le TAO. La pharmacothérapie comprend l'utilisation de la méthadone, de la buprénorphine, de la morphine à libération lente prise oralement, etc., qui sont prescrites dans des cliniques externes et délivrées en pharmacie dans la collectivité.

En date de mars 2024, un peu plus de 24 000 personnes avaient eu accès à une forme ou une autre de TAO en Colombie-Britannique. Malheureusement, le nombre de personnes qui ont poursuivi leur traitement a chuté au cours des 12 dernières années. Même s'il s'agit d'une situation complexe, un aspect fondamental est que nous n'avons pas augmenté nos doses quotidiennes pour répondre à la tolérance élevée de nos clients, qui consomment aujourd'hui du fentanyl plutôt que de l'héroïne. Depuis tout récemment, les médecins utilisent la pharmacothérapie en même temps qu'ils diminuent les doses de benzodiazépine de leurs patients. L'élimination de la quote-part pour les traitements et le fait de combiner une ordonnance d'hydromorphone à la pharmacothérapie, comme nous l'avons appris par hasard dans le cadre du programme d'approvisionnement plus sécuritaire, ont mené à une augmentation du nombre de patients qui poursuivent leur pharmacothérapie, même s'il reste encore beaucoup de choses à faire pour améliorer cette forme de traitement.

La désintoxication à court terme, en soi, ne repose sur aucune donnée probante. Il s'agit plutôt d'un moyen de stabiliser le patient et de l'aiguiller vers des soins continus après qu'il a reçu son congé de l'hôpital. Les données sont récoltées par les autorités sanitaires, mais elles ne sont pas systématiquement reliées aux autres ensembles de données provinciaux. J'ai participé à un projet où, en 2017, nous avons pu faire des liens entre les données, et les résultats pour les patients ayant une dépendance aux opioïdes étaient médiocres. Les taux de réadmission en cure de désintoxication ou d'admission aux urgences étaient élevés, et seulement environ 40 % des patients ayant une dépendance aux opioïdes ont eu accès au TAO après avoir reçu leur congé de l'hôpital. Je crois qu'il s'agit des seules données publiées sur les résultats des traitements de désintoxication au Canada. Je vous invite tous et toutes à vérifier.

Les données sur les établissements de traitement résidentiel spécialisé en Colombie-Britannique sont également recueillies en vase clos. Elles sont détenues soit par les autorités sanitaires, soit par les cliniques privées à but lucratif. Nous savons qu'il y a plus de 3 600 places dans les centres de traitement financés par les fonds publics en Colombie-Britannique, même si ces places ne sont pas exclusivement réservées aux personnes ayant une dépendance aux opioïdes. Nous savons très peu de choses quant aux résultats pour les patients qui ont accès à cette forme de soins en Colombie-Britannique, que ce soit au moment où ils reçoivent leur congé ou après. Il est important de surveiller les résultats après le congé, car nous avons constaté que la période de transition dans la collectivité peut être difficile et que nous avons probablement besoin de plusieurs échelons de soutien, y compris des logements et d'autres soutiens sociaux, une fois que les patients reçoivent leur congé.

Mais que savons-nous des résultats des patients ayant une dépendance aux opioïdes, qui ont été pris en charge par un centre de soins en établissement? Il y a eu deux études systématiques publiées en 2019, l'une par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé et l'autre par la revue scientifique *Drug and Alcohol Dependence*. Même si les deux études ont conclu qu'il y avait des résultats positifs, ces études ne portaient que dans une mesure très limitée sur les gens ayant une dépendance aux opioïdes. Les résultats étaient contradictoires pour cette population, et aucun patient ne consommait du fentanyl.

Nous avons donc plus de questions que de réponses. Nous devons connaître les résultats à court terme et à long terme concernant les gens qui ont reçu des soins en établissement pour une dépendance aux opioïdes ainsi que disposer d'une définition mesurable de la réadaptation. Nous avons besoin de recueillir des données sur les patients qui obtiennent des résultats positifs grâce à ces services, de comprendre quel pourcentage de la population a recours à ces services et de veiller à ce que l'accès soit équitable, au moins du point de vue géographique, de l'origine ethnique et économique. Nous devons connaître quels sont les besoins en personnel et quel est le niveau de financement nécessaire pour sensibiliser notre population cible. Est-il possible de fournir un accès à l'échelle du pays? Enfin, nous devons évaluer et adapter continuellement notre approche à mesure que les besoins de nos clients évoluent.

J'aimerais souligner, à ce sujet, qu'il n'existe pas de services adaptés à tous les besoins. Grâce à la subvention que nous avons obtenue dans le cadre du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances de Santé Canada, nous avons constaté que le besoin insatisfait le plus important concerne peut-être les personnes enceintes ayant une dépendance aux opioïdes. Jusqu'à ce que l'hôpital St Paul's ouvre, plus tôt cette année, un service de traitement péri-

natal pour les personnes ayant un trouble lié à l'usage d'une substance psychoactive, il n'y avait que 13 places en unité périnatale pour les personnes ayant un TUS en Colombie-Britannique, et je ne parle même pas seulement de la dépendance aux opioïdes, mais bien de tous les troubles liés à l'usage d'une substance psychoactive. Douze de ces 13 places étaient à Vancouver, il n'y en avait aucune dans le Nord, où la prévalence de la dépendance aux opioïdes chez les femmes enceintes est 2,7 fois plus élevée qu'à Vancouver. Cette information provient d'un article actuellement soumis à un comité de lecture.

Pour que ce soit clair, il n'y a aucun territoire en Amérique du Nord qui a, jusqu'ici, réussi à intervenir contre l'arrivée du fentanyl dans le marché de la drogue illicite. Ni la Colombie-Britannique, ni l'Alberta, les provinces aux prises avec la prévalence la plus élevée de consommation de fentanyl, n'ont réussi. Je crois fermement que les décisions doivent s'appuyer sur les données probantes, et que le système de santé doit constamment apprendre. Cela veut dire que nous devons apprendre de nos réussites et de nos échecs.

Dans l'intérêt des sept personnes de plus qui mourront d'une surdose aujourd'hui seulement en Colombie-Britannique, je vous implore de mettre de côté vos idéologies, vos croyances politiques et vos ambitions et de vous concentrer sur la véritable ampleur de ce problème ainsi que sur les besoins de ces gens. L'une des mesures constructives que votre comité peut prendre est de recommander — idéalement, d'exiger — la divulgation systématique des résultats pour toutes les formes de traitement de TUS, même si je reconnais, bien sûr, que cela soulève des questions juridiques complexes. Nous devons apprendre les uns des autres pour intervenir adéquatement contre cette crise qui ne faiblit pas et qui continue d'évoluer.

• (1550)

J'ai mis à la disposition du Comité chacune des références que j'ai utilisées dans ma déclaration.

Merci beaucoup.

Le président: Merci, monsieur Nosyk.

C'est maintenant au tour de M. Perrin, de l'Université de la Colombie-Britannique.

Bienvenue au Comité, monsieur Perrin. Vous avez la parole.

M. Benjamin Perrin (professeur, Peter A. Allard School of Law, University of British Columbia, à titre personnel): Merci, monsieur le président.

Bonjour. Je m'appelle Benjamin Perrin, et je suis professeur de droit à l'Université de la Colombie-Britannique.

Il y a 10 ans, j'étais conseiller principal en matière de justice pénale et de sécurité publique pour le premier ministre conservateur Stephen Harper. J'ai appuyé le programme de répression du crime et la guerre contre la drogue, mais j'ai fini par comprendre que ce point de vue reposait sur un mélange toxique d'ignorance et d'idéologie. Mon cœur était dur, et mon esprit, fermé.

Qu'est ce qui a changé? J'ai rencontré des gens qui ont été profondément touchés par la crise de la drogue sans précédent et anarchiste que nous traversons présentement. J'ai rencontré des gens qui consomment de la drogue et des familles qui avaient perdu un être cher. J'ai rencontré des groupes comme Moms Stop the Harm, qui ont demandé plusieurs fois de rencontrer certaines personnes comme Pierre Poilievre, le chef de l'opposition officielle, lequel refuse pourtant de même écouter ce genre de parents courageux. J'ai visité des sites de prévention des surdoses et des cliniques qui fournissent des substances réglementées pour remplacer les drogues produites par le crime organisé, des endroits que, à ma connaissance, certains membres de votre comité refusent de même visiter. J'ai lu personnellement des études et des articles révisés par les pairs. J'ai questionné des policiers, des procureurs, des avocats de la défense, des juges, des agents des services frontaliers, des chefs autochtones, des experts en santé publique, des organismes à but non lucratif, des pairs et des médecins spécialisés en toxicomanie.

Ma foi en Jésus Christ a ouvert mon cœur aux personnes qui souffrent dans notre société: les marginaux, les opprimés, les stigmatisés et les parias. Je rappellerais à ceux qui partagent ma foi, ou qui le prétendent, que Jésus est venu trouver et sauver les âmes perdues, et non pas pour les condamner et les punir. Il a dit: que celui qui n'a jamais péché lance la première pierre.

Mon cheminement, cette incroyable transformation, m'a amené à changer complètement d'opinion sur ces questions. Je recommande à présent, depuis de nombreuses années, une approche empathique, axée sur les données probantes. J'aimerais mettre en relief cinq besoins urgents. Il y a aussi de nombreuses autres recommandations pour le moyen et le long terme, mais je vais insister sur ces cinq dans le peu de temps qui m'a été accordé.

Premièrement, la naloxone, l'antidote temporaire contre l'empoisonnement aux opioïdes, doit être généralement accessible, et les gens doivent être formés pour l'utiliser. La naloxone sauve des vies.

Deuxièmement, nous devons faire en sorte que tous les Canadiens aient accès à un lieu sûr où ils peuvent consommer des substances, où ils peuvent recevoir des soins médicaux d'urgence sans craindre de poursuites pénales. De janvier 2017 à janvier 2024, plus de 400 000 Canadiens ont eu recours à ces services vitaux de consommation supervisés, où le personnel est intervenu dans plus de 55 000 cas de surdose. Aucune personne n'est décédée. Au total, 470 000 renvois ont été faits à ces endroits vers des services de santé et de soutien social. Comme l'a déclaré la Cour suprême du Canada dans un arrêt unanime en 2011, les sites de consommation supervisés sauvent des vies, et leurs bienfaits ont été démontrés.

Toutes les sources que j'ai mentionnées ont été transmises à la greffière du Comité.

Troisièmement, il faut que des substances réglementées remplacent les substances toxiques, contaminées et non réglementées qui tuent des Canadiens. Plus de 42 000 personnes sont mortes au pays entre 2016 et septembre 2023, durant la crise, mais à présent, la désinformation et les mensonges ne peuvent plus dissimuler la vraie raison de ces décès. Le fentanyl illicite, produit par le crime organisé, y compris ici au Canada, en est la cause principale. Le fentanyl est détecté dans 82 % des analyses toxicologiques post-mortem. Un approvisionnement réglementé pourrait comprendre de prescrire des substances de remplacement, des clubs de compassion ou une consommation supervisée sans frais, des substances de remplacement réglementées, avec paiement exigé si la personne l'emporte ainsi que d'autres options. Ceux qui s'opposent aux solutions

de remplacement réglementées condamnent les Canadiens à risquer leur vie en consommant des drogues non réglementées produites par le crime organisé. Les substances de remplacement réglementées sauvent des vies.

Quatrièmement, nous devons traiter ces problèmes comme une urgence de santé publique. Il ne s'agit pas seulement d'un problème de justice pénale. Criminaliser les personnes qui consomment des drogues est cruel, inefficace et mortel. Le risque pour une personne ayant un trouble lié à la consommation d'opioïdes est 50 fois plus élevé en détention. Pour beaucoup d'entre eux, c'est donc l'équivalent d'une condamnation à mort.

Cinquièmement, les Canadiens ont besoin d'options de traitement et de réadaptation qui répondent à cinq exigences clés. Ces options doivent être fondées sur les données probantes, être rapidement accessibles, être financées par l'État, être réglementées, et, enfin, être adaptées aux traumatismes et à la culture. D'un point de vue médical, un traitement uniquement fondé sur l'abstinence n'est pas recommandé. Les études, y compris celle dans le *British Medical Journal*, montrent que le risque de décès est plus élevé chez les personnes qui ont suivi un programme de désintoxication de 28 jours, parce qu'il s'agit, encore une fois, d'une maladie chronique récurrente et que leur tolérance a diminué rapidement pendant la période de désintoxication forcée ou volontaire, ce qui fait qu'une rechute peut être mortelle.

• (1555)

Ce faux débat entre la réduction des méfaits et le traitement n'est qu'un faux-fuyant. Les deux sont nécessaires. Les gens doivent être en vie pour suivre un traitement.

Pour conclure, je conviens qu'aucune province ni aucun territoire au Canada n'a complètement mis en œuvre toutes ces recommandations fondées sur les données probantes.

Je vous recommanderais instamment, si vous avez comme objectif d'être réélu et de conserver le pouvoir, de consulter les données des sondages. Si votre objectif est de sauver des vies, je vous recommande fortement de lire les études et d'écouter les gens qui sont le plus touchés par cette crise.

Merci.

Le président: Merci, monsieur Perrin.

C'est maintenant au tour de M. Somers, de la Faculté des sciences de la santé de l'Université Simon Fraser.

Monsieur Somers, bienvenue au Comité. Vous avez la parole.

M. Julian M. Somers (psychologue clinicien et professeur distingué, Faculté des sciences de la santé, Simon Fraser University, à titre personnel): Merci.

Je m'appelle Julian Somers. Je suis moi-même en rétablissement à long terme. Je suis psychologue clinicien agréé et professeur émérite distingué à l'Université Simon Fraser. J'ai commencé ma carrière de clinicien à l'hôpital Riverview de Colombie-Britannique en 1987, où j'ai fait ma formation dans le domaine de la recherche sur la toxicomanie et de la pratique clinique auprès des psychologues Bruce Alexander et Alan Marlatt.

J'ai été responsable de la formation clinique dans des services de psychologie et de médecine et j'ai dirigé trois centres universitaires de recherche clinique et appliquée. J'ai réalisé des études principalement sur la réduction des méfaits et sur la guérison des toxicomanies, un problème souvent associé aux maladies mentales chez les jeunes ainsi que chez les personnes itinérantes, qui ont souvent des démêlés avec le système de justice. J'ai aussi dirigé des programmes de soins primaires et de télésanté à l'échelle de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et du Nord.

