



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 137

Le mardi 5 novembre 2024

Président : M. Sean Casey



Comité permanent de la santé

Le mardi 5 novembre 2024

• (1105)

[Traduction]

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

Bienvenue à la 137^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

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

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

Bienvenue à nos témoins. Nous accueillons: Shaun Wright, surintendant de la GRC à la retraite, qui comparait à titre personnel; Jill Aalhus, directrice générale du Blood Ties Four Directions Centre; Pénélope Boudreault, infirmière et directrice des opérations nationales et du développement stratégique à Médecins du monde Canada, qui comparait par vidéoconférence; et enfin, Steven Rolfe, directeur des partenariats en santé, qui comparait par vidéoconférence au nom d'Indwell Community Homes.

Merci à tous d'avoir pris le temps de venir nous rencontrer aujourd'hui. Vous avez cinq minutes pour faire une déclaration préliminaire. Nous allons commencer par le surintendant Wright.

Bienvenue au Comité. Vous avez la parole.

M. Shaun Wright (surintendant (retraité), à titre personnel): Je remercie les membres du Comité de m'avoir donné l'occasion de prendre la parole aujourd'hui.

En 1996, je me suis joint à la GRC, où j'ai passé 28 ans à assurer le maintien de l'ordre en Colombie-Britannique.

En août de cette année, j'ai pris ma retraite après avoir été officier responsable du détachement de Prince George pendant cinq ans. Si vous ne connaissez pas bien le nord de la Colombie-Britannique, Prince George est une ville d'environ 80 000 habitants. C'est de loin la municipalité la plus peuplée de la moitié nord de la province, et elle se trouve à environ six heures de route de toute autre ville de taille comparable. C'est aussi une plaque tournante du marché des biens et des services d'une grande partie de la province. On y trouve donc beaucoup de gens de passage qui contribuent à des problèmes de désordre social.

Durant ma carrière de policier, j'ai observé deux problèmes liés à des questions d'intérêt public qui ont des répercussions générales sur le désordre social dans nos collectivités.

Le premier problème existait déjà quand je suis devenu policier dans les années 1990, soit une évolution vers le traitement de pro-

blèmes de santé mentale importants au sein de la société plutôt qu'en psychiatrie. Malheureusement, les services de soutien offerts dans la société étaient soit insuffisants, soit inadéquats pour répondre aux besoins complexes de bien des personnes qui ont fini par participer à des activités criminelles ou à des incidents de désordre social au cours des dernières décennies.

Le deuxième problème est celui de la décriminalisation des drogues dures qui a eu lieu en Colombie-Britannique en 2023. Durant les douze mois qui ont suivi, les signalements de désordre social dans la ville ont bondi. À mon avis, de nombreux aspects de cette politique sont le reflet des défaillances de la politique sur la santé mentale, puisque nous n'avons pas mis en place les ressources nécessaires pour faciliter le traitement. Il y a un manque flagrant de choix de traitement, et la majorité des programmes dans ce domaine visent beaucoup plus à faciliter la consommation de drogues plutôt qu'à faire de la prévention ou à aider les toxicomanes à briser le cycle de leur dépendance. Comme je l'ai vu chez des personnes aux problèmes de santé mentale complexes qui étaient délaissées par la société et incapables de se prendre en charge ou de demander les soins dont elles avaient besoin, j'ai vu très peu de personnes dépendantes des opioïdes prendre rationnellement la décision de demander de l'aide pour surmonter leur toxicomanie, car elles ont accès à de nombreux services qui facilitent la consommation de drogues et mettent peu l'accent sur les traitements.

Une des stratégies mises en œuvre pour lutter contre la dépendance aux opioïdes est celle de « l'approvisionnement plus sécuritaire » en opioïdes délivrés sur ordonnance. L'usage de prescrire à une personne une quantité de capsules à emporter qu'elle peut ensuite consommer à sa discrétion pose problème. Beaucoup de ces capsules finissent par être échangées ou vendues sur le marché noir par des personnes qui veulent se procurer des drogues illicites plus puissantes, souvent juste à la sortie de la pharmacie où les capsules leur ont été fournies. Les policiers trouvent souvent ces drogues mêlées aux drogues de la rue — comme du fentanyl — qu'ils saisissent durant leurs enquêtes.

Quand je suis devenu policier dans les années 1990, on soutenait les quatre piliers de la stratégie sur les drogues: la prévention, l'application de la loi, le traitement et la réduction des méfaits. L'expérience m'a appris que, maintenant, le seul pilier qui demeure bien soutenu est celui de la réduction des méfaits. Maintenant que la décriminalisation des drogues a réduit la toxicomanie au statut de simple problème de santé, je constate que la majorité des ressources sont désormais axées sur l'acceptation et la facilitation de la dépendance aux drogues et sur la normalisation des comportements qui s'y rattachent dans la société, sans y faire contrepoids par la prévention de la toxicomanie et la réduction du taux de dépendances. En conséquence, j'ai l'impression que les torts causés à la société par les drogues illicites se sont aggravés.

Merci.

Le président: Merci, surintendant Wright.

Nous entendrons maintenant Jill Aalhus, qui représente le Blood Ties Four Directions Centre.

Bienvenue au Comité. Vous avez la parole.

Mme Jill Aalhus (directrice exécutive, Blood Ties Four Directions Centre): Merci.

Blood Ties est un petit organisme sans but lucratif situé sur les territoires du conseil des Kwanlin Dün et des Ta'an Kwäch'än à Whitehorse, au Yukon.

Un jour, avant que notre centre de consommation supervisée ne soit ouvert, tandis que j'étais au travail, j'ai entendu un cri dans la rue. Je me suis précipitée dehors et j'ai vu une personne, dont la peau avait viré au gris, et que mes collègues étaient en train d'assister. Ses proches l'avaient déposée dans notre ruelle plutôt que d'appeler le 911 parce qu'ils étaient terrifiés à l'idée que la GRC réponde à l'appel. Les mains figées par le froid, nous avons rempli des flacons de naloxone, pratiqué les manœuvres de réanimation dans la neige, par -20 °C, en simples t-shirts. Heureusement, la personne a survécu, mais son cas n'a pas été unique. J'ai eu des cauchemars à cause de cette expérience et de nombreuses autres depuis.

Maintenant que nous avons un centre de consommation supervisée, ce genre de situation est plutôt rare. Les surdoses semblent plus faciles à gérer. Elles sont graduelles et nous les détectons tôt, mais des gens continuent de mourir dans nos collectivités. Nous devons faire plus. On ne peut pas revenir en arrière.

Je veux vous parler du contexte dans lequel nous faisons notre travail d'organisme de services de première ligne dans le Nord. Le Yukon a une superficie qui est plus ou moins le double de celle du Royaume-Uni, mais avec une population de 47 000 personnes seulement, dont 30 000 à Whitehorse. Onze des 14 Premières nations sont autonomes et quatre ont déclaré l'état d'urgence en raison de la crise des drogues toxiques. La plus grande partie de notre travail se fait à Whitehorse. Depuis qu'a pris fin le financement à court terme du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances, le PUDS, nous n'avons que peu de fonds à consacrer à la réduction des méfaits en milieu rural, mais nous rassemblons des ressources pour offrir des services de sensibilisation et d'éducation dans les collectivités rurales du Yukon.

L'an dernier, nous avons perdu 23 personnes, sur une population qui est déjà petite en partant. Cela représente 50,4 pour 100 000 habitants, ce qui est plus élevé que le taux catastrophique des 45,5 pour 100 000 en Colombie-Britannique. Le quart des habitants du Yukon sont des Autochtones, mais ils représentent près des trois

quarts des décès par surdose. Dans les villes et les villages tissés serrés du Yukon, chaque décès touche des collectivités entières. Dans les Premières Nations du Yukon, chaque vie compte, non seulement en elle-même, mais aussi pour les cultures qui luttent afin de survivre aux impacts continus de la colonisation. Les aînés me parlent de la douleur qu'ils ressentent quand ils perdent quelqu'un de jeune, qui représente l'avenir et la survie de leur nation. Le concept de soins communautaires est très fort ici, et les gens veillent les uns sur les autres, mais ils ont besoin d'un meilleur soutien.

Blood Ties offre des programmes visant à répondre à un éventail de besoins, comme l'éducation des jeunes, la réduction des méfaits, la vérification des drogues, la consommation supervisée et le soutien au logement et au mieux-être dans tout le spectre de la consommation de substances. Nous exploitons l'une des seules salles d'inalhalation au pays, qui a reçu plus de 25 000 visites cette année seulement.

En tant que seule organisation de réduction des méfaits du Yukon, nous sommes toujours débordés. Ce n'est pas viable. Le coût élevé de la vie ici, la pénurie de logements et une charge de travail émotionnellement lourde rendent difficiles le recrutement et le maintien en poste du personnel. Nous manquons de ressources à cause d'un financement à court terme qui ne nous permet pas de planifier dans la durée, mais ce qui nous ennuie vraiment, c'est la politisation et la désinformation qui entravent nos efforts.

Dans ce contexte, nous savons ce qui ne fonctionnera pas. Nous ne pouvons pas recourir à la police pour nous en sortir. La criminalisation ne fait que causer plus de tort. Nous ne pouvons pas non plus nous fier à une approche universelle. Tous les décès que nous enregistrons ne sont pas dus à la dépendance aux opioïdes, et le cheminement de chaque personne vers le bien-être est différent. Je pense à mon amie Maya, qui était fière d'être autochtone, fière de se rétablir et ardente défenseuse de la réduction des méfaits. Son parcours de guérison a comporté un traitement en établissement, mais en fin de compte, seuls un approvisionnement en drogues plus sécuritaire, la décriminalisation des drogues, des mesures de soutien par les pairs et une approche compatissante reconnaissant la valeur intrinsèque de chaque personne auraient pu lui sauver la vie.

Les collectivités et les personnes ayant une expérience des drogues au Yukon nous ont dit ce dont elles ont besoin, c'est-à-dire un continuum de soins comprenant la réduction des méfaits, le rétablissement, la guérison fondée sur la terre, l'accès à des soins réglementés publics offerts dans le respect de dignité humaine — soit des politiques considérant que tout le monde mérite d'être sauvé, peu importe où il en est sur son parcours. Nous avons besoin d'investissements de base à long terme qui misent sur les forces inhérentes de nos collectivités.

En l'honneur de Maya et de tous les êtres chers que nous avons perdus, j'imagine un Yukon où tout le monde, qu'il consomme ou non des substances, peut se sentir bien, où les solutions communautaires et culturelles prospèrent et où la dignité de chacun est respectée. Nous possédons les outils et les connaissances pour créer cet avenir; nous avons maintenant besoin de l'engagement et du courage politique pour le faire.

Merci.

• (1110)

Le président: Merci, madame Aalhus.

Nous entendons maintenant Pénélope Boudreault, de Médecins du monde Canada. Mme Boudreault est avec nous en ligne.

Bienvenue au Comité. Vous avez la parole.

[Français]

Mme Pénélope Boudreault (infirmière et directrice des opérations nationales et du développement stratégique, Médecins du Monde Canada): Merci, monsieur le président.