Je suis ici aujourd'hui pour témoigner au sujet de l'approche dangereuse et déséquilibrée que la Colombie-Britannique a adoptée relativement à ses politiques en matière de dépendance: elle priorise la libéralisation et la légalisation des drogues, tout en mettant largement de côté la prévention et la guérison de la toxicomanie. Cette approche a été soutenue par un groupe influent d'anciens et d'actuels fonctionnaires du domaine de la santé, dont les intérêts financiers et ce qu'ils défendent se recourent.

Comme l'ont rapporté plusieurs journalistes, les politiques de la Colombie-Britannique relativement à la drogue ont été façonnées durant de nombreuses années par un réseau de fonctionnaires et de chercheurs universitaires qui, précédemment, avaient étudié de près les interventions pharmaceutiques contre le VIH-sida.

Les principaux acteurs étaient notamment l'ancien responsable provincial de la santé, le Dr Perry Kendall, et le directeur scientifique de la Fondation Michael Smith, le Dr Martin Schechter, le créateur du fournisseur d'héroïne Fair Price Pharma. L'ancien vice-responsable provincial de la santé, le Dr Mark Tyndall, a créé la MySafe Society, qui vend des opioïdes dans des machines distributrices. Le Dr Evan Wood a lancé une entreprise pharmaceutique et a dirigé le Centre on Substance Use de la Colombie-Britannique — le BCCSU — qui était une entité du Centre for Excellence in HIV/AIDS. Le directeur actuel du BCCSU, le Dr Thomas Kerr, a récemment été impliqué dans un stratagème pour bloquer et réduire au silence certains conférenciers lors d'un congrès où j'ai pris la parole. Le BCCSU fournit annuellement un financement important au Vancouver Area Network of Drug Users — le Réseau des consommateurs de drogue dans la région de Vancouver ou VANDU — et d'autres groupes alliés. Il a aussi participé à la recherche du Drug User Liberation Front — le Front de libération des consommateurs de drogue, ou DULF — relativement aux activités d'achat, d'analyse et de vente de drogues illégales de cette organisation. Une affaire judiciaire opposant DULF et VANDU au gouvernement fédéral est en attente d'une décision. Dans cette affaire, DULF et VANDU ont demandé une exemption au titre de l'article 56 afin de pouvoir acheter et distribuer légalement des drogues, y compris de l'héroïne, de la cocaïne et de la méthamphétamine. L'année dernière, la police de Vancouver a effectué une descente chez DULF et a fermé l'organisation. Selon les rapports, le Dr Kendall avait discuté avec DULF afin de fournir de l'héroïne à cette organisation. L'actuelle responsable provinciale de la santé de la Colombie-Britannique, la Dre Bonnie Henry, est la protégée du Dr Kendall et collabore à ces mesures malavisées. Dans son rapport défendant la décriminalisation, elle a écrit: « Alors que le nombre de surdoses augmente à l'échelle du pays et dans le monde entier, les gouvernements se tournent vers la Colombie-Britannique pour son leadership et ses conseils. La province est prête à se montrer à la hauteur de la situation ».

Le BCCSU a une influence considérable sur les politiques publiques, lesquelles sont axées de manière dangereuse et déséquilibrée sur les produits pharmaceutiques. Les substances représentent

une part relativement petite des politiques et des services visant à réduire les méfaits liés aux dépendances. De plus, le BCCSU semble avoir comme priorité la légalisation des drogues. Le Dr Kendall a été le codirecteur général du BCCSU après avoir pris sa retraite en tant que responsable provincial de la santé. Malgré certains rapports publics concernant des conflits d'intérêts apparents, je ne suis au courant d'aucune mesure qui aurait été prise pour enquêter sur la façon dont les politiques actuelles représenteraient un avantage pour les personnes concernées.

Mes efforts visant à présenter des données pertinentes ont suscité une vive opposition dans ma province natale de la Colombie-Britannique. En 2022, j'ai codirigé une revue rapide à propos de l'approvisionnement sécuritaire soulignant la faiblesse des données, les risques probables, y compris le détournement des drogues, et les interventions de rechange qui s'appuient sur des données solides. Le BCCSU a réagi en tenant une conférence de presse et en envoyant une lettre ouverte nous accusant de mener des recherches de piètre qualité, ce qui est tout à fait faux. Ils ont aussi attaqué mon intégrité et ont commandité des plans visant à perturber des événements où je prenais la parole et à me faire expulser en tant que conférencier. Il s'agit là des méthodes employées par des militants et non pas par des scientifiques.

En mars 2021, j'ai présenté aux sous-ministres de la Colombie-Britannique des données probantes concernant la toxicomanie. Une semaine après, j'ai reçu une lettre m'ordonnant de détruire immédiatement l'intégralité de notre base de données, contenant plus de 20 années d'étude sur des centaines de milliers de personnes en Colombie-Britannique. Fait encore plus étonnant, le gouvernement de la Colombie-Britannique a ensuite menti au sujet de ce qu'il avait fait.

● (1600)

Je continue de prendre la parole, parce que j'estime avoir une responsabilité. Dans certaines régions du pays, les programmes publics empirent la souffrance plutôt que de la calmer. Nous devons rediriger nos efforts vers la prévention et la guérison de la toxicomanie.

Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de témoigner.

Merci.

Le président: Merci, monsieur Somers.

[Français]

Nous passons maintenant à la représentante d'Arrimage Jeunesse et du Mouvement de la relève d'Amos-région.

Madame Catherine Jutras, vous avez la parole.

● (1605)

Mme Catherine Jutras (Consultante, Prévention des surdoses, Arrimage Jeunesse et Mouvement de la relève d'Amos-région): Bonjour à tous.

Je voudrais tout d'abord vous remercier de m'avoir invitée à comparaître devant vous. Je n'ai pas l'habitude d'avoir une telle tribune. En effet, ça fait près de 20 ans que je travaille avec les gens sur le terrain et j'ai été travailleuse de rue pendant 12 ans, côtoyant au quotidien des gens qui vivent les problèmes dont on parle aujourd'hui. Je n'ai donc pas l'habitude de faire ce genre d'intervention et je suis un peu stressée, mais je vais faire de mon mieux.

On m'a invitée à comparaître aujourd'hui parce que j'ai fait une recherche pendant un an et demi. J'ai commencé cette recherche à la fin de l'année 2021 et je l'ai terminée en 2023. Dans le cadre de mes travaux de recherche, je suis allée sur le terrain pour documenter la réalité des personnes qui utilisent les substances, dans le but de faire rayonner l'humain qui se trouve derrière ce problème. On parle souvent de ce problème avec des chiffres des données probantes, notamment, mais j'ai souvent l'impression qu'on oublie l'humain qui est derrière. Tout ce phénomène est extrêmement complexe. Je voulais donc faire ressortir ce point. Comme j'ai eu la chance de côtoyer des gens pour mettre en lumière ce phénomène, j'ai donc eu accès à leur histoire et j'ai pu nouer des liens de confiance avec eux.

Dans les études qui sont menées, j'ai vraiment l'impression qu'on n'arrivera jamais à obtenir les données réelles tant qu'il y aura autant de tabous autour de ce problème. Ces tabous et la stigmatisation sont des éléments qui ont été relevés, et qui viennent cacher, comme de grosses œillères, la réalité qu'on côtoie, qu'on ne côtoie pas ou qu'on côtoie en parallèle.

J'ai transmis les données de mon étude à la greffière pour que vous puissiez en prendre connaissance. Je parle d'une étude et de recherches, mais c'est vraiment en toute humilité. J'ai mené mes recherches dans le milieu communautaire, pas en lien avec une université.

Qu'est-ce qui m'a poussé à mener cette étude? J'ai commencé mon étude en allant rejoindre les gens sur le terrain. J'ai participé à 29 discussions dirigées, pas vraiment des entrevues, avec des gens qui consomment des substances. J'ai rencontré toutes sortes de gens, autant des sans-abri que des gens de la vie courante qui consomment des substances. J'ai parlé à un conseiller municipal, à des familles monoparentales et à des personnes travaillant dans les mines. Il y a toutes sortes de profils de gens qui consomment des substances. Or, une personne m'a dit une phrase qui m'a marquée, et c'est d'ailleurs ainsi que je commence mon étude. Cette personne m'a dit qu'elle ne voulait pas devenir une statistique, le numéro qu'on devient si on meurt d'une surdose. C'est vraiment cette phrase qui a donné le coup d'envoi à mon étude.

Qu'est-ce qui ressort de cette étude? J'ai rejoint directement 29 personnes. J'ai parlé avec 14 intervenants de 11 services différents en Abitibi—Témiscamingue, qui est la région d'où je viens. J'ai rejoint plus d'une centaine de personnes aussi par l'entremise de différents sondages. Ce qui ressort de cette étude, c'est évidemment la complexité du phénomène.

J'ai envie de vous inviter à examiner ce phénomène sous un autre angle. La consommation de substances peut être perçue comme une situation problématique en soi. Toutefois, on voit beaucoup de gens sur le terrain consommer ces substances pour traiter un autre problème. Quand on parle de la complexité de ce phénomène, il s'agit d'examiner l'ensemble du problème. Plutôt que de s'arrêter au fait que la substance cause tel problème, il faut se demander et essayer de comprendre pourquoi les gens consomment ces substances. Pour ce faire, il faut les écouter. Dans le fond, les experts de cette réalité, ce sont ces gens qui consomment ces substances. Ce sont eux qui pourraient vous expliquer pourquoi ils les consomment. On ne peut pas faire de généralisation, car chaque individu a sa raison de consommer ces substances.

• (1610)

Il faut travailler sur ce problème en amont. À mon avis, il y a deux sphères: il y a la prévention, dont on parle beaucoup, et la réduction des méfaits. Il faut aborder les deux en parallèle, parce qu'elles ne répondent pas au même objectif. Cela dit, au bout du compte, la vision et les visées sont les mêmes, mais le travail doit être fait en parallèle.

Le président: Madame Jutras, je vous encourage à conclure votre allocution d'ouverture. Les membres du Comité ont hâte de vous poser des questions, et vous allez avoir l'occasion de faire d'autres commentaires en répondant à leurs questions.

Mme Catherine Jutras: Le temps passe vite, monsieur le président. Je vais donc conclure mon allocution, mais ça me fera plaisir de préciser ma pensée en répondant aux questions des membres.

Le message que je veux vous transmettre, c'est de tenir compte de la complexité de la question et de respecter le rythme de chaque personne. J'ai souvent l'impression qu'on souhaite régler une situation en casant les personnes dans un horizon prédéterminé, mais le rythme individuel est très important pour chaque personne souhaitant un rétablissement. En effet, il faut garder en tête le fait que ce ne sont pas toutes les personnes qui consomment des substances qui ont des problèmes.

On peut agir assez simplement en matière de réduction des méfaits en facilitant l'accès à l'analyse des substances. Selon moi, le problème, c'est que les personnes ne savent pas ce qu'elles consomment et qu'elles subissent les effets de la toxicité ou de la contamination, ce qui augmente les cas de surdose. Faciliter l'accès à l'analyse des substances pourrait être un pas dans la bonne direction.

Je vais m'arrêter ici, mais j'invite les membres à me poser des questions.

Le président: Merci beaucoup, madame Jutras.

[Traduction]

Nous allons maintenant commencer la période de questions par les conservateurs.

Madame Goodridge, vous avez six minutes. Allez-y.

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

Merci à tous les témoins d'avoir témoigné ici aujourd'hui.

Mes questions vont surtout être adressées à M. Somers.

Monsieur Somers, vous avez mentionné le Dr Perry Kendall. À l'époque où celui-ci était fonctionnaire au gouvernement de la Colombie-Britannique, quel était son rôle?

M. Julian M. Somers: Le Dr Kendall a été notre premier responsable provincial de la santé, le principal conseiller du gouvernement provincial en matière de santé.

Mme Laila Goodridge: Et le Dr Mark Tyndall?

M. Julian M. Somers: Le Dr Tyndall a été le vice-responsable, sous le Dr Kendall, et il partageait des responsabilités avec la Dre Bonnie Henry, qui était aussi vice-responsable de la santé.

Mme Laila Goodridge: Et le Dr Martin Schechter?

M. Julian M. Somers: Marty... pardon, mais avant nos récents désaccords, j'appelais toutes ces personnes par leur prénom.

M. Schechter travaillait au centre du VIH-sida.

Toutes ces personnes ont rempli des rôles très importants et ont collaboré à des efforts vraiment révolutionnaires sur le VIH-sida. M. Schechter est récemment devenu le directeur scientifique de la Fondation Michael Smith, le plus important bailleur de fonds pour la recherche en santé en Colombie-Britannique. Il travaille aussi pour l'Université de la Colombie-Britannique.

Mme Laila Goodridge: Dans votre déclaration, vous avez mentionné le fait que certaines de ces personnes travaillent maintenant pour des entreprises pharmaceutiques. Je trouve cela très préoccupant. Je me demandais si vous pouviez nous donner un peu plus de détails. Je sais que vous avez beaucoup d'expérience sur le sujet, alors je me demandais si vous pouviez nous dire ce que font ce groupe de personnes présentement.

• (1615)

M. Julian M. Somers: J'ai remarqué qu'elles avaient délaissé le VIH-sida pour tourner leur attention vers les dépendances. Ces personnes semblent avoir continué de mettre l'accent sur les interventions pharmaceutiques, ce qui était tout à fait logique pour ce qui est de réduire les maladies infectieuses, mais qui n'est pas adapté pour traiter la dépendance. Comme je l'ai dit dans ma déclaration, les produits pharmaceutiques jouent un rôle relativement limité.

Il est clair maintenant que ces personnes ont collaboré dans le but de faire progresser leurs objectifs généraux, qui étaient de prioriser le rôle des produits pharmaceutiques. Chacun d'entre eux a utilisé diverses méthodes organisationnelles afin de mener à bien ses objectifs. Malheureusement, ils ont aussi pris des mesures pour étouffer la critique et ont aussi fortement influencé le message global qui, dans certains cas, était très inexact: je vous donne l'exemple de ce qui a été dit par rapport au VIH, que tout le monde était à risque. Ils ont voulu faire valoir le même message par rapport à la dépendance, alors que ce n'est tout simplement pas vrai.