Mesdames et messieurs les députés, je vous remercie de m'avoir invitée à participer à vos travaux.

À titre de directrice des opérations nationales de Médecins du monde, je suis honorée de témoigner des réalités du terrain vécues par nos équipes au Canada.

Infirmière de profession, j'ai parcouru les rues de Montréal, dès 2006, pour offrir des soins de première ligne aux personnes marginalisées et aux personnes en situation d'itinérance ou qui risquent de le devenir. J'accompagne maintenant une équipe de près de 20 professionnels de la santé qui offrent des soins et de l'accompagnement de proximité.

Médecins du monde est une organisation internationale de santé qui est présente dans plus de 70 pays. Elle est présente au Canada depuis 1996. Notre mission est d'assurer et de défendre l'accès à la santé pour les personnes en situation d'exclusion, de précarité ou de crise.

À Montréal, depuis près de 30 ans, les équipes de notre clinique mobile et de notre programme de santé mentale travaillent auprès des personnes en situation d'itinérance ou qui risquent de le devenir, dont les populations autochtones en milieu urbain et les personnes utilisatrices de substances psychoactives licites ou illicites.

Nos équipes sont les témoins quotidiens d'une précarité croissante, d'une dégradation alarmante des conditions de vie et des conséquences délétères des politiques prohibitionnistes sur ces personnes et ces communautés.

À titre d'organisation de santé, nous défendons une approche de réduction des risques et des méfaits basée sur des considérations de santé publique et le respect des droits de la personne. Relativement à cette crise sanitaire et sociale, notre constat est clair: que ce soit dans la loi, les politiques, les protocoles de soin ou la pratique des professionnels de la santé et des services sociaux, nous devons chercher à soutenir ces personnes, et non à les punir, à les contraindre ou à les exclure davantage.

Nos équipes constatent avec inquiétude que de plus en plus de personnes consomment seules, ce qui leur fait courir un risque accru en cas de surdose ou d'empoisonnement. Il est indispensable de soutenir et de concevoir des mesures qui favorisent une consommation sécuritaire et, notamment, d'offrir un accompagnement où les personnes ne craignent pas d'être jugées ou de subir de la répression. Cela passe par le maintien et la multiplication des sites de consommation supervisée, par l'accès à de la naloxone et par l'approvisionnement sécuritaire. Nos équipes sont témoins, chaque jour, de l'impact positif de ces interventions sur la sécurité et la santé des personnes. Au-delà de ces services, il faut assurer un accompagnement global des personnes à risque de surdose et d'empoisonnement aux drogues, particulièrement celles peu ou pas rejointes par le système traditionnel.

Je souhaite mettre en avant le rôle des pairs et des interventions de proximité dans la prévention et l'adaptation des approches et des services aux personnes qui consomment. Les personnes ayant un savoir expérientiel possèdent une capacité unique pour ce qui est de bâtir des liens de confiance avec les personnes qui éprouvent des problèmes de consommation. Elles ont une expérience de vie inestimable pour repérer et prévenir les situations de crise, comme les surdoses et les rechutes. En s'adaptant aux réalités des personnes rencontrées, elles transmettent de l'information vitale sur la réduction des risques et des méfaits, elles aident les personnes à mieux comprendre les services de santé essentiels et à y avoir accès, et elles les accompagnent dans leur parcours.

Les organismes communautaires, de leur côté, jouent un rôle indispensable en offrant un cadre de soutien et de solidarité aux personnes en situation de précarité. Ces organismes sont souvent les premiers points de contact pour les personnes en crise. Ces organismes fournissent des services de base, comme des repas, des refuges et des vêtements, mais ils offrent surtout un espace sécurisant et sans jugement, où les personnes peuvent obtenir du soutien.

Enfin, il est crucial d'offrir une diversité d'approches et de services adaptés. La consommation de substances concerne des individus de toute origine et identité de genre ainsi que de tout âge et statut socioéconomique. Chaque parcours de vie et chaque expérience de consommation est unique, ce qui exige une grande flexibilité et une adaptation des interventions pour être efficace. Une approche rigide ou unilatérale ne pourra pas répondre aux besoins complexes de ces personnes.

Par exemple, notre travail auprès des communautés autochtones en milieu urbain nous a montré que les services standards ne répondent pas toujours à leur réalité. Nous travaillons en étroite collaboration avec le Réseau de la communauté autochtone à Montréal, parce que les solutions à cette crise doivent être déterminées, conçues et mises en place par les personnes qui vivent et subissent l'impact direct des politiques répressives.

En résumé, on doit donner la priorité aux mesures de réduction des risques et des méfaits, puisqu'elles permettent de sauver des vies. La collaboration entre les pairs, les organisations communautaires et les systèmes de santé doit être financée et encouragée pour atteindre ceux qui se trouvent en marge des services traditionnels.

Nous plaidons pour une stratégie diversifiée qui prône la dignité, le respect et l'accompagnement. Il est primordial de soutenir ces personnes, et non de les punir.

Merci.

• (1115)

[Traduction]

Le président: Merci, madame Boudreault.

Enfin, nous entendons le représentant de Indwell Community Homes, Steven Rolfe, qui comparait en ligne.

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

M. Steven Rolfe (directeur des partenariats en santé, Indwell Community Homes): Merci, monsieur le président. À titre de correction, comme je ne suis pas encore médecin, je porte le titre de monsieur. Je m'excuse de l'erreur sur le formulaire, mais je suis étudiant au doctorat.

Je vous remercie de me donner l'occasion de prendre la parole.

Je m'appelle Steven Rolfe. Je suis directeur des partenariats en santé chez Indwell. Nous sommes un organisme de bienfaisance du Sud-Ouest de l'Ontario qui se spécialise dans la création de logements supervisés très abordables et dans l'accès à des services de santé mentale et de toxicomanie. Nous offrons actuellement des services à plus de 1 200 personnes.

Tous nos locataires qui viennent aux programmes d'Indwell ont deux besoins fondamentaux, des logements stables et très abordables et l'accès à des soutiens qui favorisent la santé, le mieux-être et le sentiment d'appartenance. Bien que le parcours de chacun vers la santé soit varié sur le plan de la complexité et du temps pour atteindre les objectifs, il y a un point commun: nos locataires ont vécu des vies précaires et instables, ils cherchent un espace pour guérir et ils n'ont aucun intérêt à retourner à une vie instable.

Nos locataires nous arrivent d'hôpitaux, de refuges et d'états d'itinérance avec une gamme de besoins complexes. Dans certains de nos programmes, les taux de troubles concomitants ou primaires liés à la toxicomanie sont de 8 locataires sur 10. Chacun d'eux nous arrive avec l'espoir d'un changement qui vient avec la recherche d'un endroit sûr où vivre.

Mes antécédents professionnels sont en soins infirmiers. J'ai passé 37 ans à axer ma pratique sur les soins aux personnes aux prises avec de graves problèmes sociaux et de santé liés à la santé mentale et à la toxicomanie. Je suis convaincu que je ne me souviens pas d'une période où la disponibilité et la létalité des drogues chimiques ont eu un tel impact sur les gens que j'ai le privilège de servir. Les personnes vulnérables aux prises avec une multitude de défis découlant de maladies chroniques, de désavantages et de la pauvreté sont visées par l'offre de drogues peu coûteuses dans un contexte de désespoir.

Aujourd'hui, j'aimerais vous faire part de deux réflexions clés au sujet des opioïdes et de l'approvisionnement en drogues toxiques. La première est de déclarer que la prolifération des opioïdes et des drogues toxiques, y compris la méthamphétamine, le fentanyl et les dérivés, a fait un nombre terrible de morts et de maladies dans nos collectivités au cours des six dernières années.

La deuxième consiste à souligner la valeur des réponses significatives à la solitude, à la maladie et à l'itinérance grâce à des logements sûrs, à des soins et à des liens qui redonnent espoir et qui favorisent la santé et le mieux-être. Les réponses concrètes des personnes qui choisissent de vivre dans des logements supervisés sont le fondement du rétablissement et peuvent atténuer l'impact des drogues toxiques.

Au cours des six dernières années, peu de communautés d'Indwell ont été épargnées de la perte d'un voisin en raison d'une surdose ou d'un empoisonnement par la drogue. En 2022, si je me souviens bien, nous avions en moyenne un service commémoratif par semaine. Cela s'applique à huit ou neuf sites différents.

Les années de la pandémie de COVID-19 et les mesures de santé publique connexes semblent accélérer la prolifération des drogues dans nos collectivités, avec une augmentation du nombre de surdoses et, malheureusement, de décès liés à la consommation de drogues. L'évaluation de cette période nous donne un aperçu des corrélations entre les drogues toxiques et les répercussions sur la collectivité. La première est la perte de la connexion physique et du contact avec des événements communautaires positifs, la perte de repas communautaires et d'événements sociaux, et la réduction du contact humain au profit de contacts virtuels ou distants et courts,

ce qui crée de la solitude. Un autre est l'accès limité aux programmes de santé mentale et de toxicomanie dans les hôpitaux et les organismes communautaires voués à la santé mentale. Il y a aussi la perte de cohésion communautaire, qui permet une présence accrue de personnes profitant de locataires vulnérables en offrant de la drogue.

La réponse d'Indwell à cette situation s'appuyait sur les forces du modèle de logement supervisé pour rétablir le logement comme lieu sûr et de guérison. Cette réponse comprenait l'élaboration par les locataires de politiques de gestion des invités qui comprenaient la mise en œuvre de la sécurité de nuit. La levée des mesures de santé publique a mené à la réinstauration rapide des rassemblements sociaux, étant entendu que des liens communautaires sains constituent la pierre angulaire de la résilience. Enfin, il y a eu la mise en œuvre d'un ensemble de mesures permettant de sauver des vies — qui comprendraient la distribution de fournitures de réduction des méfaits et la présence de naloxone, sous la direction du personnel et des locataires —, l'accent étant mis sur l'accès au traitement de la toxicomanie.

À titre d'exemple, en 2022, nous avons lancé un nouveau programme de logement supervisé de 15 logements à St. Thomas, en Ontario, dans le cadre duquel nous avons offert aux personnes vivant dans des campements la possibilité de vivre dans un logement supervisé. Toutes les personnes qui ont accepté l'offre ont fait face à d'importants défis liés à la consommation de substances, y compris les opioïdes et d'autres drogues toxiques. Pour ces personnes, le logement supervisé est devenu un catalyseur de leur cheminement respectif vers le mieux-être.

● (1120)

Parmi les pierres de touche communes de leurs expériences, mentionnons le désir de sécurité personnelle et de liberté face aux personnes qui offrent des drogues, l'intérêt pour l'élaboration de politiques mutuellement avantageuses de gestion des invités qui facilitent une réduction de la disponibilité des substances, la mobilisation du personnel et la réduction de la nécessité d'une intervention d'urgence en cas de surdose. Dans le cadre de ce programme, il y avait des surdoses quotidiennes. Lorsque nous avons commencé à introduire la médecine de la dépendance dans l'établissement et que nous avons fait venir des médecins de premier recours et des médecins spécialisés en toxicomanie, nous avons vu le nombre de surdoses, qui survenaient tous les jours, passer à zéro en six mois.

En général, il s'agit d'un changement d'attitude, passant de la survie à la santé et au mieux-être. Lorsque vous fournissez des produits de première nécessité, les gens sont mieux en mesure de se concentrer sur ce qui va les garder en bonne santé.

Le président: Merci. Je vais vous demander de conclure, monsieur Rolfe. Vous aurez amplement l'occasion d'approfondir ces points pendant la période des questions.

M. Steven Rolfe: J'en suis à mon dernier paragraphe, monsieur.

Le président: Merci.

M. Steven Rolfe: S'il y a un message que j'aimerais transmettre aujourd'hui, c'est que parmi les solutions pour faire face aux coûts terribles de la toxicomanie découlant de la prolifération sans précédent de drogues toxiques, offrir des solutions pratiques fondées sur le choix et accepter les besoins fondamentaux d'une personne en matière de soins sont parmi les plus efficaces. Lorsque les gens ont accès à des choses qui apportent un véritable sentiment de sécurité, de santé et de stabilité, ils sont mieux en mesure de laisser derrière eux ce qui est malsain. Le logement supervisé, l'accès à des soins de santé dans des endroits stables et la présence d'une collectivité positive sont des réponses qui inspirent l'espoir et renforcent la résilience.

Merci de votre temps.

• (1125)

Le président: Merci.

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

Monsieur Doherty, vous avez six minutes.

M. Todd Doherty (Cariboo—Prince George, PCC): Merci, monsieur le président.

Je veux d'abord remercier nos témoins de leur présence. Je tiens en particulier à remercier notre ami de Prince George, le surintendant à la retraite Shaun Wright, qui a servi notre collectivité et notre province.

Monsieur Wright, plus tôt cette année, vous avez dit que l'expérience de décriminalisation de la drogue en Colombie-Britannique était « l'une des plus grandes catastrophes de l'histoire de notre province en matière de politique publique ». Pouvez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet?

M. Shaun Wright: Essentiellement, d'après mon expérience, cela a entraîné une augmentation marquée du nombre d'incidents de désordre public dans la collectivité où j'étais policier à l'époque. Cela a eu des effets négatifs importants à cet égard, ce qui a donné lieu à de nombreuses plaintes au sein de la collectivité — des résidents de la collectivité et des propriétaires d'entreprises —, et cela a rendu très difficile pour la police d'intervenir dans des comportements de consommation de drogues et de désordre.

M. Todd Doherty: Dans quelle mesure est-ce que nos collectivités ont changé au cours des huit dernières années, par exemple?

M. Shaun Wright: Je dirais qu'il y a eu ce que j'appellerais une aggravation de la situation en ce qui concerne le désordre dans les rues. À titre d'exemple, il y a environ huit ans, lorsque je suis arrivé à Prince George, la consommation d'alcool alimentait beaucoup plus le désordre public. Bien que la situation ne se soit pas tellement améliorée, les choses se sont nettement aggravées ces dernières années, car le facteur principal qui cause beaucoup d'incidents de désordre public est maintenant la consommation de drogues illicites, les opioïdes en particulier. Il est beaucoup plus envahissant, en plus d'être plus sombre et plus menaçant.

M. Todd Doherty: Les personnes aux prises avec une dépendance peuvent-elles prendre des décisions éclairées?

M. Shaun Wright: D'après mon expérience, ce n'est pas possible. En général, elles prennent de mauvaises décisions. Bon nombre d'entre elles sont sans abri, vivent dans de très mauvaises conditions, et il est évident qu'elles ne sont pas en mesure de prendre des décisions éclairées dans leur propre intérêt.

M. Todd Doherty: On en a beaucoup parlé dans notre province. Le premier ministre Eby, John Rustad et notre chef ont parlé de fournir aux toxicomanes deux volets... des soins involontaires. À votre avis, est-ce que cela fonctionnerait?

M. Shaun Wright: Je crois que c'est assurément un outil supplémentaire qui serait très utile, comme nous en avons déjà discuté. Je pense que beaucoup de gens sous l'influence des opioïdes et d'autres drogues ne sont pas en mesure de déterminer quelle voie ils veulent vraiment emprunter.

M. Todd Doherty: Nous avons entendu des témoins, même ici ce soir, qui ont parlé de la criminalisation et de la perpétuation de la stigmatisation. Est-ce aussi votre opinion?

M. Shaun Wright: Excusez-moi; pourriez-vous reformuler votre question?

M. Todd Doherty: Croyez-vous que les soins involontaires et la décriminalisation progressive contribueraient à la stigmatisation des personnes aux prises avec une dépendance?

M. Shaun Wright: En toute honnêteté, même avant l'introduction de la décriminalisation, dans une grande proportion de la population, j'ai constaté qu'il n'y avait pas beaucoup de stigmatisation.

M. Todd Doherty: Les drogues d'approvisionnement sécuritaire devraient-elles avoir des marqueurs à des fins de traçabilité?

M. Shaun Wright: Je pense que ce serait très utile pour la police et les organismes gouvernementaux lorsqu'il s'agit de les retracer si elles sont détournées de leur utilisation prévue.

M. Todd Doherty: Vous êtes ici essentiellement pour faire entendre la voix de milliers d'hommes et de femmes qui servent nos collectivités partout au pays. Pouvez-vous nous dire si les agents sur le terrain ont des réserves au sujet de la décriminalisation et de l'approvisionnement sécuritaire? Le message que nous recevons de nos agents de première ligne, c'est qu'il y avait une préoccupation importante à cet égard, mais nous avons quand même emprunté cette voie.

M. Shaun Wright: D'après mon expérience dans ma collectivité, c'est une représentation exacte du fait que les agents de première ligne n'étaient pas particulièrement favorables. Cependant, ils n'apportaient pas toujours les politiques mises en œuvre par la direction.

Je dirais qu'il est juste de dire que les agents de première ligne n'étaient pas particulièrement favorables.

• (1130)

M. Todd Doherty: Le crime organisé détourne-t-il l'approvisionnement sécuritaire pour en faire le trafic?

M. Shaun Wright: D'après mon expérience, oui.

M. Todd Doherty: Les collectivités rurales et du Nord comme Prince George ont-elles les ressources nécessaires pour endiguer l'entrée de fentanyl et d'autres drogues illicites mortelles dans nos collectivités?

M. Shaun Wright: C'est très problématique, et l'exemple que je vais vous donner est celui de la collectivité de Prince George. C'est une municipalité d'environ 75 000 à 80 000 habitants. La grande majorité de nos ressources sont financées par les municipalités, et elles fournissent suffisamment de services de police pour maintenir l'ordre public et mener des enquêtes criminelles, mais mener des enquêtes de façon proactive et de grande envergure sur la drogue est extrêmement problématique pour les collectivités de cette taille en région éloignée.

M. Todd Doherty: Quelles sont les lacunes dans la façon dont l'approvisionnement sécuritaire a été mis en œuvre?

M. Shaun Wright: J'ai constaté que la plus grande lacune du programme, c'est que les gens reçoivent jusqu'à plusieurs douzaines de comprimés et qu'on leur permet tout simplement de les emporter. Il n'y a pas de mécanisme permettant de déterminer ou de s'assurer qu'ils sont bien utilisés par cette personne et qu'ils ne sont pas détournés ailleurs.

Le président: Merci, surintendant Wright.

[Français]

Madame Brière, vous avez la parole pour six minutes.

[Traduction]

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

Merci à tous nos témoins de s'être joints à nous aujourd'hui.

[Français]

Docteur Boudreault, vous avez mentionné que les lois, les politiques et les protocoles devraient chercher à aider, et non à punir. Vous affirmez aussi qu'il faut adopter une approche où l'on propose des services diversifiés et adaptés pour mieux répondre à la réalité sur le terrain.

Comme vous l'avez dit, vos équipes sont les témoins au quotidien de ce qui se passe dans les rues, à Montréal.

Que pensez-vous des propos que vous venez d'entendre en réponse aux premières questions qui ont été posées?

Mme Pénélope Boudreault: Merci beaucoup de la question.

Tout d'abord, je dois rectifier le tir. Je ne suis pas docteur, moi non plus, je suis infirmière.

On a dit que des politiques répressives, comme le fait d'amener une personne de force dans un centre de consommation supervisée ou le fait de lui administrer un médicament, comme la naloxone, encourageaient les gens à consommer.

En fait, on est déjà rendu trop loin. Les gens consomment pour diverses raisons. Ils ont besoin d'être en contact avec des gens, d'avoir accès à de l'information, de ne pas être stigmatisés d'avantage, parce qu'ils doivent déjà se cacher pour pouvoir consommer. J'ai parlé de consommation...

Le président: Excusez-moi, madame Boudreault.

Il n'y a pas d'interprétation présentement. Nous allons donc prendre une pause pour régler la situation, puis nous continuerons.

• (1130) _____ (Pause) _____

• (1145)

[Traduction]

Le président: Nous reprenons nos travaux.

Merci à notre équipe technique d'avoir réglé ces problèmes.

[Français]

Madame Boudreault, vous souvenez-vous de la question qui a été posée, ou voulez-vous qu'on la répète?

Mme Pénélope Boudreault: Je crois qu'on me demandait ce que je pensais des propos tenus plus tôt sur la répression qui continue.

Le président: D'accord.

Votre réponse n'a pas été interprétée. Je vous demanderais donc de recommencer depuis le début.

Mme Pénélope Boudreault: Les équipes de Médecins du monde, à Montréal, travaillent près des gens, sur le terrain. Il y a plusieurs organisations à Montréal qui accueillent ces gens, comme des centres de consommation supervisée et des centres de jour. Il y a aussi des gens que toutes ces organisations ne peuvent pas du tout aider, car ils vivent plutôt en marge de la société, dans la rue, et parce qu'ils sont en situation d'itinérance.

Comme je le disais plus tôt, chaque personne que nous voyons a sa propre histoire et des besoins particuliers. On mise beaucoup sur l'arrêt de la consommation de drogues et d'alcool, et on oublie de se pencher sur les raisons pour lesquelles les personnes consomment. Il faut donc mettre en place tout un tissu social, des interventions, de la formation, de la sensibilisation et des espaces sécuritaires où les gens se sentent libres d'aller rencontrer des intervenants qui vont les accompagner, au lieu d'être obligés de se cacher et d'être stigmatisés d'avantage, ce qui les expose encore plus à des risques.

De notre côté, nous misons sur la réduction des risques et des méfaits, et non sur la répression, pour adapter notre réponse à la réalité de chaque personne.

Mme Élisabeth Brière: Merci beaucoup.

Diriez-vous donc que les efforts qui sont faits en matière de réduction des méfaits facilitent l'établissement de ces liens de confiance et qu'ils permettent parfois d'aider les gens à arrêter de consommer?

Mme Pénélope Boudreault: Oui, c'est tout à fait cela. C'est en entrant en contact avec les gens qu'on peut les aider.