Il y a quelques exemples frappants en Colombie-Britannique...

Mme Laila Goodridge: Excusez-moi, mais j'ai très peu de temps, alors j'aimerais résumer.

Vous avez dit que les hauts fonctionnaires de la santé, qui ont décidé que le programme d'approvisionnement sécuritaire irait de l'avant en Colombie-Britannique, ont ensuite lancé des entreprises pharmaceutiques qui bénéficieraient financièrement en fournissant cet approvisionnement sécuritaire en Colombie-Britannique.

M. Julian M. Somers: Oui, et ailleurs aussi.

Mme Laila Goodridge: À votre avis, n'est-ce pas un conflit d'intérêts?

M. Julian M. Somers: Je ne serais pas le premier à dire qu'il y a apparence de conflit d'intérêts. Je crois que si.

Mme Laila Goodridge: Il est admis, généralement, que l'apparence de conflit est, en soi, un conflit.

Vous venez de dire que ces personnes voulaient bénéficier, ailleurs, grâce à l'approvisionnement sécuritaire. Pouvez-vous nous donner un peu plus de détails? Où, ailleurs, ces personnes essaient-elles d'étendre leur emprise?

M. Julian M. Somers: Ce serait, par exemple, par l'intermédiaire du modèle du soi-disant club de compassion, lequel remonte aussi à l'époque du VIH-sida. Essentiellement, des groupes et des réseaux se procurent des substances pour les mettre à la disposition d'autres personnes. Ces clubs existent maintenant partout au pays.

Les machines distributrices, qui appartiennent à l'entreprise du Dr Tyndall, se trouvent dans une multitude de provinces.

Les efforts de promotion de l'approvisionnement soi-disant sécuritaire visaient également l'échelle nationale, et ils ont bien sûr été mis en œuvre dans d'autres provinces que la Colombie-Britannique, mais ce groupe en est l'origine. Il désirait avoir un impact national et international à la fois, comme la Dre Henry l'a mentionné dans son rapport sur la décriminalisation.

Mme Laila Goodridge: En 2022, vous avez rédigé un rapport pourfendant l'approvisionnement sécuritaire. Pouvez-vous nous parler un peu plus de ce rapport?

M. Julian M. Somers: Il pourfendait seulement l'approvisionnement sécuritaire dans la mesure où... nous avons produit ce rapport pour le ministère de la Santé de l'Alberta. Nous avons réalisé des examens systématiques, des revues rapides. Les revues rapides sont ce qu'elles semblent, des examens très rapides sur une question précise, présentés habituellement au Parlement ou à la Chambre.

Nous avons reçu une liste de questions connexes, nous avons fait notre analyse, nous avons divulgué nos méthodes, nous avons rédigé un rapport sur les questions que nous avons étudiées. Nous avons conclu, comme d'autres avant nous, qu'il n'y avait aucune donnée directement liée à la pratique qu'on appelle l'approvisionnement sécuritaire. Nous avons souligné certains risques et certaines interventions de remplacement pour traiter les cas graves de dépendance, qui ont beaucoup mieux fait leurs preuves et qui s'appuient sur des données empiriques.

Le président: Merci, monsieur Somers.

Merci, madame Goodridge.

La parole va à M. Hanley pour six minutes.

M. Brendan Hanley (Yukon, Lib.): Merci à tous les témoins d'être ici aujourd'hui.

Je vais m'adresser d'abord à M. Nosyk.

Merci d'être ici. Vous avez, précédemment, présenté à notre comité un exposé s'appuyant sur une étude d'atténuation des risques. C'était un très long exposé. Vous avez présenté beaucoup de conclusions intéressantes. Pouvez-vous rapidement nous résumer cette étude et ses conclusions?

• (1620)

M. Bohdan Nosyk: De manière générale, le risque de décès était beaucoup plus faible chez les personnes à qui on a dispensé des substances, surtout des opioïdes, pour atténuer les risques. Nous avons vu que l'effet suivait un gradient biologique. Plus il y avait de substances dispensées, plus le risque de décès était faible. Dans le cadre de cette étude, on avait aussi tenu compte de l'accès au traitement par agonistes opioïdes, ou TAO, donc les résultats sont indépendants de l'accès au TAO.

Depuis, nous avons réalisé une étude distincte sur la coprescription, parce que les médecins prescrivent souvent de manière concomitante des cachets d'hydromorphone avec le TAO. Nous avons constaté des effets positifs très importants à l'égard de la rétention dans les programmes de traitement.

M. Brendan Hanley: Merci beaucoup.

Selon vous, ces résultats s'appliqueraient-ils dans d'autres contextes? Quelles conclusions pourrions-nous appliquer aussi à la réduction des méfaits et à l'approvisionnement sécuritaire dans d'autres contextes?

M. Bohdan Nosyk: Je pense que c'est un outil parmi d'autres dans notre trousse à outils. C'est une mesure, et une partie du continuum de soins.

Comme d'autres l'ont dit, je ne pense pas que le débat oppose la réduction des méfaits aux modèles axés sur le rétablissement. Je pense que nous avons besoin d'un continuum complet d'options. Puisque nous sommes maintenant aux prises avec un approvisionnement de drogues de plus en plus toxiques et imprévisibles, nous avons besoin d'options supplémentaires pour lutter contre ces problèmes, et pas de moins.

M. Brendan Hanley: Connaissez-vous les études menées par M. Somers et plus particulièrement les critiques à l'égard de la qualité de ces études par les principaux experts en toxicomanie?

M. Bohdan Nosyk: Oui.

M. Brendan Hanley: Pourriez-vous en dire davantage à ce sujet au Comité?

M. Bohdan Nosyk: Vous me demandez de faire un commentaire à ce sujet?

M. Brendan Hanley: Oui, s'il vous plaît.

M. Bohdan Nosyk: Je n'ai pas lu le rapport, quand il a été publié. J'ai seulement vu son analyse et sa critique. J'ai lu le rapport ainsi que la critique, et je suis arrivé aux mêmes conclusions que les auteurs de la critique. J'ai pensé que les conclusions ne correspondaient pas aux données sous-jacentes. Je pense que les conclusions étaient prématurées.

À l'époque, j'étais en train d'élaborer, avec des collègues de diverses institutions avec lesquelles je travaillais, l'évaluation des directives d'atténuation des risques. Il nous a fallu du temps pour recueillir des données et produire un rapport pour le public. J'étais l'un des signataires de cette critique.

M. Brendan Hanley: Monsieur Perrin, merci de votre témoignage.

J'ai lu votre livre, *Overdose*, que vous avez écrit en 2020. Je comptais l'apporter pour que vous puissiez le signer, puis j'ai réalisé que vous alliez témoigner par vidéoconférence, aujourd'hui.

M. Benjamin Perrin: Vous m'en voyez désolé.

M. Brendan Hanley: Vous avez écrit ce livre il y a quatre ans, durant la pandémie.

La situation a-t-elle changé d'une façon ou d'une autre, à part le fait que les choses se sont détériorées dans la plupart des administrations et que la situation par rapport à l'approvisionnement de drogues contaminées et toxiques est de plus en plus difficile et compliquée? Par rapport à vos observations, à votre approche et à vos recommandations globales, y a-t-il quoi que ce soit qui a changé, depuis que vous avez écrit votre livre tout à fait excellent?

M. Benjamin Perrin: Le cœur du problème demeure le même. Il s'est même aggravé, surtout ici en Colombie-Britannique, comme vous l'avez laissé entendre. Si vous consultez des graphiques dans les rapports de coroner de la Colombie-Britannique, vous verrez que non seulement nous continuons d'avoir des niveaux élevés et persistants de fentanyl illicite selon les analyses toxicologiques

post-mortem, mais que le niveau de benzodiazépines a continué d'augmenter de façon régulière et de plus en plus vite.

C'est un élément important à prendre en considération quand nous examinons les raisons pour lesquelles le taux de décès reste constant, comparativement, malgré certaines des mesures prises.

Je crois que ce qui a surtout changé, depuis 2020-2021, c'est que nous assistons présentement à un grand mouvement d'opposition contre les mesures fondées sur les données probantes qui, nous le savons, sauvent des vies. Il s'agit plus précisément des sites de consommation supervisés, de l'approvisionnement plus sécuritaire réglementé et de la manière dont on traite les personnes ayant un trouble lié à la consommation de substances: il faut les traiter comme des personnes plutôt que comme des criminels.

Quand j'ai écrit *Overdose*, pour être très honnête, je me suis même dit que je perdais mon temps avec quelques-uns des chapitres dans ce livre où je défendais les raisons pour lesquelles nous avons besoin de sites de consommation supervisés et pourquoi nous avons besoin de substances de remplacement aux drogues toxiques. À l'époque où j'ai écrit cela, je croyais que cela allait de soi, et que c'était la direction que nous avons prise. Aujourd'hui, nous voyons les choses aller directement dans le sens inverse.

Ce qui me préoccupe au plus haut point, présentement, ce sont la désinformation et les mensonges qui bloquent les interventions pouvant sauver des vies.

• (1625)

M. Brendan Hanley: Merci.

Pouvez-vous nous donner un exemple d'un ou deux mensonges qui ont été répandus et qui empêchent la mise en œuvre de politiques fondées sur des données probantes?

M. Benjamin Perrin: Oui. En voici une que j'ai dénoncée: c'est une déclaration du député conservateur Glen Motz. Certains d'entre vous ont probablement vu cela. Il s'agit d'un gazouillis qu'il a envoyé sur X le 30 avril dernier. Il a écrit: « Trudeau a décriminalisé la consommation en public de crack, d'héroïne et d'autres drogues dures, menant à une augmentation de 380 % du taux de décès en Colombie-Britannique. » C'est un mensonge. Je lui ai répondu directement en publiant moi-même un message, citant le service du coroner de la Colombie-Britannique. J'ai écrit: « Vous répandez des mensonges. Il n'y a eu aucune augmentation de la sorte. » À dire vrai, selon les plus récentes données à ce sujet, datant de février 2024 et comparant février 2023 à février 2024, au cours de ces mois, il y a eu, en fait, une diminution de 11 % des décès.

Voilà le genre de mensonges et de désinformation dont il est question.

Un deuxième exemple que je peux vous donner est le mensonge que l'approvisionnement plus sécuritaire est en train de tuer les Canadiens. C'est un mensonge perpétué par le présent chef du Parti conservateur, M. Poilievre.

Le président: Merci, monsieur Perrin.

[Français]

Nous allons poursuivre avec le Bloc québécois.

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

M. Luc Thériault (Montcalm, BQ): Merci, monsieur le président.

Madame Jutras, vous n'avez pas à rougir ni à vous excuser de votre gêne. Je trouve important que nous puissions avoir la vérité du terrain, en plus des témoignages des experts que nous avons reçus, au-delà du mélange toxique d'ignorance et d'idéologie dont parlait justement M. Perrin. Cette vérité est subjective, bien sûr, mais il est important que nous puissions, par votre voix et votre travail, entendre et écouter ce que ces êtres humains ont à nous dire, afin que nous puissions en tirer des leçons et ajuster nos pratiques face à cette souffrance.

Monsieur le président, si Mme Jutras le permet, au bénéfice du Comité, j'aimerais qu'elle dépose son étude qualitative pour que nous puissions nous y référer. Si elle accepte de le faire, j'aimerais que ce soit un document de référence au Comité.

Mme Catherine Jutras: Oui, assurément.

M. Luc Thériault: Merci.

Donc, vous avez eu accès à un échantillon de 29 personnes qui ont ouvert leur âme, qui ont accepté de témoigner et de vous faire confiance.

La stigmatisation est un des plus grands dangers auxquels sont confrontés les gens qui ont un problème de dépendance. Nous en avons entendu parler pendant notre séjour dans les grandes villes canadiennes. J'aimerais que vous m'en parliez davantage. Quels sont les effets néfastes de la stigmatisation? Comment ces gens en parlent-ils?

Mme Catherine Jutras: J'ai un exemple qui est assez marquant. Quand je cherchais des témoins qui voulaient bien me parler de leur vécu, il y en a eu un, un parent que je ne connaissais pas, qui m'a confirmé que ça n'avait pas de sens et qu'il fallait en parler. C'était une personne monoparentale avec deux enfants, dont un demandait beaucoup d'attention. Ce parent-là avait une peur vraiment incroyable. Ce n'est pas pour rien que je dis « ce parent-là », parce qu'il m'a transmis un peu sa peur. Je ne peux pas dire si c'est une maman ou un papa, parce que j'ai trop peur de l'identifier. Je respecte donc son anonymat. Pourtant, ce parent-là pourrait être représentatif de beaucoup de parents dans la même situation.

Ce parent-là a, dans sa famille, des intervenants et des policiers. Personne de sa famille ou de son entourage ne sait qu'il consomme des substances et prend de 8 à 10 comprimés d'amphétamine par jour dans le but d'être un bon parent. Cependant, cette personne n'y arrive pas, elle n'est pas capable, elle n'a pas l'énergie, et elle ne réussit pas sous cette espèce de pression sociale démesurée d'être le meilleur parent possible, pression que vous devez connaître aussi. Or, cette personne qui consomme de 8 à 10 comprimés d'amphétamine par jour ne va pas chercher de services. Cette personne m'a dit que, si on lui enlevait ses enfants, ce serait la fin pour elle. Elle a donc une peur incroyable d'aller demander des services, une peur de parler. Je sentais le tremblement dans sa voix quand cette personne-là me parlait, elle qui se prive d'un paquet de services par peur.

Il y a aussi la stigmatisation, qui va encore plus loin avec l'auto-stigmatisation. À un moment donné, on intègre ces discours-là. Je pense à une autre personne, qui était très impliquée dans la communauté, une intervenante qui a aidé plein de gens, mais dont la vie a basculé. Maintenant, elle consomme des substances par injection et elle s'est fait traiter en pleine rue de déchet humain. C'est une personne qui a tant aidé la communauté, mais qui a intégré ces discours-là: quand on lui ouvre des portes et qu'on lui dit de venir, elle répond qu'elle ne le mérite pas.