Évidemment, des surdoses surviennent au Québec et au Canada presque tous les jours, et Montréal n'est pas épargnée. Il y a eu deux décès par surdose au cours de la dernière fin de semaine. Ce sont des gens connus dans la communauté, qui se cachent encore et avec qui il faut entrer en contact. Ils sont issus de certaines communautés ou minorités, et ils se sentent encore très stigmatisés. C'est plus difficile d'entrer en contact avec eux, et ce n'est pas avec un modèle de répression et d'arrêt forcé de la consommation que l'on va y arriver. C'est plutôt en entrant en contact avec eux et en établissant tous ces liens de confiance.

Nous travaillons beaucoup avec des pairs qui ont un savoir expérientiel. Il s'agit de personnes qui ont elles-mêmes eu des problèmes liés à la consommation et qui se sont sevrées, ou encore il s'agit de personnes qui réussissent à gérer leur consommation.

C'est donc possible.

Mme Élisabeth Brière: Merci beaucoup.

[Traduction]

Les responsables de l'application de la loi ont dit ce qui suit au Comité:

N'empêche, nous sommes tout à fait conscients que la crise ne se réglera pas à coup d'arrestations. Les arrestations ne sauveront pas des vies. Elles peuvent même causer passablement de tort si une personne arrêtée a un grave problème de toxicomanie et a besoin de soins médicaux ou de soutien. Le pire qui peut lui arriver serait de se retrouver dans les mailles du système de justice pénale.

Êtes-vous d'accord avec cette affirmation?

• (1150)

M. Shaun Wright: L'affirmation selon laquelle nous ne réglons pas la crise à coup d'arrestations a certainement du mérite. Je ne dirais pas que c'est la voie à suivre. Ce que je crois, cependant, c'est que la police et le système judiciaire ont un rôle à jouer à l'égard de certains comportements acceptables dans les collectivités. Quoi qu'il en soit, il est évident que l'intervention des services médicaux finira par vaincre la toxicomanie.

Mme Élisabeth Brière: Vous avez entendu les témoignages de Mme Aalhus et de Mme Boudreault. Qu'en pensez-vous?

M. Shaun Wright: Nous avons probablement des points de vue différents. Cependant, comme je l'ai dit dans ma déclaration préliminaire, j'ai passé toute ma carrière de policier à croire au modèle à quatre piliers, soit l'application de la loi, la prévention, la réduction des méfaits et le traitement. Je pense vraiment que ces quatre éléments doivent être là pour qu'un système réussisse.

Mme Élisabeth Brière: Merci.

Madame Aalhus, si vous le voulez bien, je vais vous poser une question.

[Français]

Dans votre allocution, vous avez parlé de l'intérêt d'avoir un continuum de soins pour aider les gens à garder un certain niveau de dignité, pour assurer une présence auprès d'eux et pour les traiter avec respect. Vous avez dit que vous aviez les connaissances et les outils nécessaires pour aider ces gens, mais que vous aviez besoin d'un engagement.

Selon vous, quel devrait être cet engagement qui vous donnerait un coup de pouce pour continuer de faire le travail que vous faites et de sauver des vies?

[Traduction]

Mme Jill Aalhus: Nous avons vraiment besoin de réponses fondées sur des données probantes et dirigées par la collectivité. Elles seront différentes d'une collectivité à l'autre. Comme je l'ai dit dans ma déclaration préliminaire, nous devons continuer à défendre la dignité des personnes qui consomment des substances. Nous ne pouvons pas nous en sortir par le recours aux policiers. Nous ne pouvons pas nous fier à une approche universelle. Ce ne sont pas toutes les personnes que nous perdons qui ont une dépendance aux opioïdes, et le cheminement de chaque personne vers le mieux-être est différent. Nous avons besoin d'un éventail d'options pour rencontrer les gens là où ils se trouvent.

La politisation de nos efforts est l'une des choses qui rendent ce travail insoutenable. Le manque de soutien ne fait que s'ajouter aux conséquences parfois traumatisantes du travail. Nous avons besoin de plus de soutien, de moins de critiques et de plus d'engagements de financement à long terme pour appuyer le travail de réduction des méfaits, y compris dans les régions rurales et éloignées et dans le Nord.

Le président: Merci, madame Aalhus.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

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

Madame Boudreault, nous devons faire face à une crise de surdoses et de drogues toxiques. C'est un problème très complexe. Ce n'est pas une situation aussi simple que celle que le Portugal a

connue à une certaine époque, où il n'y avait que l'héroïne et un substitut à l'héroïne. Nous avons aujourd'hui des drogues qui tuent. Une seule capsule tue. Il a donc fallu intervenir par rapport aux surdoses et à la mortalité qui en découle.

En ce qui concerne les quatre piliers de la stratégie sur les drogues, croyez-vous que la réduction des méfaits, notamment par l'approvisionnement sécuritaire, est plus efficace lorsqu'il y a une crise de surdoses que l'application de la loi et la prohibition?

Mme Pénélope Boudreault: Merci beaucoup de cette question.

Je le crois.

Je pense que la réduction des risques et des méfaits a fait ses preuves à Montréal. Dans un article de journal qui a été publié récemment, il est mentionné qu'il n'y a eu aucune surdose mortelle dans le site de consommation supervisée ayant fait l'objet du reportage. Cela fait près de 20 ans que je travaille sur le terrain, dans les rues de Montréal. Auparavant, on n'avait pas accès à la naloxone. Aujourd'hui, de plus en plus de gens, dont M. et Mme Tout-le-Monde, se procurent de la naloxone parce qu'ils trouvent important de pouvoir sauver des vies. Cela sauve effectivement des vies. Les gens administrent de la naloxone quand il y a, malheureusement, une surdose ou un empoisonnement.

Comme vous le dites, ce ne sont pas toujours des gens qui consomment des opiacés qui sont empoisonnés. Il y a des drogues qui sont contaminées, d'où la nécessité d'avoir des programmes d'approvisionnement sécuritaire où, au moins, les personnes qui consomment ont accès à des drogues propres ou moins dangereuses.

Quand je travaillais en désintoxication, j'ai vu les résultats de l'approche répressive, comme le fait de forcer quelqu'un à arrêter de consommer. Des personnes évitaient des peines d'emprisonnement en venant en désintoxication. Elles faisaient leur temps, puis elles retournaient consommer.

L'approche de la désintoxication fonctionne très bien quand les gens sont prêts à cesser de consommer, quand ils ont pris la décision de le faire, quand ils sont rendus là. Il y aura probablement des périodes difficiles et des rechutes, d'où l'importance que des groupes d'intervenants soient près de ces gens pour les soutenir et les accompagner sans jugement.

• (1155)

M. Luc Thériault: Parmi les quatre piliers de la stratégie, il y a celui de l'application de la loi. Ne croyez-vous pas que, compte tenu de la crise actuelle, ce pilier soit le moins efficace?

Mme Pénélope Boudreault: Oui, je le crains. Quand les lois sont répressives, cela oblige les gens à se cacher. La consommation de drogues a toujours existé, et elle ne disparaîtra probablement pas. Je le répète, il y a des raisons pour lesquelles les gens consomment. Certains le font par plaisir, et on ne peut pas les juger.

Comme la plupart des témoins l'ont dit, il y a plusieurs types de drogue et de consommateur, et il existe plusieurs raisons de consommer. Cependant, empêcher les gens de consommer ou leur dire que c'est mal, ce n'est certainement pas l'approche qui fonctionne. Le fait d'infliger des peines d'emprisonnement ou d'obliger les gens à faire une cure de désintoxication, cela ne fonctionne pas.

Les personnes qui consomment ont quand même du jugement, et elles sont capables de prendre des décisions en toute connaissance de cause. C'est juste qu'elles arrivent à un point où il n'y a plus d'autres options. Ainsi, si des groupes, des intervenants et des pairs ayant un savoir expérientiel sont là pour les écouter et reconnaître qu'elles valent la peine d'être aidées, ces personnes pourront bénéficier d'un environnement qui leur permettra de faire des choix plus judicieux, des choix qui seront meilleurs pour leur santé et leur bien-être.

M. Luc Thériault: Monsieur Wright, au cours des 28 années que vous avez passées à la GRC et dans les dernières années, combien de réseaux de trafic de drogues illicites du crime organisé avez-vous réussi à démanteler?

[Traduction]

M. Shaun Wright: Au cours des deux dernières années en particulier, les agents sous mon commandement ont très bien réussi à faire appliquer la loi contre les fournisseurs de drogues. Nous ne cibons pas des utilisateurs individuels.

[Français]

M. Luc Thériault: Comment se fait-il donc que nous soyons aux prises avec une crise des drogues toxiques et un taux de mortalité d'une ampleur aussi considérable?

Est-ce dû à l'inefficacité du pilier de l'application de la loi ou à l'approvisionnement sécuritaire et à la réduction des méfaits, comme vous le prétendez?

[Traduction]

M. Shaun Wright: Il y a un manque de ressources du côté de l'application de la loi, et cela pourrait certainement être réglé. Je dirais que le principal facteur de létalité, comme vous l'avez dit, je crois, monsieur, c'est que nous avons maintenant affaire au fentanyl, pas seulement à l'héroïne d'il y a des décennies, et qu'il est beaucoup plus puissant.

[Français]

M. Luc Thériault: Merci.

Le président: Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

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

M. Gord Johns (Courtenay—Alberni, NPD): Tout d'abord, je remercie tous les témoins de leurs témoignages. J'aimerais tout particulièrement féliciter le surintendant Wright pour sa retraite. Merci d'avoir servi le Canada.

Je vais poser mes questions.

En 2016, en Colombie-Britannique, une urgence de santé publique a été déclarée en raison de l'augmentation importante des surdoses et des décès liés à la drogue. Nous savons que le fentanyl et les opioïdes synthétiques ont été la force motrice de la crise. En fait, le coroner de la Colombie-Britannique affirme que 79 % des décès liés à des surdoses de substances toxiques sont causés par le fentanyl — on trouve du fentanyl dans ces substances.

Surintendant à la retraite Wright, il y a eu récemment le démantèlement d'un superlaboratoire dans votre voisinage, à Prince George, qui a empêché 95 millions de doses de fentanyl de se retrouver dans la rue, ce qui est considérable. Pouvez-vous nous dire pourquoi, selon vous, les organismes d'application de la loi n'ont pas été en mesure de mettre fin à la circulation du fentanyl et aux

méfaits qu'il a causés dans les collectivités malgré l'investissement important dans les ressources? Pourquoi la police ne peut-elle pas vraiment mettre un terme aux superlaboratoires de fentanyl? Selon vous, combien y en a-t-il?

• (1200)

M. Shaun Wright: Je ne suis pas en mesure de commenter. Je n'ai pas d'information sur le nombre de superlaboratoires qu'il pourrait y avoir.

Pour ce qui est de mon expérience personnelle et de mon opinion quant à la persistance du trafic de fentanyl et à sa circulation continue, je dirais que l'explication la plus simple est qu'il existe un marché pour ce trafic. Il y a un appétit pour cela. Quelqu'un trouvera toujours une façon de nourrir cet appétit, tout comme il y a une volonté d'accommoder n'importe quel produit illicite. Je pense que c'est la raison pour laquelle on a probablement beaucoup mis l'accent sur le fentanyl au cours des cinq dernières années, environ. C'est petit et très rentable.