Il y a aussi le cas d'une autre personne qui a demandé de l'aide un moment donné. Dans mon étude, je parle du fait qu'il n'y a pas de mauvaise porte à laquelle aller frapper pour demander de l'aide. Or, cette personne connaissait un centre de réadaptation, mais ne connaissait pas toute la bureaucratie en jeu. À un moment donné, pendant une soirée où elle consommait, elle s'est dit qu'elle n'était plus capable et qu'il fallait qu'elle arrête, que ça n'avait pas de sens. Elle est donc allée frapper à la porte du centre, parce qu'elle savait que c'était là où des amis étaient allés. On lui a répondu qu'elle ne pouvait pas venir là, qu'il fallait qu'elle suive le processus habituel et qu'elle aille à l'accueil du centre local de services communautaires. Cette personne-là n'a pas critiqué le système. Elle s'est plutôt dit qu'elle ne méritait même pas d'être soutenue par un organisme qui s'occupe de dépendance et qu'elle ne valait vraiment rien. Puis, elle est partie consommer. Voilà un exemple d'intégration des messages de stigmatisation.

• (1630)

Le président: Merci, madame Jutras.

[Traduction]

La parole va maintenant à M. Johns, pour six minutes.

M. Gord Johns (Courtenay—Alberni, NPD): Monsieur Somers, la dépendance est évidemment une maladie chronique récurrente, et les gens mettent des années à s'en rétablir. Pourquoi vous opposeriez-vous à l'approvisionnement plus sécuritaire, pour remplacer l'approvisionnement direct de drogues non réglementées, toxiques et nocives, pour les personnes qui font une rechute?

M. Julian M. Somers: Le problème tient au déséquilibre. Les programmes globaux qui, dans le reste du monde, ont démontré les meilleurs résultats pour ce qui est de réduire considérablement la dépendance à haut risque avaient comme premier objectif d'assurer la réinsertion sociale. Cela a déjà aussi été le thème en vigueur, en Amérique du Nord.

En vérité, c'est dans cette approche que la pratique de prescrire de la méthadone a été introduite. Il ne s'agissait pas d'un programme d'approvisionnement en drogues laissé à lui-même; plutôt, le patient était introduit dans un processus beaucoup plus exhaustif qui assurait sa réinsertion dans la société.

En ajoutant des substances et en ne faisant pas attention à la nécessité de soutenir des efforts robustes de réinsertion sociale, nous introduisons, essentiellement et dans de nombreux cas, un élément fongible dans un système appauvri.

M. Gord Johns: Ce n'est pas la question que j'ai posée. Je pense que nous comprenons tous qu'il s'agit d'un enjeu complexe, qui nécessite un éventail complet d'interventions globales. Voilà ce que j'essaie de savoir.

Vous avez parlé de...

M. Julian M. Somers: La réponse, c'est que cela va empirer la situation.

M. Gord Johns: Alors, c'est ce que vous pensez.

• (1635)

M. Julian M. Somers: C'est ce que montrent les données.

M. Gord Johns: L'autorité sanitaire des Premières Nations, le BC First Nations Justice Council, l'Association canadienne des chefs de police, la Dre Henry, que vous ne semblez pas soutenir...

M. Julian M. Somers: L'Association canadienne des chefs de police...

M. Gord Johns: Attendez, je n'ai pas fini.

Chacun des quatre principaux responsables de la santé sur l'île de Vancouver, où je vis, ainsi que le coroner en chef de la Colombie-Britannique et le comité d'experts sur l'usage de substances ont tous demandé et soutenu l'approvisionnement de substances plus sécuritaire. J'ai l'impression de vous entendre dire que vous connaissez le sujet mieux qu'eux.

Vous avez dit...

M. Julian M. Somers: Au moins l'une de ces personnes avait-elle une formation en lien avec la dépendance?

M. Gord Johns: Il y en avait beaucoup, au comité d'experts sur l'usage de substances. Tout à fait. Nous parlons de gens qui ont reçu une formation en matière de dépendance.

Vous avez aussi soulevé la question du conflit d'intérêts. Vous vous en êtes pris au Dr Perry Kendall, le fondateur de Fair Price Pharma, un organisme à but non lucratif, et aussi au Dr Tyndall, qui a créé MySafe, un autre organisme à but non lucratif.

J'aimerais des explications. Il s'agit de fournisseurs de produits pharmaceutiques qui essaient de créer un approvisionnement de substances plus sécuritaires, mais vous avez dit qu'il s'agissait d'entreprises à but lucratif.

Aussi, nous avons entendu que 50 experts distingués avaient écrit une lettre pour exprimer leur désaccord avec votre article sur le logement.

Qu'avez-vous à dire à ces experts qui ont rédigé cette lettre, dont M. Nosyk, qui est avec nous en tant que témoin présentement, fait partie?

M. Julian M. Somers: Vous avez formulé plusieurs allégations dans le préambule à votre question, mais je vais me concentrer sur la dernière question que vous avez posée.

Nous avons rédigé une étude. Nous n'avons pas, contrairement à ce qu'affirme M. Nosyk, évité de discuter des faits que nous avons constatés. D'autres personnes qui ont réalisé des études en même temps que nous sont arrivées à la même conclusion, c'est-à-dire qu'il n'y a aucune donnée qui montre que ces pratiques sont sécuritaires ou efficaces.

D'ailleurs, si vous allez sur le site Web du BCCSU et que vous consultez les documents qu'il fournit, vous verrez ce même avertissement aujourd'hui: aucune donnée ne montre que ces pratiques sont sécuritaires ou efficaces pour — et il y a de nombreuses pratiques, faites votre choix vide — réduire les risques associés au fentanyl et aux autres drogues de rue.

C'était notre principale conclusion. Quelle a été leur méthode d'évaluation? Ils ont utilisé le système d'évaluation de la qualité méthodologique des examens systématiques, ou AMSTAR. J'y arrive. Le système AMSTAR est conçu pour...

M. Gord Johns: Soyez très bref, parce que j'ai des questions à poser à d'autres.

M. Julian M. Somers: Eh bien, vous vouliez une réponse. Je vous la donne.

M. Gord Johns: D'accord, allez-y.

M. Julian M. Somers: Ils ont utilisé le système AMSTAR, le système d'évaluation des examens systématiques. J'ai publié des examens systématiques sur l'usage de substances et sur les maladies

mentales au fil des ans. C'est important que ces examens soient normalisés. Les revues rapides ne sont pas des examens systématiques.

Ce que vous avez mentionné, ce sont 50 personnes qui ont signé une lettre sous le coup de l'émotion, en réaction à une critique d'une revue rapide, utilisant un outil tout à fait inapproprié, essentiellement...

M. Gord Johns: Merci. Il me reste une minute.

Monsieur Nosyk, aimeriez-vous formuler quelques commentaires sur ce que nous venons d'entendre?

M. Bohdan Nosyk: Encore une fois, l'examen a été effectué très tôt lors des étapes de la mise en œuvre. J'invite fortement les témoins à lire l'examen, à lire la critique et à tirer leurs propres conclusions. Je n'en dirai pas plus.

M. Gord Johns: Je vais revenir à vous, monsieur Nosyk.

Vous m'avez entendu parler de toutes ces organisations. Leur crédibilité est maintenant attaquée, puisqu'elles ne seraient pas des expertes relativement à l'usage de substances.

Que pensez-vous de cela, quand vous entendez la longue liste des divers experts chevronnés dont je viens de parler et des organismes qu'ils représentent?

M. Bohdan Nosyk: Je dirais que leur crédibilité est tout à fait intacte.

M. Gord Johns: Quand vous entendez que leur crédibilité est attaquée et que vous produisez des études révisées par les pairs... Les études révisées par les pairs sont minées par ce genre de commentaires contraires à ce que M. Somers a dit.

M. Bohdan Nosyk: Je ne lui en tiens pas rigueur. Je pense que c'est une bonne chose d'avoir un dialogue. Je pense que c'est une bonne chose d'avoir des positions différentes à certains égards. Nous devons avoir des discussions. Ce n'est pas un enjeu simple.

Nous avons essuyé beaucoup de critiques à propos de notre travail au début, et nous avons répondu en fournissant autant de détails que nous le pouvions dans nos exposés publics. Nous avons essayé de traiter cela de manière aussi scientifique que possible. Je suis réellement en faveur de débats.

Le président: Merci, monsieur Nosyk.

Merci, monsieur Johns.

La parole va à M. Genuis, pour cinq minutes.

M. Garnett Genuis (Sherwood Park—Fort Saskatchewan, PCC): Merci, monsieur le président.

Mes questions vont s'adresser à M. Somers, mais j'ai aussi un commentaire rapide à faire à M. Perrin.

Je tiens à dire, monsieur, que je respecte votre sincérité et vos convictions. J'ai lu votre livre. Je crois, en toute bonne foi, que vos commentaires mettent en relief le risque de combiner une bonne théologie avec de la mauvaise science. Je suis d'accord avec vous: l'amour et la compassion devraient définir la nature de notre approche, y compris l'amour qu'on exprime au moyen d'une dissuasion efficace contre le danger et de mesures de soutien pour le rétablissement, mais comme l'a démontré M. Somers, l'approche des néo-démocrates et des libéraux quant à leurs politiques sur les drogues sème le désastre dans nos collectivités. Les drogues sont détournées, et l'approche est soutenue même sans données crédibles; elle est poussée à l'extrême par des groupes de l'industrie qui servent leurs propres intérêts.

Ma première question s'adresse à M. Somers.

Beaucoup de gens souffrent en raison de la crise des stupéfiants, qui se poursuit et s'aggrave, mais certaines personnes en profitent aussi. Je parle de ceux qui produisent et qui vendent les substances qui alimentent la crise des opioïdes et qui font de l'argent à partir de la souffrance d'autrui. Certains portent des capuchons et se tiennent dans les allées sombres, d'autres portent le veston et la cravate et fréquentent les coulisses du pouvoir, mais ce sont tous des trafiquants de drogue qui profitent de la souffrance des gens les plus vulnérables.

Vous avez parlé de certains responsables de la santé publique, comme le Dr Perry Kendall, qui, après avoir occupé des postes en lien avec les politiques sanitaires où ils ont fait la promotion de la décriminalisation et de l'approvisionnement soi-disant sécuritaire, se sont lancés en affaires en vendant des drogues dures de qualité pharmaceutique.

Croyez-vous qu'il devrait y avoir des règles en place pour empêcher que les anciens responsables de la santé publique, plus tard, s'enrichissent grâce à leurs anciens postes?

• (1640)

M. Julian M. Somers: Oui, il devrait absolument y avoir de telles règles. Ce type de relations devraient être transparentes. La Commission Stanford-*Lancet* a fortement recommandé cela.

D'ailleurs, quand elle a évalué quelles étaient les sources de la crise des opioïdes en Amérique du Nord, au Canada et aux États-Unis, le premier thème qu'elle a souligné était les conflits d'intérêts et les gens — malheureusement, comme le Dr Kendall — qui, après avoir occupé de hautes fonctions dans la santé publique et dans l'administration — dans ce cas-ci, le BCCSU —, sont ensuite allés occuper des postes au sein d'organisations comme le Centre for Disease Control de la Colombie-Britannique, lequel a été signalé comme étant un bailleur de fonds justement pour l'entreprise que Dr Kendall et Dr Schechter avaient lancée.

C'est une chose de se demander s'il serait logique de passer à un approvisionnement pharmaceutique en drogues. C'en est toute une autre de promouvoir cela, puis de s'organiser pour devenir le fournisseur. Donc, oui, la transparence est nécessaire.

M. Garnett Genuis: Merci.

Vous y avez fait allusion. C'est Purdue Pharma qui est à l'origine de la crise des opioïdes. L'entreprise a favorisé la libéralisation du commerce des médicaments afin de commercialiser vigoureusement son nouveau produit contenant des opioïdes, l'OxyContin, dans les années 1990 et au début des années 2000. C'est ce qui a déclenché la première crise des opioïdes, et il y avait certainement

un conflit d'intérêts latent à l'époque, puisque les gens allaient d'une entreprise et d'un organisme réglementaire à une autre, etc.

Aujourd'hui, Purdue en rajoute. Son propre produit de marque contenant de l'hydromorphone, le Dilaudid, semble être l'option privilégiée dans ce programme subventionné par l'État de distribution de drogues dures.

Je trouve étrange que les gens responsables de la crise des opioïdes qui travaillent chez Purdue fassent maintenant encore plus d'argent en vendant des médicaments et en faisant la promotion d'un accès plus facile et de la libéralisation du commerce des médicaments comme solution au problème.

Savez-vous pourquoi ce produit spécifique de Purdue est devenu le choix de prédilection? Savez-vous ce qu'a fait Purdue pour mobiliser le gouvernement et la société civile et obtenir ce résultat qui est très avantageux financièrement pour l'entreprise?

M. Julian M. Somers: Malheureusement, non. Je ne sais pas, mais je suis d'accord avec votre observation; c'est d'une ironie perverse.

M. Garnett Genuis: Nous savons que des représentants de Fair Price Pharma ont eu beaucoup de rencontres avec le gouvernement actuel, qu'ils ont rencontré de nombreuses fois en personne l'ancienne ministre de la Santé mentale et des dépendances et qu'ils ont eu, je crois, 12 réunions en deux ans avec des fonctionnaires.

Monsieur Somers, j'ai présenté une motion au Comité des opérations gouvernementales pour demander que ces soi-disant contrats d'approvisionnement sécuritaires soient rendus publics. Je crois que les parlementaires et le public devraient connaître le genre d'ententes que ces sociétés à grand budget, comme Purdue Pharma, ont signées avec le gouvernement fédéral.

Les libéraux ont tenté de bloquer cette motion du Comité des opérations gouvernementales afin d'empêcher la publication de ces contrats. Ils ont dit d'une part qu'ils ne croyaient pas que de tels contrats directs entre le gouvernement fédéral et ces sociétés existaient, mais, d'autre part, ils ont fait de l'obstruction pour empêcher leur publication.

Pensez-vous que ces contrats devraient être rendus publics? Si oui, pourquoi?

M. Julian M. Somers: Oui, ils devraient certainement être rendus publics parce qu'ils représentent des dépenses publiques qui sont directement liées à un ensemble de politiques très controversées sur les drogues qui n'existent qu'au Canada, en réalité, donc nous avons absolument besoin de plus de transparence.