M. Gord Johns: La Northern Health Authority a le taux de mortalité par habitant le plus élevé de la Colombie-Britannique. C'est elle qui a le moins recours à un approvisionnement plus sécuritaire. Dans l'ensemble, en Colombie-Britannique, le nombre de décès par habitant a diminué depuis la mise en œuvre du projet pilote de décriminalisation. Ce ne sont là que des faits, selon le coroner en chef de la Colombie-Britannique.

Le surintendant Dwayne McDonald a comparu devant nous et il a réclamé davantage de centres de consommation supervisée, tout comme la présidente de l'Association des chefs de police de la Colombie-Britannique, Fiona Wilson. Êtes-vous d'accord pour dire que nous avons besoin de plus de centres de consommation supervisée?

M. Shaun Wright: À mon avis, nous devons nous concentrer sur la réduction de la demande plutôt que sur la facilitation de l'utilisation.

M. Gord Johns: Je pense que nous devons faire les deux, c'est certain...

M. Shaun Wright: Oui, bien sûr.

M. Gord Johns: ... mais reconnaissez-vous l'importance des centres de consommation supervisée pour sauver des vies et limiter la consommation de drogues en public?

M. Shaun Wright: Je suis d'accord pour dire que cela a sa place. Comme je l'ai déjà dit, je crois que l'approche à quatre piliers, qui comprendrait certaines initiatives de réduction des méfaits, est appropriée.

M. Gord Johns: En Alaska, le nombre de décès attribuables aux drogues toxiques a augmenté de 45 % sur 12 mois. L'an dernier, le taux de mortalité attribuable à la drogue était pire que celui de la Colombie-Britannique. À Lethbridge, c'est trois fois plus qu'en Colombie-Britannique. Ils n'ont pas de centre de consommation supervisée. Regina n'a pas de centre de consommation supervisée et le taux de mortalité y est de 50 % supérieur à celui de la Colombie-Britannique. Le taux de mortalité à Baltimore est plus de quatre fois supérieur, soit 400 %, à celui de la Colombie-Britannique. Vous pouvez aller à Philadelphie ou au Tennessee, et il y a consommation de drogues dans les espaces publics. Cette consommation a monté en flèche au cours des huit dernières années, comme vous l'avez dit. Dans tous ces endroits, il n'y a pas de décriminalisation ni d'approvisionnement sécuritaire.

Peut-être pourriez-vous nous dire pourquoi il y a une montée en flèche en Amérique du Nord, là où il n'y a pas de politiques comme la décriminalisation et un approvisionnement plus sécuritaire.

M. Shaun Wright: Je ne serais pas assez compétent pour parler en termes généraux en dehors des administrations où j'ai travaillé. Ce que je peux dire, c'est qu'à mon avis, la corrélation ne signifie pas nécessairement causalité. En ce qui concerne les centres de consommation supervisée ou de prévention des surdoses, nous en avons un dans la collectivité de Prince George. Comme on l'a dit, il n'y a pas eu de décès par surdose depuis l'ouverture du centre, comme dans la plupart des centres de prévention des surdoses. Cependant, il y a eu des décès par surdose sur le trottoir, là où beaucoup de gens se rassemblent.

Je pense que c'est peut-être une pièce du casse-tête, mais je ne pense pas que ce soit la solution miracle pour tout régler.

M. Gord Johns: Je suis d'accord avec vous.

Nous avons entendu les chefs de police, les représentants de la Régie de la santé des Premières Nations, le coroner en chef de la Colombie-Britannique et les médecins hygiénistes en chef de toute la province nous dire qu'il faut miser davantage sur le traitement, le rétablissement, la prévention et l'éducation, et, bien sûr, remplacer les drogues de la rue toxiques par un approvisionnement plus sécuritaire et cesser de criminaliser les personnes qui consomment des substances. C'est ce que nous ont dit ces organisations.

Fiona Wilson, présidente de l'Association des chefs de police de la Colombie-Britannique, a parlé du détournement de l'approvisionnement sécuritaire. Elle a dit que le détournement de produits pharmaceutiques — les drogues de la rue toxiques et les drogues de la rue en général — est au pire minime. Elle a dit que l'hydromorphone n'en représentait qu'une fraction, que c'était le fentanyl qui tuait les gens et que le crime organisé reproduisait l'hydromorphone et la répandait dans la rue — c'était beaucoup d'hydromorphone qu'ils trouvaient — ainsi que d'autres produits pharmaceutiques.

Êtes-vous d'accord pour dire que c'est le fentanyl qui tue les gens dans la rue?

• (1205)

M. Shaun Wright: Je conviens que, comme l'indique le rapport du coroner, le fentanyl est certainement présent dans la grande majorité des décès par surdose, oui.

M. Gord Johns: Croyez-vous que les troubles liés à la consommation de substances devraient être traités comme un problème de santé? Êtes-vous d'accord avec les dirigeants de la santé publique pour dire que la criminalisation des personnes qui consomment des drogues entraîne des préjudices importants?

Le président: Merci, monsieur Johns. Votre temps est écoulé.

Madame Goodridge, vous avez la parole pour cinq minutes.

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

Je remercie les témoins de leur présence.

Pour faire suite à certaines des questions qui ont été posées jusqu'à maintenant, en avril ou mars 2024, Prince George a déclaré que vous aviez trouvé des comprimés provenant d'un approvisionnement sécuritaire dans votre région. Je me demande comment vous pouvez affirmer en toute confiance que les drogues saisies à Prince George étaient en fait des drogues provenant d'un approvisionnement sécuritaire financé par le gouvernement et les contribuables.

sionnement sécuritaire financé par le gouvernement et les contribuables.

M. Shaun Wright: En ce qui concerne le communiqué de presse initial, c'est ce que nous croyions parce qu'ils ressemblaient aux comprimés provenant d'un approvisionnement sécuritaire ou aux comprimés provenant d'un approvisionnement visé par règlement. Cependant, nous avons mené des enquêtes plus poussées et fait des observations qui ont permis de déterminer que des approvisionnements plus sécuritaires étaient effectivement détournés vers le marché illicite.

Mme Laila Goodridge: Ce n'est donc pas que vous avez tout simplement décidé qu'il s'agissait de ces drogues parce qu'elles leur ressemblaient. Vous avez mené une série d'enquêtes à ce sujet.

M. Shaun Wright: C'est exact. Nous avons reçu des plaintes liées à un détournement avant cela également.

Mme Laila Goodridge: J'aimerais revenir un peu en arrière. Qu'avez-vous vu dans la foulée de la décision désastreuse de la Colombie-Britannique de légaliser les drogues dures dans votre collectivité de Prince George?

M. Shaun Wright: Je dirais que l'impact le plus important a été une augmentation marquée des crimes de désordre public, particulièrement au centre-ville et dans d'autres secteurs de la ville. Elles ont réduit l'habitabilité de la collectivité pour de nombreuses personnes qui se sont retrouvées dans un environnement où la consommation de drogues était à la hausse. En particulier, certaines personnes, peut-être avec leurs enfants, ne voulaient plus magasiner dans certains magasins parce qu'il y avait des personnes qui fumaient ouvertement de la drogue sur le trottoir à proximité.

Mme Laila Goodridge: Je suis mère de jeunes enfants, et beaucoup de mères ont communiqué avec moi pour me faire part de leurs histoires au sujet des terrains de jeux des enfants qui sont jonchés d'articles utilisés pour consommer des drogues, où il y a des gens qui consomment de la drogue dans les parcs publics et les terrains de jeux, et des gens qui perturbent leurs déplacements.

Comment la collectivité de Prince George a-t-elle réagi au projet désastreux de légalisation?

M. Shaun Wright: C'est très semblable. Nous avons reçu pas mal de plaintes. J'ai personnellement reçu quotidiennement des plaintes de dirigeants d'entreprises et de membres de la collectivité au sujet de ces questions.

Mme Laila Goodridge: En même temps que vous avez vu cet énorme changement de politique vers la légalisation de la possession et de la consommation jusqu'à 2,5 grammes de fentanyl, de crack, de cocaïne et d'un certain nombre d'autres drogues, avez-vous constaté une augmentation du soutien au traitement et au rétablissement dans votre collectivité?

M. Shaun Wright: Non, pas du tout.

Mme Laila Goodridge: Cela semble un peu difficile, si vous voulez apporter un énorme changement de politique, retirer des outils aux organismes d'application de la loi et, par la suite, ne pas fournir de soutien de l'autre côté.

Cela a-t-il normalisé la consommation de drogues dans la collectivité?

M. Shaun Wright: Je dirais que c'est une bonne description. La consommation de drogues en public était de toute évidence normalisée. Il y a eu des problèmes auparavant, mais cela l'a banalisée.

Mme Laila Goodridge: Merci.

Je vais passer très rapidement à M. Rolfe.

Je me demande combien de vies ont été sauvées par votre programme de logement grâce à l'utilisation d'agonistes opioïdes fondés sur des données probantes comme la méthadone ou le Suboxone.

• (1210)

M. Steven Rolfe: C'est un chiffre difficile à suivre. Il s'agit plutôt de savoir qui utilise le Suboxone. En fait, tout dépend de la disponibilité des prescripteurs qui participent au programme et de la disponibilité des soins primaires.

Mme Laila Goodridge: N'êtes-vous pas en mesure de savoir quelles personnes qui vivent dans vos établissements utilisent ces traitements par agonistes opioïdes?

M. Steven Rolfe: Oui, nous le pouvons. Il serait possible de déterminer le nombre de personnes qui prennent du Suboxone.

Mme Laila Goodridge: Dans quelle mesure est-il important d'avoir accès à des prescripteurs qualifiés spécialisés dans les toxicomanies pour que les personnes à la recherche de cette solution puissent obtenir le médicament?

M. Steven Rolfe: C'est essentiel. Comme je l'ai mentionné dans mon exposé, le logement avec services de soutien est essentiel, car il constitue une résidence stable où amorcer le traitement. Ayant une adresse, ces personnes peuvent être aiguillées vers des soins primaires ou là où le dictent leurs besoins.

Le président: Merci, monsieur Rolfe et madame Goodridge.

Monsieur Hanley, vous avez la parole pour cinq minutes.

M. Brendan Hanley (Yukon, Lib.): Je tiens à remercier tous les témoins d'être venus aujourd'hui.

Merci, surintendant Wright, pour vos longues années de service.

Je tiens à remercier tout particulièrement Mme Aalhus, qui s'est déplacée depuis le Yukon pour venir ici.

Dans le cadre de cette étude, il est vraiment important de fonder notre jugement sur l'expérience, l'expertise et les données probantes et de laisser de côté nos préjugés personnels.

Surintendant Wright, vous avez exprimé une opinion au sujet de la priorité accordée à la réduction des préjudices, à l'exclusion des autres axes, mais les données issues de Santé Canada sur les dépenses globales des cinq années de 2017 à 2021 montrent que 58 % des dépenses ont été consacrées à l'application de la loi, 18 % à la prévention, 13 % aux traitements, 8 % à la réduction des préjudices et 3 % à la recherche. Il semble que nous dépensions des sommes importantes pour l'application de la loi. Si important que cela puisse être, je ne vois aucun document indiquant que nous avons réussi à remporter cette guerre.

Madame Aalhus, un témoin a avancé que la réduction des préjudices facilitait la consommation de drogues. En votre qualité d'experte de la réduction des préjudices, partagez-vous cette opinion?

Mme Jill Aalhus: Non. Depuis des millénaires et dans toutes les cultures, on a fait usage de substances et nous n'enrayons pas ce phénomène avec des traitements non consentis ou par la criminalisation.

Il est éprouvant d'écouter de longs débats sur les quelque 2 % de surdoses attribuables à des produits pharmaceutiques, alors que bon nombre d'entre nous sont sur la ligne de front dans cette crise. Au fond, cela revient à la stigmatisation. La criminalisation engendre la

stigmatisation. Elle force les personnes à consommer dans l'ombre et à cacher leur consommation à leur famille, à leurs amis et à leurs proches. Cela nuit à nos efforts, comme collectivité, pour mettre fin à la crise des drogues toxiques.

M. Brendan Hanley: Avez-vous l'impression que les personnes qui consomment des substances ne sont pas en mesure de prendre les bonnes décisions pour elles-mêmes, comme l'ont laissé entendre d'autres témoins?

Mme Jill Aalhus: Je ne suis pas du tout d'accord. Je pense que c'est une grave violation des droits de la personne que de laisser entendre que les consommateurs de substances sont incapables de donner leur consentement et de prendre leurs propres décisions.

Tous les jours, je vois des consommateurs de substances s'administrer de la naloxone les uns aux autres, administrer le bouche-à-bouche et se sauver la vie les uns les autres. Notre site de consommation supervisée est souvent un lieu très positif de soutien communautaire, où les gens sont à même d'informer le personnel lorsqu'ils constatent qu'une personne a besoin d'aide.

Les consommateurs de drogues sont aux premières loges de cette crise. Laisser entendre qu'ils n'ont pas la capacité de participer à une solution ou de prendre soin d'eux-mêmes et des autres constitue un manque de respect et une atteinte à leur dignité.

M. Brendan Hanley: Merci.

La First Nations Health Authority of B.C. a présenté un mémoire où elle décrit ce qui suit: « La politisation de la crise des drogues toxiques nuit au progrès, d'autant plus que les peuples des Premières Nations sont le plus durement touchés par le ressac contre les mesures de réduction des préjudices fondées sur des données probantes et qui sauvent des vies, ce qui aggrave les inégalités existantes. »

Vous avez mentionné quelque chose de semblable dans votre déclaration préliminaire. Qu'est-ce qui est menacé, selon vous? Avez-vous des observations sur le sujet?

Mme Jill Aalhus: C'est de nos proches partout au pays qu'il s'agit. Nous avons perdu quatre jeunes mères au Yukon sur une période de deux semaines. Ces personnes méritent d'être traitées avec dignité.

La lutte contre la toxicomanie et la fermeture des centres de réduction des préjudices contribuent à la stigmatisation et à la honte et augmentent la probabilité que des personnes consomment seules et sans soutien. Elle augmente également le risque de surdose mortelle.

Selon des données probantes établies sur de nombreuses années, la consommation supervisée et la réduction des préjudices sauvent des vies. La solution à la crise consiste à ouvrir la discussion afin d'offrir du soutien, de faciliter la création d'espaces sûrs et de réduire la stigmatisation.

• (1215)

M. Brendan Hanley: Il nous reste environ 30 secondes.

Vous avez mentionné que le manque de soutien du PUDS avait eu une incidence sur vos activités, surtout en ce qui concerne la réduction des préjudices en milieu rural. Je vais vous accorder du temps pour vous exprimer sur le sujet.

Mme Jill Aalhus: La viabilité constitue un énorme défi pour les organisations de réduction des préjudices, surtout depuis la politisation. Nous avons eu la chance de recevoir du financement à court terme par l'entremise du PUDS, mais nous avons actuellement de la difficulté à recruter et à maintenir en poste du personnel, à concurrencer les autres employeurs du Nord. C'est difficile de payer autant que les autres.

Nous réparons des objets avec du ruban adhésif en toile, en utilisant notre financement restreint pour répondre aux besoins des collectivités. Nous recevons de nombreuses demandes de la part de collectivités auxquelles nous ne pouvons accéder par manque de financement. Le financement est très limité pour la réduction des préjudices en milieu rural.

Le président: Merci.

[Français]

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

M. Luc Thériault: Madame Boudreault, selon votre expérience, pensez-vous qu'il soit impossible d'établir la capacité décisionnelle d'un toxicomane?

Mme Pénélope Boudreault: Ce n'est absolument pas impossible.

Les personnes qui consomment sont des adultes. Comme d'autres témoins l'ont dit, on serait surpris de voir à quel point il y a un esprit de collaboration et de solidarité dans la rue, même lorsqu'il s'agit de surmonter toutes les réalités avec lesquelles ces personnes doivent composer. C'est surtout le cas des personnes en situation d'itinérance avec qui nous tentons d'entrer en contact. Elles doivent se débrouiller pour trouver quelque chose à manger.

Ces personnes sont capables de faire des choix. Le problème qui se pose est souvent lié à l'absence de choix ou au manque de ressources qui leur permettraient de faire des choix adaptés à leur réalité et à leurs besoins.

M. Luc Thériault: Merci.

Dans votre conclusion, vous dites que vous plaidez pour une stratégie diversifiée qui prône la dignité, le respect et l'accompagnement.

Pourriez-vous préciser votre pensée pour chacun de ces termes?

Mme Pénélope Boudreault: Nous misons beaucoup sur notre présence auprès des gens. Je le répète, il y a des raisons pour lesquelles les gens consomment. Nous voulons parler des drogues, l'accent étant mis sur l'arrêt de la consommation.

Les gens consomment pour plusieurs raisons. Cependant, certains n'ont pas de filet social, ni de réseau familial, ni de revenu garanti. Leur niveau d'éducation est parfois limité. Il faut donc adopter des approches diversifiées afin de répondre à ces divers besoins. Les gens ont parfois besoin de se sentir écoutés et d'être accompagnés. Ils ont besoin d'avoir accès à des services adaptés à leur réalité, à des organismes susceptibles de bien les entourer et de les conseiller.

Il est nécessaire de faire ce travail. Il faut tenir compte de multiples réalités. On a parlé de répression et d'autres approches semblables. Ce que je peux dire, c'est que, à Montréal, nous avons établi des liens de collaboration avec divers milieux, y compris des services de police. Certains policiers préfèrent accompagner des

personnes rencontrées dans la rue vers un site de consommation supervisée ou un organisme communautaire. En effet, ils savent qu'elles vont recevoir des services et qu'elles seront écoutées et accompagnées.

Certaines personnes se sentiront très à l'aise à l'idée de fréquenter des sites de consommation supervisée. D'autres préféreront se rendre dans des centres d'aide à la désintoxication. D'autres encore décideront d'arrêter de consommer.

Il faut donc tenir compte de plusieurs réalités et être en mesure d'offrir une diversité de services. Il faut aussi mettre en place des structures d'intervention.

Le président: Merci, madame Boudreault.

[Traduction]

C'est maintenant au tour de M. Johns, pour deux minutes et demie.

M. Gord Johns: Merci.

Je reviens à vous, surintendant à la retraite Wright. Croyez-vous que les troubles associés à l'utilisation de substances doivent être considérés comme des problèmes de santé? Êtes-vous d'accord avec les dirigeants en santé publique pour dire que la criminalisation des personnes qui consomment des substances leur cause un préjudice important?

M. Shaun Wright: Oui, je suis d'accord pour dire que le recours au système de santé constitue la meilleure façon de traiter les troubles liés à la consommation d'opioïdes. Cependant, il faut un mécanisme et des outils pour s'attaquer aux troubles à l'ordre public et à certains problèmes de comportement.

M. Gord Johns: Quant à vos préoccupations au sujet du projet pilote de décriminalisation en Colombie-Britannique, vous avez clairement indiqué qu'on avait négligé de mettre en place à l'avance les mesures de soutien appropriées. Quel type de soutien aimeriez-vous voir? Si vous deviez concevoir un modèle de décriminalisation, à quoi ressemblerait-il?

• (1220)

M. Shaun Wright: Il s'apparenterait au modèle à quatre piliers. Il aurait fallu sensibiliser dès le départ, sachant que de jeunes enfants allaient être témoins de ces problèmes dans la rue. En matière de réduction des préjudices, il faudrait, selon moi, augmenter substantiellement les ressources. Pour ce qui est de l'application de la loi, il faut ajouter des ressources, particulièrement en ce qui a trait au fentanyl. L'aspect le plus important est celui du rétablissement et du traitement. Même si certaines personnes se disent prêtes à y recourir, les traitements ne sont pas disponibles sur demande: ils constituent pourtant un élément clé.

M. Gord Johns: J'allais justement en parler. À l'heure actuelle, au Canada, les provinces et les territoires consacrent en moyenne 5 % de leur budget de soins de santé à la santé mentale et au traitement des troubles liés à la consommation de substances. Dans les pays de l'OCDE, cette moyenne est de l'ordre de 12 à 14 %. En Colombie-Britannique, la moyenne est d'environ 7 % et est en passe d'atteindre les 9 % avec ses nouveaux engagements.

En réponse à la crise des drogues toxiques, nous avons mis 1 % de la somme dépensée pour la COVID-19. Croyez-vous que c'est à cause de la stigmatisation? Croyez-vous que le Canada doit établir la parité, dans la Loi canadienne sur la santé, entre la santé mentale et la santé physique?

M. Shaun Wright: Je suis d'accord pour dire qu'il faut absolument agir pour offrir davantage de soutien en santé mentale. Dans ma déclaration préliminaire, j'ai mentionné avoir observé que le passage du traitement en établissement de santé mentale au traitement hors établissement dans la collectivité et sans soutien adéquat constituait l'un des effets négatifs les plus importants dans les collectivités.

Oui, je suis d'accord.

Le président: Merci, monsieur Wright et monsieur Johns.

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

L'hon. Rob Moore (Fundy Royal, PCC): Merci, monsieur le président.

Monsieur Wright, en qualité de surintendant de la GRC à la retraite ayant passé 28 ans en première ligne dans les services policiers, vous avez pu constater l'impact des changements apportés par les gouvernements fédéraux successifs dans votre collectivité. J'ai trouvé votre témoignage très instructif et convaincant. Vous avez été aux premiers rangs et vous avez pu constater ces changements en temps réel.

Nous bénéficions également des chiffres de Statistique Canada sur la criminalité. Nous savons donc qu'au cours des neuf dernières années, les crimes violents ont augmenté de 50 % au Canada, les homicides de 28 %, les agressions sexuelles de 75 %, les vols d'automobiles de 46 % et les crimes violents commis avec arme à feu de 116 %. Ce sont là les chiffres de Statistique Canada.