J'ajouterais que nous avons besoin de plus de transparence au sujet des transferts de fonds publics et privés à des organismes comme le BCCSU. Nos normes en matière de reddition de comptes sont assez souples par rapport à ce que prévoit la Sunshine Act des États-Unis. Nous devons mieux comprendre la façon dont les fonds sont transférés par le truchement d'organismes comme le BCCSU à des groupes communautaires qui défendent le même objectif, comme VANDU, DULF et beaucoup d'autres, et comment les fonds des pharmaceutiques s'y ajoutent pour réaliser ce qui semble être un programme commun.

• (1645)

Le président: Merci, monsieur Somers.

C'est maintenant au tour de M. Powlowski, qui a cinq minutes.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): J'aimerais commencer par une question à M. Somers.

Vous avez dit que, à un certain moment, on vous a ordonné de détruire votre base de données. Qui vous a ordonné de faire cela, et pourquoi?

L'avez-vous fait?

M. Julian M. Somers: J'ai résisté de mon mieux, mais nous avons été forcés de détruire la base de données et nous l'avons fait. J'ai présenté un compte rendu aux sous-ministres — les sous-ministres sympathiques à notre cause.

M. Marcus Powlowski: Qui vous a ordonné de détruire la base de données?

M. Julian M. Somers: Le gouvernement de la Colombie-Britannique.

M. Marcus Powlowski: Votre base de données était liée à votre poste de professeur à l'Université de la Colombie-Britannique?

M. Julian M. Somers: Je l'ai commencée à l'Université de la Colombie-Britannique. Je l'ai ensuite déménagée lorsque j'ai eu mon poste à l'Université Simon Fraser.

Ces données, nous les avons obtenues auprès de divers ministères, dans certains cas avec l'autorisation des gens que nous cherchions à aider, des sans-abri de Vancouver aux prises avec de graves problèmes de dépendance et qui participaient à nos efforts d'intervention.

Nous avons des informations qui s'étaient étalées sur plus de 20 ans. Nous faisons ce travail depuis 20 ans, et, une semaine après avoir présenté le compte rendu, nous avons reçu cet ordre.

M. Marcus Powlowski: Vous a-t-on donné une raison? Y avait-il de l'information confidentielle que vous n'étiez pas censé avoir? Vous a-t-on donné une justification?

M. Julian M. Somers: Ce n'était pas une question de propriété intellectuelle.

En fait, nous avons convenu avec le gouvernement de poursuivre le travail sur la base de données pour une autre période. Cela avait été fait officiellement avec le ministère de la Santé et nous la remettons sur pied en tenant compte d'une étude supplémentaire sur la dépendance et les décès durant la COVID. Il n'y avait pas de justification.

Le gouvernement a menti en disant qu'il planifiait de le faire de toute façon, ce qui n'est clairement pas vrai. Si c'était vrai, nous aurions eu de l'information à ce sujet avant cela. Il a dit des choses qui ne tenaient vraiment pas debout, que nous pourrions obtenir les données d'ailleurs, ce qui est clairement faux. Il n'y a pas d'autres façons d'obtenir ces données.

La seule raison qui tient debout, selon moi, et l'un des députés qui était présent me l'a confirmé, c'était que mes remarques ont déplu à certains sous-ministres, qui avaient l'impression que je disais que leurs politiques relatives à la dépendance et à l'itinérance n'étaient pas efficaces.

M. Marcus Powlowski: Pourquoi vous êtes-vous plié à la demande? Il semble que ce soit une demande administrative formulée par quelqu'un du gouvernement. Il ne s'agissait pas d'une autorité juridique. Pourquoi l'avez-vous fait?

M. Julian M. Somers: Personne à l'université ne venait à ma défense. On continuait d'insister pour que je le fasse. Je ne voyais aucun recours. J'aurais peut-être dû vous en parler plus tôt.

M. Marcus Powlowski: Peut-être.

Monsieur Perrin, vous avez parlé de votre foi chrétienne et je suis d'accord avec plusieurs de vos prises de position sur la réduction des méfaits.

Que dites-vous aux gens irrités par le fait que quelqu'un fume du crack à côté d'eux, sur la plage, lorsqu'ils sont avec leurs enfants? Que dites-vous aux petites bonnes femmes ou à vos parents qui voudraient aller en ville, à Ottawa ou en Colombie-Britannique, mais qui ont peur de le faire parce que des gens consomment des drogues au vu et au su de tous?

Les gens consomment de la drogue et nous avons entendu dire que les amphétamines provoquent parfois des épisodes psychotiques. Le fait que beaucoup de centre-ville sont devenus, disons, des lieux de perdition... et cela concerne des choses comme les sites d'injection supervisés. Je suis sûr — ou je penserais — que vous avez de la sympathie pour ces gens tout en croyant à la réduction des méfaits. Comment faire pour trouver le bon équilibre? L'avons-nous trouvé?

M. Benjamin Perrin: Merci de la question.

Tout d'abord, il se consommait de la drogue en public au Canada avant le projet pilote de décriminalisation, qui est maintenant essentiellement annulé en Colombie-Britannique et dans d'autres villes. Quand je me déplace dans le pays, je vois ce dont vous parlez. Cela ne se limite pas à la Colombie-Britannique ou à Vancouver. Je veux cependant parler brièvement de la Colombie-Britannique.

Le service de police de Vancouver, il s'agit d'une citation de l'inspecteur Phil Heard, qui est responsable de l'Unité de drogue du service de police de Vancouver, a déclaré le 23 mars 2024: « Nous avons en fait observé une diminution des plaintes du public au sujet de la consommation en public. » Ce sont ses mots.

On a demandé au chef de police Adam Palmer s'il existait des statistiques, quelles qu'elles soient, au sujet des déclarations de la police selon lesquelles elle n'avait aucun recours dans le type de situations dont vous parlez. Voici une citation de l'article dont je parle: « M. Palmer a dit que le service de police de Vancouver n'a pas conservé de statistiques ou de chiffres sur les incidents où une personne consommait de la drogue sur la place publique et où la police n'a pas pu intervenir. »

En réalité, ce que nous voyons, ce sont beaucoup de préoccupations en amont, mais les données ne le reflètent pas. Comment pouvons-nous bien faire les choses?

• (1650)

Le président: Merci, monsieur Perrin.

Merci, monsieur Powlowski.

[Français]

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

M. Luc Thériault: Merci, monsieur le président.

Madame Jutras, on sait qu'on ne peut pas utiliser qu'une seule approche. En effet, on ne peut pas forcer les gens qui sont dans la rue à aller en cure de désintoxication. La réduction des méfaits a aussi un rôle important à jouer. Selon ce que vous ont dit les gens qui vous ont ouvert leur cœur, l'approvisionnement sécuritaire a-t-il eu un effet positif ou stabilisateur sur leur démarche vers la guérison ou vers une vie plus humaine?

Mme Catherine Jutras: Oui, absolument.

Le problème est complexe, et ce moyen ne conviendra pas nécessairement à tout le monde. Cela dit, il y a de très belles réussites. Par exemple, quand j'ai demandé à une personne ce que l'accès à un approvisionnement sécuritaire avait changé pour elle, elle m'a répondu à la blague qu'elle était maintenant beaucoup plus grosse. En effet, comme la personne était constamment à la recherche de substances, elle se nourrissait moins adéquatement. Sa santé s'est donc améliorée et elle s'est remise à travailler. Elle m'a même dit qu'elle avait maintenant un peu d'argent pour aller au cinéma. Cette mesure a donc grandement amélioré sa vie.

M. Luc Thériault: Est-ce qu'il y a eu une stabilisation de la consommation aussi?

Mme Catherine Jutras: Oui. L'approvisionnement sécuritaire permet un ajustement de la substance, ce qui permet de trouver un équilibre que ne peut pas avoir une personne qui est dans la rue. En effet, on peut dire qu'on prend tant de doses, mais ces doses peuvent varier. La stabilité n'est donc pas la même que lorsqu'on consulte un médecin spécialiste. Quand cette mesure convient au rythme de la personne, elle peut assurément créer une stabilité.

M. Luc Thériault: Certains mettent beaucoup l'accent sur la question du détournement de l'approvisionnement sécuritaire. En Abitibi—Témiscamingue, est-ce que ça rend justice aux bienfaits de cette approche, selon vous?

Mme Catherine Jutras: Pas nécessairement. Si la personne utilise la substance, c'est parce que ça vient répondre à son besoin. Je ne connais pas beaucoup de gens qui vont détourner la substance qu'ils consomment et vivre un sevrage.

Le président: Merci beaucoup.

[Traduction]

Monsieur Johns, vous avez deux minutes et demie; allez-y.

M. Gord Johns: Monsieur Perrin, vous étiez conseiller principal en politiques relatives à la justice pénale pour les conservateurs, sous le premier ministre Stephen Harper. Vous avez entendu les conservateurs aujourd'hui dire qu'ils s'opposaient aux centres d'injection supervisés, à l'approvisionnement sécuritaire et à la décriminalisation et vous les avez vus jeter tout le blâme des décès sur ces politiques du NPD en Colombie-Britannique. Pourriez-vous parler de ce qui vous préoccupe dans ce discours et des politiques que vous ne recommanderiez pas aux conservateurs d'adopter et nous donner vos raisons?

M. Benjamin Perrin: Je vais être honnête. Je suis assez frustré par les distractions que j'ai entendues aujourd'hui dans le Comité. Je regardais les réseaux sociaux, à l'instant, et l'un des membres du Comité a déjà publié des clips pour prendre en défaut l'audience même du Comité. Voulez-vous avoir des données probantes sur la façon de sauver des vies ou voulez-vous alimenter vos comptes sur les médias sociaux? Est-ce que l'on veut être populaire ou sauver des vies? En fait, je suis dégoûté; vraiment dégoûté.

Les vies qui seront perdues... Nous savons que l'opposition aux centres d'injection supervisés tue des gens, et le Comité fédéral

consultatif spécial sur la crise des surdoses d'opioïdes avait des prévisions datant de décembre 2023. Il prévoyait que des centaines de personnes supplémentaires mouraient si ces mesures relatives à la réduction des méfaits n'étaient pas appliquées partout au pays, et leurs prévisions étaient justes. Cela ne fera qu'empirer si un gouvernement conservateur fédéral limite ou met un terme à ces interventions médicales qui sauvent des vies ou ne les finance pas.

• (1655)

En ce qui concerne les politiques que je ne recommanderais pas d'adopter, pour commencer, on nous dit que notre but devrait être que les gens rentrent chez eux sevrés. L'un des autres témoins parle souvent de dépendance. Il ne parle pas de sauver des vies. Il renvoie toujours à des données probantes au sujet de la dépendance, non pas aux façons de sauver des vies.

Nous ne vivons pas une crise de dépendance. Nous vivons une crise de stupéfiants toxiques non réglementés. Encore une fois, les recherches montrent que, si nous nous concentrons simplement sur la désintoxication et le sevrage des gens, si c'est l'objectif principal, le risque de décès est plus élevé. Lorsque votre traitement concerne exclusivement la désintoxication, ce n'est pas recommandé sur le plan médical. Je ne recommanderais pas ce genre de traitement et de méthode de rétablissement.

Ensuite, l'idée que nous pouvons arrêter le fentanyl aux frontières s'est retournée contre nous. Ce produit est maintenant fabriqué ici au Canada. C'est ce que nous a dit la GRC. De plus, on nous a dit « la prison, pas la caution ». Dans le contexte de cette crise, un meilleur slogan serait « la prison, c'est la mort à tout coup ». Cela concerne les gens qui ont des troubles liés à la consommation d'opioïdes.

Lorsque nous regardons les données, qui meurt? En Alberta, l'ancien premier ministre, Jason Kenney, a dit que pour chaque Albertain qui est décédé après avoir consommé des stupéfiants non réglementés, la moitié avait été détenue en Alberta au cours des deux années précédentes. En Colombie-Britannique, cela concerne le deux tiers des gens. Nous devons arrêter d'emprisonner les gens et de nous enfoncer dans cette guerre contre les drogues perdue d'avance, qui ne fait qu'aggraver les choses.

Le président: Merci, monsieur Perrin.

C'est maintenant au tour de M. Doherty, s'il vous plaît, pour cinq minutes.

M. Todd Doherty: Merci, monsieur le président.

Mon premier commentaire à l'intention de M. Perrin n'est pas une question. Il n'est donc pas nécessaire d'y répondre.

En fait, j'ai une question.

Monsieur Perrin, avez-vous un diplôme en médecine?

M. Benjamin Perrin: Non.

M. Todd Doherty: Merci.

Voici mon commentaire. Pas un seul conservateur, que ce soit notre chef ou nous-mêmes — aucun d'entre nous — n'a parlé des sites de consommation supervisée. Dans toute politique, dans toute conversation, la boîte à outils comprend de nombreux outils. Vous confondez le problème avec votre colère ou votre frustration envers l'équipe conservatrice, et...

M. Benjamin Perrin: Vous soutenez donc publiquement les sites de consommation supervisée aujourd'hui? Les soutenez-vous publiquement? Êtes-vous prêt à le dire officiellement?

M. Todd Doherty: Monsieur Perrin, je vais poser les questions.

M. Benjamin Perrin: Oui ou non, monsieur? Oui ou non, monsieur?

M. Todd Doherty: Monsieur Perrin, je vais poser les questions. Merci beaucoup.

J'ai déclaré publiquement qu'il existe de nombreux outils dans la boîte à outils.

Monsieur Somers, je crois comprendre que M. Powlowski a posé des questions concernant la base de données et la destruction de la base de données, mais vous avez également dit que des militants vous ont fait la guerre en vous diffamant et en vous discréditant. Pouvez-vous en dire un peu plus à ce sujet, s'il vous plaît?

C'étaient des militants rémunérés — désolé.

M. Julian M. Somers: Merci.

Cela a commencé il y a quelque temps. Nous avons été bloqués au moment d'accéder à des données supplémentaires pour établir un lien avec les bases de données dont nous disposions déjà. Il s'agissait des mesures prises par la province et le Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique, ou BCCDC. Cela est devenu encore plus clair lorsque nous avons publié la revue rapide.