Cela découle en partie des changements apportés à la mise en liberté provisoire — la remise en liberté des prévenus dans le projet de loi C-75, notamment —, qui permet à des personnes qui devraient probablement être en détention à la suite d'une infraction dans la rue de récidiver. Quel impact les remises en liberté ont-elles eu sur la capacité de la police à déstabiliser le commerce des drogues illicites en Colombie-Britannique?

M. Shaun Wright: L'effet le plus marqué sur le commerce des drogues illicites est la libération sous caution de personnes accusées d'infractions avec violence. D'après mon expérience, il y a 10 ou 20 ans, cela ne serait pas arrivé. Pendant qu'elles sont en liberté sous caution, ces personnes récidivent et continuent de commettre des crimes violents. Une grande partie de nos crimes violents, du moins dans la collectivité où je travaillais, étaient directement associés au trafic de drogues illicites.

L'hon. Rob Moore: J'ai remarqué que, dans votre déclaration, vous avez utilisé le terme « approvisionnement sûr » — que j'ai déjà entendu utiliser au Comité — en raison de l'interaction entre le supposé approvisionnement sûr et le commerce de drogues illicites. Un témoin nous a raconté que certaines personnes vendent leurs médicaments obtenus en vertu d'un approvisionnement sûr pour obtenir des drogues plus dures. Cet approvisionnement sûr entre dans nos écoles et se rend jusqu'aux élèves.

Quelle est votre expérience à cet égard? Ma description reflète-t-elle précisément votre expérience?

M. Shaun Wright: D'après mon expérience, une certaine quantité de médicaments d'ordonnance se retrouve dans la collectivité et sur le marché illicite. Malheureusement, comme ils sont emballés comme des médicaments d'ordonnance, cela donne l'impression qu'ils sont plus sécuritaires qu'une drogue de rue, mais il demeure que ce sont des opioïdes. Je pense que cela pourrait avoir — ou a

effectivement — un effet désastreux pour certaines personnes, surtout celles qui expérimentent.

• (1225)

L'hon. Rob Moore: En entrevue, vous avez parlé de la politique ratée — nous devrions tous convenir qu'elle constitue un échec — de la décriminalisation des drogues, qui a mené à une augmentation marquée du trafic de drogue au grand jour dans le centre-ville, par rapport à ce que vous aviez constaté auparavant. À votre avis, quel serait l'impact à long terme d'une année complète de décriminalisation et de normalisation du commerce de drogues autrement illicites?

M. Shaun Wright: La consommation et le trafic de drogues au grand jour ainsi que les incidents de désordre public existent toujours. Il est très difficile de remettre le génie dans la bouteille, car les mentalités ont changé et, pour bien des gens, c'est devenu la norme.

L'hon. Rob Moore: Est-ce qu'il me reste du temps, monsieur le président?

Le président: Il vous reste une minute, monsieur Moore.

L'hon. Rob Moore: Vous savez sans doute que pas plus tard que la semaine dernière — et je suis sûr que certains de vos anciens collègues étaient là —, nous avons vu la GRC en Colombie-Britannique démanteler le superlaboratoire le plus important et le plus perfectionné au Canada. La police y a saisi 54 kilogrammes de fentanyl et 390 kilogrammes de méthamphétamine, sans parler des 89 armes à feu, dont certaines étaient chargées et prêtes à l'usage.

Vous savez que le projet de loi C-5 du gouvernement prévoit la détention à domicile pour ceux qui produisent, importent et exportent des drogues de l'annexe I. Auparavant, une personne condamnée faisait face à une peine d'emprisonnement. À présent, une personne reconnue coupable pourrait purger sa peine à la maison.

Selon vous, quel message cela envoie-t-il à la collectivité sur ceux qui participent à cette activité hautement délétère?

M. Shaun Wright: Si les choses devaient aller dans cette direction, cela réduirait certainement l'effet dissuasif d'une peine. La surveillance électronique, qui a pris de l'ampleur ici au cours des dernières années, pose problème, car même en étant surveillées électroniquement, de nombreuses personnes continuent de commettre des infractions dans la collectivité, y compris de graves infractions avec violence.

L'hon. Rob Moore: Merci.

Le président: Merci.

Madame Sidhu, vous avez cinq minutes.

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

Je remercie tous les témoins d'être parmi nous.

Madame Aalhus, je sais que vous travaillez avec acharnement au Yukon. Mon collègue parle souvent de vous et du travail que vous faites là-bas, pour soutenir la collectivité. Merci.

Vous avez parlé de compassion. Vous avez aussi affirmé que, parfois, les gens avaient peur d'appeler la GRC ou une ambulance en cas de surdose. Pouvez-vous nous expliquer pourquoi ils ont peur et pourquoi ils ont besoin de soutien empathique?

Mme Jill Aalhus: La Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose a pour but de protéger les témoins, mais certaines échappatoires permettent le dépôt d'accusations criminelles pour bris de conditions, pour non-respect d'ordonnances de non-communication et pour infractions mineures liées au trafic.

Dans nos petites collectivités, des personnes meurent entourées d'autres personnes qui craignent les conséquences d'un appel à l'aide. Cela doit changer. Nous devons donner suite à la recommandation que l'épidémiologiste Jane Buxton a faite au Comité en 2016 et revoir la méthode de la GRC à l'égard des appels au 911 dans les cas de surdose. Nous devons également agir pour décriminaliser et combattre la stigmatisation, afin que les gens se sentent en sécurité pour demander de l'aide. Ce soutien doit être en place pour que l'on puisse faire preuve de compassion, pour que les gens puissent demander de l'aide. Il faut se concentrer sur ceux que nous tentons de soutenir dans cette conversation.

Mme Sonia Sidhu: Nous avons entendu parler à quelques reprises de l'importance d'offrir des logements sûrs et abordables aux personnes vulnérables aux prises avec la toxicomanie. Pouvez-vous nous parler de la façon dont vos programmes de logement contribuent à répondre à ce besoin?

Mme Jill Aalhus: Nous offrons des logements abordables et peu restrictifs à l'accès. Ce que nous sommes en mesure de faire actuellement, sans financement, est de fournir un groupe de mini-maisons à des personnes qui se trouvent à divers endroits sur le spectre de la toxicomanie, afin qu'elles aient un endroit sûr et abordable où vivre.

Je pense que l'ajout de cinq logements constitue une solution inadéquate à la crise du logement au Yukon. Pendant que nous travaillions sur cette question, nous avons vu la situation se détériorer. Il arrive que des personnes vivent encore dans des tentes à l'arrivée de l'automne, lors de saisons très froides. Ils sont déplacés par la GRC et en vertu de règlements administratifs, alors il devient difficile de joindre ces personnes lorsque nous tentons de leur offrir du soutien là où elles se trouvent.

La solution est de s'attaquer au problème du logement et de fournir des logements sûrs avec services de soutien, sans restrictions d'accès importantes.

• (1230)

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Monsieur Rolfe, vous avez parlé plus tôt de ce qui m'apparaît comme un programme de logement particulièrement prometteur à St. Thomas, en Ontario. Vous avez également affirmé qu'à la mise en place de services de soutien, le nombre de surdoses dans la collectivité avait chuté à zéro.

Y a-t-il d'autres données sur ce programme que vous pourriez transmettre au Comité?

M. Steven Rolfe: Je n'ai pas de données à jour. Je sais que l'Université Western amorce une étude sur ce programme et qu'il s'agit d'une étude d'évaluation. Elle sera donc publiée ultérieurement.

Je peux vous faire part de quelques-unes des conversations que nous avons eues avec la police de St. Thomas, lorsque le programme a été mis en œuvre. La participation de la police et d'un gendarme spécial à cette activité, de concert avec les résidents de ce programme précis, a joué un rôle important dans l'établissement de ces personnes. Cela les a aidées à atteindre leurs objectifs.

Nous avons également remarqué une diminution du nombre d'appels à la police dans la collectivité du centre-ville de St. Thomas, et constaté que cette diminution correspondait au moment où ces personnes avaient eu accès à un logement. Cela prouve qu'il est possible d'y arriver lorsqu'on répond aux besoins de la collectivité avec compassion en offrant des espaces physiques sécuritaires, des espaces où des liens se tissent et où l'accès aux soins est offert. C'est la formule à privilégier, et c'est certainement ce que confirment nos collègues policiers.

Mme Sonia Sidhu: Pouvez-vous nous en dire plus sur le rôle du développement par les locataires dans l'atténuation des risques de préjudice et la guérison des communautés?

M. Steven Rolfe: Nous croyons fermement que les solutions trouvées par les locataires sont préférables aux mesures imposées. L'important est de mobiliser les locataires et d'établir des objectifs en fonction du type de collectivité qu'ils souhaitent. Il s'agit de communautés d'habitation avec services de soutien en un seul emplacement, avec des immeubles multirésidentiels. Lorsque les locataires se réunissent, ils parlent de l'approche sur laquelle ils souhaitent se mettre d'accord lorsqu'ils ont des invités et du type de collectivité qu'ils désirent.

Les gens proposent des idées. Il y a certaines choses dont on ne parle pas ou qui ne se font pas dans les aires communes. Ce que les gens font dans leur propre appartement est sujet à discussion, mais plus généralement, ils discutent de la façon de répondre aux personnes qui frappent à la porte à deux heures du matin. Comment veulent-ils répondre aux personnes qui appuient sur tous les boutons près de la porte d'entrée? Sur quelle réponse s'entendent-ils? C'est essentiel, car la plupart des gens diront qu'il est plus facile de dormir la nuit si personne ne frappe à leur porte à deux heures du matin pour leur parler.

J'espère que cela a été utile.

Le président: Merci, monsieur Rolfe.

Nous passons maintenant à M. Doherty, s'il vous plaît, pour cinq minutes.

M. Todd Doherty: Monsieur Wright, je tiens à vous remercier encore une fois de votre service. Je dirais presque que vous méritez une médaille pour votre présence ici aujourd'hui et pour avoir écouté certaines des observations qui ont été faites.

J'aimerais poursuivre dans la même veine que mon collègue, M. Moore. Cela a à voir — et je vais être très direct à ce sujet — avec les politiques de complaisance envers les voyous que nous avons vus sous le gouvernement libéral.

Le 25 novembre 2021 est une date que vous connaissez très bien, monsieur Wright. C'est la date à laquelle Paul Nicholas Russell a terrorisé la collectivité de Vanderhoof et chassé les agents de la GRC. Il a tiré des dizaines de projectiles à haute vitesse dans un détachement de la GRC, manquant de peu des militaires et des civils avant de descendre dans la rue. La semaine dernière, sa peine a été réduite de 10 à 5 ans. Ce n'est qu'un exemple.

Il y a trois semaines, Bob Hubbard, un de mes électeurs, rentrait chez lui, sur le chemin Upper Mud River, lorsqu'il a vu sa maison pillée par un groupe de toxicomanes — des criminels. Il a essayé de les arrêter. Il a été écrasé, gravement blessé et transporté par avion à un hôpital de Vancouver, où il se trouve encore aujourd'hui. Il a failli perdre un bras. Il a dû subir une reconstruction faciale. Il a eu de nombreuses blessures et devra subir de nombreuses chirurgies. M. Hubbard est un aîné.