Je ne comprends pas la remarque de M. Nosyk. Il n'est clairement pas intéressé par le dialogue. Il a signé une lettre qui calomniait publiquement notre travail. La seule fois où je lui ai parlé, il m'a dit que notre travail le mettait en colère parce qu'à l'époque, il avait la responsabilité de mener des recherches sur un approvisionnement sûr. Presque tous les signataires — enfin, tous les signataires de cette lettre que je connais — ont des intérêts financiers dans le sujet même que nous examinons. Nous n'avons rien conclu d'inhabituel à l'époque. En fait, il y avait une absence de données probantes. M. Nosyk l'a même confirmé aujourd'hui en affirmant que les choses ne faisaient que commencer.

Ce que nous avons fait, c'est souligner une chose gênante, à savoir que les normes d'introduction d'un produit pharmaceutique dans toute forme de pratique dans notre pays et dans le monde suivent généralement des évaluations rigoureuses concernant leur sécurité et leur efficacité. Dans ce cas, nous avons décidé que nous allions mettre en œuvre une mesure sans aucun des contrôles que nous avons utilisés pour les vaccins contre la COVID — en recherchant les effets positifs, s'il y en avait, et les inconvénients, s'il y en avait. Nous nous sommes simplement lancés là-dedans.

Comme nous le savons désormais, les études réalisées ont été conçues à la va-vite. Il n'y avait aucun composant traçable dans les médicaments que nous avons introduits afin de permettre, de manière assez évidente, la capacité de détecter un détournement s'il se produisait. Non seulement nous avons aujourd'hui cet étrange mélange de données probantes, mais fait plus important encore, nous avons clairement adopté deux poids, deux mesures en procédant à cette expérience même. Est-ce à cause des personnes dont nous parlons?

• (1700)

M. Todd Doherty: Selon vous, y a-t-il des documents que le Comité aurait intérêt à lire et qui pourraient nous aider à suivre la voie

que vous proposez pour laquelle nous devrions présenter une requête?

M. Julian M. Somers: Il y en a quelques-uns qui me viennent immédiatement à l'esprit.

L'un d'eux est l'examen de l'approvisionnement sûr, que nous appelons « A Public Supply of Addictive Drugs ». Je pense qu'il est prématuré d'utiliser le mot « sûr » dans l'appellation.

Le deuxième est un examen que nous avons mené sur la décriminalisation. Il permettra de corriger certains des malentendus qui ont été exprimés ici même aujourd'hui. Les chefs de police au Canada et en Colombie-Britannique ont rédigé des rapports sur la décriminalisation, affirmant qu'ils ne la soutiendraient que si des mesures robustes étaient mises en place pour aider les personnes rencontrées par les policiers, ce qui n'a pas été fait.

Le troisième document que je recommanderais est le rapport de la Commission Stanford-Lancet.

Le quatrième est la stratégie nationale antidrogue portugaise, qui est un document riche par sa complexité et ses orientations. Je pense qu'il montre aux autres pays la façon dont nous pouvons nous rassembler autour d'une approche concertée qui ne fait pas vaguement référence à des outils et à des boîtes à outils et qui ne rend pas les choses hyperpolitiques. L'approche est en fait intégrée et ciblée.

Le président: Merci.

M. Todd Doherty: Merci, monsieur Somers.

Puis-je poser une seule question?

Ce sont quatre documents publics, je crois.

M. Julian M. Somers: C'est exact.

M. Todd Doherty: Pourriez-vous, par hasard, les fournir au Comité cette semaine?

M. Julian M. Somers: Je le ferai avec plaisir.

M. Todd Doherty: Merci beaucoup.

Le président: Merci à vous deux.

[Français]

Je cède la parole à Mme Brière pour cinq minutes.

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

Docteur Somers, est-ce que vous avez des preuves indiquant que Fair Price Pharma a fait un quelconque profit avec la vente d'approvisionnement plus sécuritaire?

[Traduction]

M. Julian M. Somers: Je n'ai pas vu ses documents financiers, même si, comme nous le savons, les organismes sans but lucratif peuvent toujours payer les gens. Je ne suis pas au courant de la transmission des fonds ni de sa capacité à obtenir des fonds en premier lieu.

[Français]

Mme Élisabeth Brière: Est-ce que le gouvernement de la Colombie-Britannique vous a proposé d'avoir accès à une nouvelle base de données pour continuer vos recherches?

[Traduction]

M. Julian M. Somers: Non, malheureusement ce n'est pas le cas. Je crois que son intention était de s'assurer qu'il n'y avait aucune capacité d'évaluer le rendement des programmes qu'il a élaborés au cours des dernières années.

Mme Élisabeth Brière: Merci.

[Français]

Docteur Nosyk, on sait tous que la crise des opioïdes est une crise complexe, qui comporte plusieurs facettes. On sait aussi qu'un des défis en lien avec les gens qui ont un trouble lié à l'usage des opioïdes est leur rétention à long terme une fois qu'ils ont commencé un traitement par agonistes opioïdes. Est-ce que vous êtes d'accord avec le fait que cette difficulté à garder les gens sur ce type de traitement découle un peu de la stigmatisation, mais aussi d'un manque d'options?

[Traduction]

M. Bohdan Nosyk: Je pense que ces choses contribuent au problème. Nous avons une grande expérience du traitement par agonistes opioïdes depuis très longtemps. Il a été reconnu qu'il s'agit d'une maladie chronique récurrente et que les gens passent généralement par des étapes de rémission et de rechute. Ce processus se poursuit, mais à mesure que les gens rechutent, ils se retrouvent désormais confrontés à un approvisionnement en drogues illicites beaucoup plus toxiques. Il est beaucoup plus dangereux de rechuter après un traitement par agonistes opioïdes de nos jours, et nous avons donc besoin de plus d'options pour assurer la sécurité des personnes.

Le traitement fait partie d'un continuum de services dont nous avons besoin. Je pense que nous devons adapter nos attentes et nos connaissances en fonction de l'introduction de nouveaux contaminants dans l'approvisionnement en médicaments, ce qui se produit toujours. Ici, le sol bouge encore sous nos pieds. Nous nous efforçons de suivre le rythme. Il est douloureux de voir nos résultats continuer à se détériorer et d'entendre des médecins qui font de leur mieux pour maintenir leurs patients en vie. C'est difficile.

• (1705)

[Français]

Mme Élisabeth Brière: Merci.

Nous revenons tout juste d'un voyage effectué dans différentes villes du pays. Nous avons rencontré des organisations qui travaillent sur le terrain, comme celle de Mme Jutras, qui est des nôtres cet après-midi. On constate que des personnes souffrent et que des gens cherchent des solutions, autant pour ceux qui aident ces personnes et sauvent des vies que pour les consommateurs de drogue.

Vous parlez de trouver des options. Nous sommes assis autour de cette table et nous devons trouver une solution pour vaincre cette crise. Qu'avez-vous à nous recommander?

[Traduction]

La question s'adresse à vous, monsieur Nosyk.

M. Bohdan Nosyk: Je suis désolé.

Nous devons reconnaître qu'il y a une place pour le rétablissement, une place pour les traitements ambulatoires et certainement une place pour la réduction des méfaits. Tous ces éléments doivent fonctionner ensemble. Encore une fois, il est douloureux de consta-

ter une détérioration continue des résultats. Il est également frustrant de constater que, de plus en plus, le débat public consiste à trouver des coupables et à leur jeter la pierre, plutôt qu'à trouver des solutions. Je suis venu ici pour apporter l'expertise et les données probantes que j'ai générées ou découvertes. J'espère que je me présente comme un membre constructif de ce groupe et que je vous donne des preuves sur lesquelles vous appuyer.

Nous avons besoin de plus de renseignements. C'était l'essentiel de ma déclaration liminaire. Nous ne savons pas grand-chose des modèles de soins axés sur le rétablissement. Nous ne savons pas grand-chose des résultats d'une désintoxication à court terme. C'est le genre de choses qu'il faut signaler systématiquement partout au pays.

Le président: Merci, monsieur Nosyk.

Nous passons maintenant à Mme Goodridge, pour cinq minutes.

Mme Laila Goodridge: Merci.

Monsieur Somers, vous avez commencé votre déclaration liminaire en disant que vous êtes en rétablissement. Je me demandais si vous pouviez nous en parler un peu, car je pense que cela façonne probablement la manière dont vous abordez votre travail ici.

M. Julian M. Somers: Honnêtement, je n'en suis pas sûr, mais c'est à vous d'en décider.

J'ai été adopté. J'ai grandi avec des expériences traumatisantes et j'y ai été exposé dès mon plus jeune âge et j'ai présenté des symptômes de maladie mentale et de dépendance. Ceux-ci ont persisté pendant plusieurs années, à partir de l'âge de neuf ans environ. J'ai quitté l'école et j'étais seul au début de l'adolescence. J'ai été transféré dans une autre famille, où j'ai trouvé un début de stabilité.

Lorsque nous examinons la manière dont les gens définissent le rétablissement, celui-ci comprend plusieurs éléments: la connexion, l'espoir, le sentiment d'identité amélioré, la motivation pour l'avenir et un sentiment d'autonomisation — en reconnaissant que l'une des caractéristiques fondamentales de la dépendance est l'expérience de perte de contrôle sur son comportement tout en étant conscient des préjudices qui en résultent. Ces éléments décrivent l'acronyme CHIME, qui a été produit à partir de méta-analyses et de revues systématiques. Le cadre CHIME a été reproduit. C'est ainsi que les gens décrivent leur expérience de rétablissement.

C'était certainement vrai pour moi. J'ai eu la chance de le trouver grâce aux études et à l'alpinisme et en consacrant mon énergie à ce type d'activités. Je ne suis jamais allé aux réunions en 12 étapes, mais je connais bien sûr beaucoup de gens qui bénéficient d'autres méthodes pour transcender leur perte de contrôle et retrouver ces qualités résumées dans l'acronyme CHIME.

• (1710)

Mme Laila Goodridge: Merci d'avoir partagé cela avec nous. Je pense qu'il est important que les gens comprennent ce qu'est exactement le rétablissement et comment il peut se manifester et se dérouler dans différents espaces et sous différents aspects.

En ce qui concerne Fair Price Pharma et son héroïne... Croyez-vous qu'il devrait y avoir une évolution vers un commerce de détail d'héroïne au Canada, comme le prétend Fair Price Pharma?

M. Julian M. Somers: Non. Je pense que ce serait une mesure très peu judicieuse.

Mme Laila Goodridge: Pour ce qui est des distributeurs automatiques d'approvisionnement soi-disant sûr proposés par M. Mark Tyndall, pensez-vous qu'il s'agit d'une utilisation responsable de l'argent des contribuables?

M. Julian M. Somers: Pas du tout.

Le refrain familier, qui a une part de vérité, est que les dépendances sont des problèmes de perte de connexion. Il est donc ahurissant de mettre un distributeur automatique entre le gouvernement et une personne qui souffre, plutôt que d'offrir une possibilité d'interagir avec un être humain qui peut l'accompagner dans certaines étapes constructives de la démarche de guérison.

Mme Laila Goodridge: Je vous ai entendu il y a un certain temps dans une conférence à Calgary parler du marché immobilier. L'une des études que vous aviez réalisées portait sur le fait de savoir qui avait le mieux réussi dans le logement et les modèles de logement après la guérison.

Je me demande si vous pourriez nous en dire plus à ce sujet.

M. Julian M. Somers: Le Canada a une grande tradition de dés-institutionnalisation, à l'instar de nombreux autres endroits. C'est une tradition fondée sur la fermeture des grandes institutions, où l'on s'engage à instaurer des services communautaires axés sur la guérison. Il s'agit d'un refrain vieux de plusieurs décennies qui nous a été rappelé lorsque le sénateur Kirby a traversé le pays et résumé ses conclusions dans son rapport « De l'ombre à la lumière ». Encore une fois, on nous a dit que nous n'avions pas comblé cette lacune.

Les Canadiens ont financé les plus importants essais cliniques randomisés du monde pour évaluer le logement axé sur la guérison par rapport aux soins habituels. Les résultats ont été spectaculaires. J'ai dirigé les essais à Vancouver, où nous nous intéressions à la dépendance. Nous avons constaté des réductions radicales de la criminalité et des urgences médicales, ainsi que des améliorations de la santé...

Mme Laila Goodridge: Y a-t-il des documents à ce sujet?

M. Julian M. Somers: Il existe un grand nombre de publications à comité de lecture.

Mme Laila Goodridge: Si vous pouviez les déposer auprès du Comité, ce serait fantastique.

M. Julian M. Somers: Je le ferai.

Mme Laila Goodridge: Pour donner suite à certains de ces points, je me demande si nous pourrions obtenir l'accord dans la salle pour faire produire des documents, en particulier des documents financiers, des renseignements sur les donateurs et des contrats avec le gouvernement concernant Fair Price Pharma et MySafe, et les ajouter aux documents de notre comité.

Je me demande, monsieur le président, si nous pouvons avoir...

Le président: Votre temps est écoulé, madame Goodridge.

C'est une demande de consentement unanime pour la production de certains documents.

Tout le monde a bien compris ce que l'on demande?

M. Todd Doherty: Oui.

Le président: D'accord.

Avons-nous le consentement unanime pour demander ces documents?

M. Brendan Hanley: Non, pas en ce moment.

Le président: D'accord. Il n'y a pas de consentement unanime.

• (1715)

M. Gord Johns: Monsieur le président...

Le président: Invoquez-vous le Règlement, monsieur Johns?

M. Gord Johns: Oui.

Je serais heureux si ma collègue voulait ramener ce point à un autre moment pour que nous puissions le réexaminer.

Le président: Merci.

Nous avons maintenant Mme Sidhu pour cinq minutes.

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

Ma question s'adresse à M. Perrin et concerne la désinformation.

Monsieur Perrin, ma question porte sur la stratégie politique délibérée de certains politiciens populistes de l'ère post-vérité. Nous savons que certains politiciens populistes de l'ère post-vérité au sud de la frontière et dans notre pays propagent de fausses informations à des fins électorales et de campagne de souscription.

Avez-vous des preuves ou des chiffres à communiquer au Comité sur la façon dont la désinformation touche la vie des Canadiens?

M. Benjamin Perrin: Ce n'est pas un domaine que j'étudie en particulier, mais je peux parler de ce que je connais dans le contexte du travail du Comité sur la crise des drogues non réglementées.

Tout d'abord, de façon générale, nous savons que la désinformation se propage plus rapidement que la vérité. De même, les corrections ou les réponses sont aussi très lentes à venir, voire inexistantes. Ce qui m'inquiète, c'est de voir une tendance persistante et répétée à la désinformation et aux mensonges propagés par le chef actuel de l'opposition officielle, qui cherche à devenir le prochain dirigeant de notre pays en s'appuyant sur cette question. Il est absolument répugnant, pendant une urgence de santé publique qui tue des dizaines de milliers de Canadiens, qu'il y ait un quelconque différend, sans parler de la propagation délibérée de faux renseignements sur la cause immédiate de ce problème.

Nous savons de toutes les sources disponibles quelle est la cause des drogues toxiques. Ce sont les drogues illicites fabriquées par le crime organisé, un point c'est tout. Il y a des raisons pour lesquelles les gens prennent des drogues. Nous pourrions emprunter différentes voies avec les politiques. Cependant, si nous ne sommes même pas d'accord sur le problème, nous n'arriverons jamais à sauver des vies. Je pense que c'est le point de départ du travail du Comité: les membres du Comité conviennent-ils que c'est le problème? Le deuxième est le suivant: quel est l'objectif? L'objectif est-il de sauver des vies, ou bien de suivre les sondages?

Selon la recherche, il y a une corrélation claire entre les politiques qui ne sont pas fondées sur des données probantes, mais qui sont très bien perçues, comme la répression des toxicomanes par un traitement forcé, et celles qui entraînent une augmentation du nombre de décès.

Mme Sonia Sidhu: Convenez-vous que la désinformation coûte des vies ou nuit à la santé des Canadiens?

M. Benjamin Perrin: La désinformation sur une question de santé publique pressante comme celle-ci tue des Canadiens, absolument. Elle foment l'opposition à l'égard de ce que nous savons être des interventions médicales qui sauvent des vies, comme les centres de consommation supervisée.

Je pense qu'il est extrêmement fallacieux de la part de l'un de vos collègues du Comité de prétendre, sans beaucoup de clarté, que cela fait partie d'une boîte à outils, que le Parti conservateur l'appuie ou non. Si c'est le cas, j'aimerais entendre M. Poilievre. Je défie M. Poilievre de se lever à la Chambre des communes demain ou dans un événement public et de dire: « J'appuie les centres de consommation supervisée, un point c'est tout. » C'est une phrase simple. Est-ce sa politique, oui ou non?

Nous ne sommes pas ici pour jouer à des jeux. Des vies sont en jeu, et les Canadiens ont le droit de savoir.

Mme Sonia Sidhu: De nombreuses pages politiques biaisées répandent de fausses informations en ligne. Le gouvernement du Canada a connu un problème semblable pendant la pandémie, où nous avons dû utiliser des publicités et travailler avec des journalistes locaux pour fournir des renseignements fidèles.

Quelle approche recommanderiez-vous au Comité pour lutter contre ce type d'information, la désinformation, dans le domaine des dépendances?

M. Benjamin Perrin: C'est un rôle que les médias doivent jouer. C'est un rôle que les politiciens doivent jouer.

Au final, nous nous retrouvons dans un climat contraire à tout ce que nous avons connu auparavant. Je me rappelle les jours où, si vous déteniez des faits et des preuves crédibles pour soutenir une politique, vous pouviez convaincre les gens. Nous vivons dans une ère post-vérité. C'est très difficile et frustrant pour ceux d'entre nous qui se préoccupent des faits et de la vérité, mais je pense que nous devons continuer.

Les personnes les plus touchées doivent être à la table. Nous devons les entendre. Je ne suis pas au courant — je l'ai examinée un peu — de la liste des témoins du Comité, mais j'encourage fortement le Comité à entendre plus de personnes ayant une expérience vécue. Il y a 400 000 Canadiens qui sont allés dans des centres de consommation supervisée, plus de 5 000 Canadiens juste ici en Colombie-Britannique qui ont eu recours à une solution de rechange réglementée à l'approvisionnement en drogues toxiques criminelles. Ce sont les gens que le Comité doit entendre. Ils vous donneront les preuves que vous devez entendre.

• (1720)

Mme Sonia Sidhu: Ma prochaine question s'adresse à M. Nosyk.

En ce qui concerne les compétences partagées, comme la sécurité publique, le Comité a reçu d'importants témoignages de la part d'organismes d'application de la loi en Colombie-Britannique au sujet des outils qu'ils demandent aux provinces. Nous savons que les municipalités sont responsables des règlements locaux.

Que recommanderiez-vous au Comité pour travailler avec les provinces, comme la Colombie-Britannique, et les municipalités afin de réagir à cette crise?

M. Bohdan Nosyk: Je pense qu'il s'agit de collaborer entre les administrations, entre les différentes sections du gouvernement. C'est quelque chose que le secteur de la santé publique ne peut pas

régler à lui seul. Nous devons collaborer avec les responsables de l'application de la loi, avec le secteur du logement et les ministères du Développement des enfants et de la famille. Nous ne pouvons pas nous attaquer seuls à ce problème dans le domaine de la santé publique.

Le président: Merci, monsieur Nosyk.

Merci, madame Sidhu.

[Français]

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

M. Luc Thériault: Merci, monsieur le président.

Madame Jutras, devant la crise des drogues toxiques qui tuent, il faut que nous soyons en mesure d'être là où se trouvent les personnes qui sont aux prises avec un problème de toxicomanie. C'est une constante que nous voyons. Il faut que l'accompagnement soit disponible au moment où elles en ont besoin. Que devrions-nous privilégier comme approche globale pour accompagner plus efficacement ces gens?

Mme Catherine Jutras: Il faut assurément les écouter. Ce serait la base, parce que chaque individu n'a pas le même historique. Ils ne sont pas tous rendus à la même étape dans leur vie, et ils n'ont pas tous les mêmes besoins et objectifs. Il faut donc les écouter, les considérer comme des experts de leur situation, mais ne pas tenter nécessairement d'installer ces personnes à des endroits ou de leur dicter un chemin de guérison. Il faut écouter la personne.

Il y a un document intéressant que nous utilisons beaucoup en travail de rue qui s'intitule « Le travail de rue: de l'oral à l'écrit ». Dans ce document, on dit que si on organise la marge, la marge va s'organiser ailleurs. En effet, il y a toujours une marge. Selon ce que je vois, on ne peut pas pousser les gens à vivre absolument dans une communauté. La vision qu'on propose est plutôt de créer des ponts entre la marge et le reste de la communauté pour qu'il y ait des passages.

M. Luc Thériault: Il faut éviter d'imposer une démarche particulière, mais voir...

Mme Catherine Jutras: Il faut offrir un choix.

M. Luc Thériault: D'accord.

On a beaucoup parlé de l'approvisionnement sécuritaire, mais l'hébergement supervisé n'est-il pas aussi une solution de réduction des méfaits? Ce n'est pas une solution miracle, mais elle peut mener à une stabilisation de la consommation et, progressivement, à une meilleure qualité de vie.

Le président: Monsieur Thériault, on me dit que la témoin a un problème de connexion. De toute façon, le temps qui vous était alloué est fini.

M. Luc Thériault: Monsieur le président, si Mme Jutras revient en ligne, on pourrait lui donner...

Le président: On doit d'abord attendre que ce problème technique soit résolu.

M. Luc Thériault: D'accord. Si jamais elle revient en ligne, on pourrait, avec le consentement des membres du Comité, lui donner la possibilité de répondre.

En attendant, vous pouvez passer à quelqu'un d'autre. Nous prendrons 30 secondes plus tard.

[Traduction]

Le président: D'accord.

Le prochain est M. Johns, s'il vous plaît, pour deux minutes et demie.

M. Gord Johns: Merci.

J'ai mentionné plus tôt que l'Autorité sanitaire des Premières Nations de la Colombie-Britannique, l'Association canadienne des chefs de police, notre médecin hygiéniste en chef de la Colombie-Britannique, la Dre Bonnie Henry, le coroner en chef de la Colombie-Britannique, le Groupe d'experts sur la consommation de substances, l'ancien médecin hygiéniste en chef, Perry Kendall, et Mark Tyndall sont maintenant considérés comme des militants rémunérés. Il semble, selon les conservateurs et certains témoins qu'ils font venir, qu'ils fassent allusion à un certain type de complot.

Monsieur Perrin, que pensez-vous lorsque vous entendez que tous ces experts...? On a soulevé plus tôt la question selon laquelle ils ne sont pas des experts de la médecine de la toxicomanie.

Que pensez-vous lorsque l'on juge qu'ils ne sont pas qualifiés, ou que nous ne devrions pas solliciter leurs conseils d'experts concernant la médecine de la toxicomanie?

● (1725)

M. Benjamin Perrin: C'est une allégation choquante, contraire à l'éthique et fautive. Lorsqu'on lance des calomnies dans un contexte comme celui-ci, où vous êtes protégés contre toute responsabilité pénale et civile, et que vous ne donnez pas aux personnes contre qui vous faites les allégations l'occasion de répondre, c'est une combinaison très dangereuse. J'ai récemment regardé une baladodiffusion sur le maccarthysme qui me rappelle cette situation... si vous allez commencer à lancer des calomnies au sujet des gens.

Le Comité dispose d'un processus et d'une manière pour explorer ces préoccupations, s'il le souhaite. S'il veut emprunter cette voie, qui n'est pas nécessaire à mon avis, il devrait donner à ces personnes la possibilité de répondre.

Il y a un consensus généralisé entre différents groupes de gens qui travaillent sur cette question, y compris des experts des toxicomanies, selon lequel nous devons nous attaquer à la cause profonde, qui est l'offre de drogues non réglementées.

Vous avez parlé du service des coroners de la Colombie-Britannique. J'encouragerais le Comité à ne pas se contenter de prendre ce titre, mais lorsque vous regardez le rapport qui est à la base de la recommandation du service des coroners de la Colombie-Britannique concernant des solutions de rechange réglementées... Je n'ai même pas compté, mais entre 12 et 18 experts qui travaillent tous dans ce domaine sont énumérés, y compris des experts des dépendances et des médecins.

C'est une chose de dire que quelqu'un n'est pas d'accord, mais essayer de dire qu'il y a là autre chose est faux, trompeur et contraire à l'éthique.

Au final, pour terminer, je presserais le Comité de bien vouloir se concentrer sur la principale préoccupation. Vous étudiez pourquoi il s'agit de la principale cause de décès non naturelle pour les Canadiens, et ce sera le cas encore longtemps, à moins que nous commencions à nous attaquer aux causes profondes de cette question, à fournir maintenant les interventions d'urgence et à bâtir des mesures de soutien holistiques concernant le logement, en traitant les traumatismes liés à l'enfance, la prévention et tout le reste.

Nous devons nous attaquer de toute urgence à la crise à laquelle nous sommes confrontés.

M. Gord Johns: Ai-je le temps de poser une très courte question, monsieur le président?

Le président: Oui, allez-y.

M. Gord Johns: Vous êtes l'ancien conseiller principal en politiques en matière de justice pénale de Stephen Harper. Que conseilleriez-vous à Pierre Poilievre et au Parti conservateur?

M. Benjamin Perrin: Je lui dirais simplement de regarder la situation avec un regard neuf. Ce n'est pas une question idéologique. Nous devons suivre les meilleures données probantes disponibles pour dépolitiser la question.

Pourquoi êtes-vous au gouvernement si ce n'est dans l'intérêt des Canadiens? Le but doit être de sauver des vies, non pas de suivre les sondages ou quoi que ce soit d'autre.

Le président: Merci, monsieur Perrin.

Le suivant est M. Doherty, s'il vous plaît, pour cinq minutes.

M. Todd Doherty: Merci, monsieur le président.

Monsieur Perrin, vous n'avez pas de diplôme médical. Est-ce exact?

M. Benjamin Perrin: J'ai déjà répondu à votre question à ce sujet. Bien sûr que non. Je suis professeur de droit, donc non.

M. Todd Doherty: Êtes-vous spécialiste des dépendances?

M. Benjamin Perrin: Non. Je suis professeur de droit.

M. Todd Doherty: D'accord, donc vraiment, la seule...

M. Benjamin Perrin: J'ai interrogé ces personnes pour ma recherche, cependant.

M. Todd Doherty: Vous avez parlé de faire venir devant notre comité des Canadiens qui ont une expérience vécue à ce sujet. Je ne pourrais être plus d'accord avec vous. Je pense que nous en tirerions beaucoup plus que de voir un ancien membre du personnel dépité diffamer son ancien parti et chef potentiel, le prochain premier ministre du Canada, à chaque intervention.

Monsieur Nosyk, je vous suis très reconnaissant du témoignage que vous nous avez présenté il y a peu de temps. Vous avez apporté beaucoup de renseignements, comme l'ont fait nombre de nos témoins tout au long de cette étude. Il est très frustrant de constater que vous faites venir quelqu'un et qu'il y a une attaque très partisane, alors que je pense que, essentiellement, nous tenons ces discussions au Comité... nous avons tous déjà fait de notre mieux pour comprendre cette question. C'est une question très complexe.

Monsieur Perrin, vous avez dit dans votre commentaire précédent que les conservateurs, y compris notre chef, ont propagé des mensonges et de la désinformation, y compris que l'approvisionnement sûr est ce qui tue tout le monde. Personne ne dit cela.

Ce que nous disons très clairement aux fins du compte rendu est que le soi-disant approvisionnement sûr constitue une politique peu sécuritaire et irresponsable et que cela contribue à aggraver la crise. Nous ne pouvons pas...

● (1730)

M. Benjamin Perrin: C'est votre chef qui l'a dit. Votre chef a dit que l'approvisionnement sécuritaire, ça tuait des gens.

M. Todd Doherty: Encore une fois, monsieur Perrin, c'est mon tour de parole, pas le vôtre.

Le défi que nous avons, ici, c'est que nous perpétuons la dépendance sans convaincre qui que ce soit d'aller suivre une cure de désintoxication ou d'aller suivre un traitement de façon que... qu'ils se rétablissent et qu'ils puissent retourner chez eux. Je sais de quoi je parle, j'ai dit publiquement que ma famille a dû traverser une épreuve, étant donné la dépendance de mon frère et d'autres cas de dépendance dans la vie de notre famille.

J'ai remarqué que quelqu'un parmi vos collègues, ou peut-être que c'était vous pendant votre témoignage, a dit que nous ne nous étions même pas donné la peine d'aller voir. Ce n'est pas parce que cela ne se fait pas en public que cela veut dire que nous ne sommes pas allés nous-mêmes visiter ces sites. Je ne fais pas des choses juste pour les médias sociaux, par exemple. Je fais mon travail, et je suis allé moi-même visiter ces centres. Merci beaucoup.

Monsieur Somers, merci beaucoup de nous avoir raconté votre histoire, ici, aujourd'hui. Je connais le travail que vous avez à faire et je sais ce que vous traversez; le rétablissement, cela prend du temps. Le rétablissement suppose de nombreuses étapes.

J'aimerais le dire encore une fois, si vous pensez que vous auriez aimé donner plus d'information et que vous n'en avez pas eu l'occasion ou que vous voulez communiquer des documents qui nous seraient à votre avis utiles, veuillez le dire dès aujourd'hui puis nous envoyer tout cela, si c'est possible.

Monsieur Somers, avez-vous d'autres commentaires à faire?

M. Julian M. Somers: Juste un. C'est une liste de lecture qui ne cesse de s'allonger.

Le Royaume-Uni s'est engagé à mettre en place un système de soins axé sur le rétablissement. Un système de soins axé sur le rétablissement, c'est le cadre le plus couramment utilisé par les gouvernements du monde entier lorsqu'ils veulent intégrer l'ensemble de leurs activités afin de poursuivre un but commun, la prévention des dépendances, ce qui englobe d'ailleurs d'autres maladies mentales, en intervenant rapidement et en faisant la promotion du rétablissement. Cela couvre tout, des interdictions aux relations internationales en passant par les activités menées à l'échelle nationale, lesquelles couvrent également un large éventail.

Vous n'avez pas mentionné, par exemple, le rôle de l'emploi et le fait que 60 % des gens qui s'empoisonnent au Canada n'avaient pas d'emploi et qu'il s'agit surtout de jeunes. L'emploi est un puissant facteur de protection contre le risque de dépendance et c'est aussi un facteur important de promotion du rétablissement.

Une observation connexe, c'est que non seulement l'empoisonnement est la principale cause de décès chez les jeunes, en Colombie-Britannique, mais en outre, 60 % des enfants que nous perdons étaient à la charge du gouvernement. C'est ce que j'essaie de dire: c'est une population faisant face à des risques élevés venant de tous les côtés.

Je ne fournis pas ici des informations fausses, trompeuses et immorales. Votre remarque m'a blessé. Je ne sais même pas pourquoi quelqu'un voudrait dire cela, étant donné le contexte.

Nous pouvons prendre des mesures réalistes, et nous devons les prendre, en faisant intervenir notre jugement psychologique et nos interactions sociales. Je résume cela en une expression: « réinsertion sociale ». Nous tournons le dos à la réinsertion sociale, à nos risques et périls, et nous ajoutons à tout cela des médicaments pharmaceutiques supplémentaires, qui ne font qu'empirer les choses.

Je me ferai un plaisir de vous envoyer ces documents.

Le président: Merci, monsieur Somers.

C'est maintenant au tour de M. Hanley, pour cinq minutes.

M. Brendan Hanley: Pour commencer, monsieur Somers, avez-vous un diplôme en médecine?

M. Julian M. Somers: Je suis psychologue clinicien. Je n'ai pas de diplôme en médecine.

M. Brendan Hanley: Merci. Avez-vous un diplôme en droit?

M. Julian M. Somers: Non, malheureusement pas.

M. Brendan Hanley: D'accord. Je voudrais tout simplement dire que c'est très dérangent, monsieur Somers, de vous entendre faire des déclarations assez graves fondées sur de pures hypothèses selon lesquelles des fonctionnaires de la santé publique de la Colombie-Britannique tireraient profit de la crise des surdoses...

M. Julian M. Somers: Je rapporte des faits qui ont été rendus publics. Je rapporte des faits.

M. Brendan Hanley: ... alors que ce sont des personnes qui ont littéralement consacré leur vie à certains de nos citoyens les plus vulnérables et ceux qui se font le moins entendre.

Je sais pourquoi le Dr Perry Kendall et le Dr Schechter ont créé l'entreprise Fair Price Pharma. C'était pour répondre à un besoin auquel personne d'autre n'avait répondu.

De plus, le Dr Kendall est une des figures les plus connues du Canada dans le domaine de la santé publique. J'ai eu la chance de faire partie de ses collègues. Je suis convaincu qu'il se ferait un plaisir de comparaître devant votre comité pour expliquer ce que c'est que Fair Price Pharma.

Je m'adresse de nouveau à vous, monsieur Perrin.

Vous décririez-vous comme un ancien membre du personnel partisan dépité?

M. Benjamin Perrin: Non.

● (1735)

M. Brendan Hanley: Vous pourriez peut-être vouloir vous expliquer, aux fins du compte rendu.

M. Benjamin Perrin: Oui, merci de le proposer.

Si cette question me préoccupe, c'est en raison des recherches que je mène depuis plusieurs années. J'ai passé tout ce temps, et en particulier pour mon dernier projet, à parler à des gens dont la vie avait été bouleversée par le système de justice pénale, par la toxicomanie et par la dépendance. Nous avons tous dans notre vie des personnes qui ont vécu cela.

Quand j'ai écrit mon livre, *Overdose*, je ne connaissais personne qui avait été tué par un médicament non réglementé; aujourd'hui, j'en connais. Si je suis si préoccupé et si j'ai utilisé des mots si crus, dans mes commentaires, aujourd'hui, c'est que je ne vois nulle part une réaction adéquate, et que pendant ce temps des gens meurent. C'est ce qui me motive. Je vais continuer à dire la vérité sur tout cela, et je vais continuer à dénoncer la situation. Je vais dénoncer la situation, peu importe le parti qui m'écoute.

Si je suis dépité, ce n'est qu'un côté... J'imagine que oui, je suis dépité; bien sûr que c'est le cas. Si des gens ici n'étaient pas... Si nous continuons à voir les gens tomber comme des mouches, et si nous nous en préoccuons vraiment, nous devrions être enragés, mais cela doit nous pousser à l'action.

Le président: Excusez-moi, monsieur Perrin.

[Français]

Est-ce que vous invoquez le Règlement, monsieur Thériault?

M. Luc Thériault: Excusez-moi. Je ne voulais pas interrompre le témoin, car c'est très intéressant. Je voulais seulement vous rapeler que vous me devez au moins 30 secondes de temps de parole.

Le président: Oui, mais c'était pour Mme Jutras, qui a encore...

M. Luc Thériault: Je sais, mais j'ai encore d'autres questions et il y a d'autres témoins. Je peux interroger un témoin pendant 30 secondes, puisqu'il me restait du temps de parole.

Je présente mes excuses à M. Perrin: je faisais des signes, mais ce n'était pas pour l'interrompre.

[Traduction]

Le président: D'accord.

Désolé, monsieur Perrin. Vous pouvez poursuivre.

M. Benjamin Perrin: C'était ma réponse.

Merci.

M. Brendan Hanley: Merci.

J'espère pouvoir ravoir moi aussi la minute que j'ai perdue.

J'aimerais le répéter aux fins du compte rendu et je le dis au chef de l'opposition et au député de Carleton, qui disent que les programmes d'approvisionnement sécuritaire financés par le gouvernement causent davantage de décès dus aux opioïdes. Mais je vais y revenir une minute environ avant de conclure.

Monsieur Perrin, je m'adresse de nouveau à vous. Si vous deviez présenter au gouvernement fédéral les recommandations formulées par notre comité, quelles seraient les trois mesures que vous prôneriez immédiatement parce que le gouvernement fédéral n'en aurait pas fait assez de ce côté-là?

M. Benjamin Perrin: Je crois que je normaliserais ce que je décrirais comme des endroits sécuritaires pour les consommateurs de drogues. L'ancien maire de Calgary, M. Naheed Nenshi, a dit que ce qui l'inquiétait, lorsqu'il a quitté son poste, c'est qu'il n'y avait qu'un seul site de consommation supervisée. Lorsqu'il y en a un, les gens y vont en grand nombre. Et c'est là que cela devient préoccupant. Il faut que ce soit davantage normalisé. Voilà la première chose. Nous devrions envisager de normaliser les sites de consommation supervisée, en tant que mesure sanitaire de base.

Ensuite, nous devrions nous occuper des substances réglementées, et pas seulement dans le cadre d'un programme unique. Nous devons chercher des moyens de remplacer cet approvisionnement en substances toxiques. Nous devrions chercher les solutions de rechange qui tiennent compte des préoccupations liées à des choses comme le détournement, examiner différents modèles qui pourraient fonctionner et surtout avoir la volonté de le faire.

La troisième chose que nous devrions faire, c'est de définir des normes en matière de rétablissement et de traitement. J'ai mentionné cinq choses: les données probantes, l'accès rapide, le financement public, la réglementation et, enfin, une approche fondée sur les traumatismes et respectueuse de la culture.

M. Brendan Hanley: Me reste-t-il du temps?

Le président: Il vous reste environ 40 secondes.

M. Brendan Hanley: Magnifique.

Je reviendrais donc peut-être à la Colombie-Britannique et à la façon d'adapter l'approche de la décriminalisation. Encore une fois, j'ai l'impression que les gens confondent le désordre public et la nuisance publique avec la décriminalisation.

Pourriez-vous s'il vous plaît nous parler brièvement des progrès qui ont été observés jusqu'ici avec l'approche de la Colombie-Britannique et nous dire ce que vous espérez que cela donnera par la suite.

M. Benjamin Perrin: En ce qui concerne la Colombie-Britannique, la province a réussi au moins une chose, c'est-à-dire créer de très nombreux lieux sûrs pour les consommateurs de drogues, beaucoup plus nombreux que partout ailleurs au Canada, ce qu'elle a pu faire parce que le gouvernement provincial était d'accord. Si le gouvernement provincial n'est pas d'accord, comme en Alberta et en Ontario, le manque de financement étouffe toute tentative de création de sites de consommation supervisée et, même si certains sites sont approuvés, s'ils ne sont pas financés, alors ils sont inefficaces. C'est vraiment un grand problème, où le gouvernement fédéral pourrait intervenir.

En ce qui concerne la Colombie-Britannique, je crois que la re-criminalisation de la possession a vraiment été une erreur. En fait, ce n'est pas la consommation publique des drogues qui a été criminalisée, comme on l'avait annoncé, c'est la possession. Cela veut dire que, aujourd'hui, une personne qui s'en va vers un site de consommation supervisée risque d'être arrêtée, ce qui n'arrivait pas avant que l'on revienne en arrière.

Nous devons vraiment réfléchir sérieusement à ce qui doit être une démarche pénale et à ce qui doit être une démarche administrative. Nous devons revenir et refaire nos devoirs.

• (1740)

Le président: Chers collègues, nous avons eu quelques difficultés techniques, et M. Thériault a perdu une chance de poser sa question. Le témoin n'a pas pu revenir, mais, par souci d'équité, avant de mettre fin à la réunion, je crois que M. Thériault devrait avoir le temps de poser sa question.

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour une dernière petite question et une petite réponse.

[Français]

M. Luc Thériault: Merci, monsieur le président, vous êtes gentil.

Docteur Somers, dans mes notes, je constate que beaucoup de problèmes ont été abordés, mais je ne vois pas d'énoncé de solution. Pourriez-vous faire comme M. Perrin et me donner les trois solutions que vous préconisez pour venir à bout de cette crise des drogues toxiques et du crime organisé, qui tue?

[Traduction]

M. Julian M. Somers: Je verrais les choses d'abord du point de vue des personnes plutôt que du point de vue des drogues. Si nous mettons l'accent sur les individus, sur les êtres humains, nous voyons alors des gens très à risque, isolés socialement, aux prises avec des problèmes de santé mentale, sans emploi et, en moyenne, assez jeunes.

Il y a des choses que nous pouvons faire immédiatement si on en a la volonté. On pourrait proposer des logements axés sur le rétablissement — je ne vais pas vous donner plus de détails —, un modèle qui a fait ses preuves ailleurs dans le monde et dans cinq régions du Canada, où des essais randomisés ont révélé une grande efficacité.

[Français]

M. Luc Thériault: Est-ce que ce seraient des logements supervisés? On parle de toxicomanes, ici.

[Traduction]

M. Julian M. Somers: Je parlais aussi des personnes qui ont un problème de dépendance. Les gens que nous perdons sont des gens sans emploi, et ils sont disproportionnellement trop nombreux à vivre une vie difficile et à être socialement isolés.

Comme je l'ai dit plus tôt, plus de la moitié des jeunes qui perdent la vie, en Colombie-Britannique, étaient pris en charge par l'État. Il y a là un lien très étroit avec l'isolement social et une perte du sens de la vie, et c'est pourquoi je propose des interventions volontaires comme le logement axé sur le rétablissement. Je ne peux pas le définir mieux.

Quant aux personnes qui ont des démêlés avec le système de justice pénale, les tribunaux de traitement des dépendances et les autres tribunaux spécialisés, lorsque leurs ressources sont adéquates, sont extrêmement efficaces.

En troisième lieu, je mentionne la prévention. Nous devrions en faire bien davantage et plus efficacement pour prévenir le risque associé à la toxicomanie.

Ce serait mes trois priorités.

Le président: Merci, monsieur Somers.

[Français]

M. Luc Thériault: Est-ce que la prévention des rechutes fait aussi partie de la prévention?

Le président: Merci, monsieur Thériault. J'avais dit une question, pas un tour complet.

[Traduction]

Merci à vous tous d'être venus ici aujourd'hui.

Selon notre calendrier, ce sera notre dernière réunion avec témoins. Il semble que bien des gens aimeraient poursuivre...

Mme Laila Goodridge: Il y a la réunion de jeudi.

Le président: Je suis désolé. Vous avez raison, madame Goodridge.

Alors oui, nous aurons une autre séance, comme convenu, et il semble que certains aimeraient que cela se poursuive. On peut le comprendre, étant donné la diversité des points de vue et l'énergie que les gens mettent à sonder l'opinion des autres.

Chers témoins, merci beaucoup de votre présence. Nous vous remercions de vous être branchés et de nous avoir aidés en nous donnant vos opinions à propos de notre étude.

Le Comité désire-t-il qu'on lève la séance?

Des députés: Oui.

Le président: La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante :
<https://www.noscommunes.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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