Monsieur Wright, cette porte tournante à laquelle vous et vos agents de première ligne êtes confrontés chaque jour doit être démoralisante. Voici une occasion à saisir. Vous représentez des milliers d'agents de première ligne. J'aimerais vous entendre dire dans vos propres mots à quel point ces politiques sont démoralisantes. Nous le constatons dans le cas des médicaments, nous l'avons bien entendu aujourd'hui. Vos collègues ne font pas dans le sensationnalisme. Tous les jours, vous et vos agents devez prendre des décisions de vie ou de mort. Vous ne voulez pas qu'une personne meure d'une surdose. Votre témoignage d'aujourd'hui a été très utile, mais je crois qu'il a été attaqué.

Le temps qu'il vous reste vous permettra d'expliquer comment ces politiques favorables aux voyous ont démoralisé votre personnel de première ligne.

• (1235)

M. Shaun Wright: Oui, c'est une très bonne description. C'est démoralisant. Je dirais que pour certaines jeunes recrues, c'est vraiment déchirant. Il n'est pas exagéré de dire que, très souvent, ces personnes sont remises en liberté dans la collectivité, même après des crimes violents, et ce, avant même que l'agent ait terminé de remplir les documents.

M. Todd Doherty: Je dois ajouter que les criminels appréhendés dans le cas de M. Hubbard ont été remis en liberté dans les 24 heures.

M. Shaun Wright: C'est très habituel de nos jours. C'est différent de ce que l'on voyait il y a quelques décennies. Pour une infraction aussi grave, ces personnes auraient probablement été détenues pendant un certain temps, même jusqu'à leur procès. Il est maintenant courant que des prévenus soient remis en liberté dans la collectivité.

Il y a un raisonnement complexe derrière tout cela, car la détention peut affecter une personne. Mais il y a un argument plus global, sur les préjudices que subit la société dans son ensemble lorsque certaines de ces personnes — surtout les criminels de carrière ayant commis des actes violents graves pendant des décennies — sont remis en liberté dans la collectivité. La prochaine victime subira des blessures qui pourraient bouleverser sa vie en tentant de protéger ses biens ou simplement en vaquant à ses occupations.

C'est extrêmement décourageant. Assurément, au cours de ma carrière de près de 30 ans, c'est la chose la plus décourageante que j'ai vue — et ce n'est pas que je veuille voir des personnes enfermées. Mais je veux que la société soit protégée de ceux qui cherchent sciemment à faire du tort à d'autres. Personnellement, j'ai l'impression que bon nombre des outils et des processus qui protégeaient le plus grand nombre dans la société ont été supprimés ou affaiblis.

M. Todd Doherty: Je vous remercie.

Le président: Merci, monsieur Doherty.

La parole est maintenant à Mme Kayabaga, pour cinq minutes.

Mme Arielle Kayabaga (London-Ouest, Lib.): Merci, monsieur le président.

J'aimerais m'adresser à M. Rolfe.

J'aimerais émettre une observation au sujet d'Indwell, à London. Quand Indwell s'est établie à London, depuis Hamilton, j'étais conseillère municipale. Les conversations entre les membres de la collectivité de London, à l'époque, étaient très différentes des conversations que nous entendons maintenant.

Pouvez-vous vous exprimer sur le changement que vous avez observé depuis 2018 et 2019, depuis l'élargissement des services d'Indwell au sein de la collectivité de London? Comment tout le monde a-t-il réagi à cela, même dans le milieu des affaires? De plus, nous collaborons avec Indwell au centre-ville sur certains projets. Avez-vous constaté une évolution dans les conversations au sujet des personnes qui vivent avec la maladie de la dépendance aux drogues?

M. Steven Rolfe: À London, nous sommes très heureux de faire partie d'un mouvement de plus en plus important visant à trouver des solutions communautaires globales en matière de logement par l'intégration de soins de santé au logement.

À London, la situation demeure particulièrement difficile. Donner de l'espoir aux gens par la mise en place de programmes d'habitation de qualité — des endroits où les gens veulent vivre et ont les moyens de le faire — constitue une approche fondée sur le principe de la dignité et est garante de leur participation à leur milieu de vie. Les gens préfèrent vivre en communauté et sont prêts à faire le travail nécessaire.

On ne parle pas souvent du travail difficile que doivent faire les locataires lorsqu'ils emménagent, qu'ils ne sont plus étiquetés comme des sans-abri ou que leur problème de toxicomanie se transforme. Ces personnes ont beaucoup de travail à faire pour améliorer leur santé et maintenir leur engagement. Ce n'est une voie facile pour aucun d'entre eux.

Dans la collectivité de London, nous avons été en mesure de démontrer que si l'on associe programmes municipaux, programmes hospitaliers et logement avec services de soutien, on crée un système de soins qui permet de dénouer une situation très complexe. L'envergure constitue le défi qui reste à relever.

À London, nous savons qu'il n'y a pas suffisamment de logements avec services de soutien ni de logements abordables. Il n'y a pas de voie facile pour intégrer logement abordable et accès aux services. Il faut se dire: « Voici une façon d'aller de l'avant. Elle peut fonctionner, mais voyons quelles améliorations il est possible d'y apporter. » Comment faire augmenter l'investissement dans les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie ainsi que dans le logement?

• (1240)

Mme Arielle Kayabaga: Vous avez mentionné une chose très importante, à mon avis, soit le logement avec services de soutien. Indwell est arrivée dans la ville en 2018. Je m'en souviens très bien, car j'étais conseillère municipale à l'époque. Nous étions très conscients de l'importance pour l'entreprise de disposer d'une gamme de services intégrés. Il fallait s'assurer que les gens aient accès à un logement et qu'ils aient le soutien nécessaire pour s'établir dans la collectivité.

Pourriez-vous nous parler de l'impact des logements avec services de soutien sur la motivation dont certaines personnes ont besoin pour échapper au cycle de la toxicomanie? Auparavant, j'aimerais parler du témoignage d'une famille de ma collectivité. Un membre de leur famille a connu l'abus de substances. Lorsqu'on l'a enfin placé dans une maison d'Indwell, la famille a relaté que c'était la première fois, pendant ses quelque 30 années de vie, qu'il arrivait à se sentir comme un être humain.

Pourriez-vous nous parler de l'importance du logement pour établir et stabiliser des personnes, afin qu'elles puissent surmonter leurs difficultés?

M. Steven Rolfe: Merci de ce commentaire. Je l'apprécie vraiment. Cela renforce ce que nous faisons.

C'est absolument essentiel. Je peux vous donner un exemple. Nous avons récemment lancé un programme à London. La Ville a créé les logements et nous fournissons le soutien nécessaire. Il s'agit de logements permanents. Les gens vivent dans leur propre unité et peuvent avoir accès à des soins infirmiers et à des soins en toxicomanie. C'est un service interdisciplinaire qui est offert.

Tout le monde a été sélectionné par ordre de priorité à partir d'une liste de sans-abri. La plupart des gens avaient un grave problème de santé mentale ou de toxicomanie. Pour 50 % des gens qui entraient dans cet immeuble, le besoin quotidien principal était le soin des plaies, et très souvent la blessure provenait de la consommation de drogues illicites. Il s'agit de gens qui sortent de situations extrêmement difficiles et complexes.

Les logements supervisés offrent aux gens la possibilité de se stabiliser. Pour bon nombre de nos locataires, c'est le premier endroit où ils ont pu se sentir chez eux dans leur vie adulte. La capacité d'accéder à un logement et à des soins est essentielle à la survie des gens.

Le président: Merci, monsieur Rolfe.

[Français]

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

M. Luc Thériault: Je vous remercie, monsieur le président.

Monsieur Wright, à propos du détournement de l'approvisionnement sécuritaire, notamment de la saisie de drogues à Prince George, en Colombie-Britannique, le commissaire adjoint de la GRC, M. John Brewer, a dit qu'il n'y avait aucune preuve de détournement généralisé de drogues sécuritaires en Colombie-Britannique. Le ministre de la Sécurité publique et solliciteur général de la Colombie-Britannique a dit la même chose.

Pourtant, Mme Fiona Wilson a dit ce qui suit devant le Comité, le 15 avril 2024:

Ma plus grande préoccupation en ce qui concerne les cachets, c'est le nombre de groupes criminels organisés qui produisent des cachets contrefaits. J'en ai vu une photo la semaine dernière, et il était impossible de distinguer le cachet contrefait du vrai cachet délivré sur ordonnance. Le problème, c'est que nous n'avons aucune idée du contenu du cachet contrefait, et il est certain qu'il pourrait être mortel.

Or, si les pilules ne sont pas dans leur flacon, on ne peut pas déterminer d'où elles proviennent.

Êtes-vous d'accord avec ces représentants des autorités, comme le ministre de la Sécurité publique et solliciteur général de la Co-

lombie-Britannique, qui disent que rien n'atteste le fait qu'il y aurait un détournement généralisé de drogues dans la province?

Vous opposez-vous à ces énoncés?

• (1245)

[Traduction]

M. Shaun Wright: Je suis d'accord avec vous pour dire que les pilules contrefaites sont plus mortelles, car elles contiennent généralement du fentanyl. C'est extrêmement préoccupant.

Je crois que la déclaration dont vous avez parlé a été faite par le commissaire adjoint Brewer, qui a dit qu'il n'y avait aucune preuve d'un détournement généralisé. À ce moment-là, je travaillais toujours pour la GRC, et il n'y avait aucun mécanisme de suivi de l'approvisionnement sécuritaire détourné. Cette collecte de données a maintenant été mise en œuvre.

Je peux vous dire, d'après mon expérience, qu'une fois que nous avons commencé à recevoir des plaintes concernant l'approvisionnement sécuritaire détourné, nous avons mené des enquêtes et observé comment c'était les personnes elles-mêmes qui détournaient la drogue vers le marché illicite. Nous l'avons confirmé, et ce n'était pas rien. Je dirais qu'il s'agissait de 25 % ou plus.

Le président: Merci, monsieur Wright.

Nous allons passer à M. Johns, pour deux minutes et demie.

M. Gord Johns: Mme Aalhus, coroner-chef de la Colombie-Britannique, a indiqué dans son rapport que 79 % des personnes qui meurent d'une surdose mortelle donnent des résultats toxicologiques contenant du fentanyl. C'est 51 % pour la cocaïne, 4 % pour la méthamphétamine et environ 3 % pour l'hydromorphone. Le coroner, le chef de police, la médecin-chef de la Colombie-Britannique et la régie sanitaire des Premières Nations disent que c'est le fentanyl qui tue les gens. Les gens ne meurent pas à cause de l'hydromorphone ni d'un approvisionnement plus sécuritaire.

Je crois savoir que vous avez un service de vérification des drogues. Pouvez-vous nous parler de la nature de l'approvisionnement en médicaments au Yukon? Qu'est-ce qui tue les gens au Yukon? Enfin, à quel point est-il facile de se procurer du fentanyl et d'autres drogues mortelles au Yukon?

Mme Jill Aalhus: L'approvisionnement non réglementé en médicaments au Yukon est instable et hautement toxique. Parfois, lorsqu'un nouvel approvisionnement arrive, nous voyons des vagues de surdoses, car les gens font face à des niveaux inattendus de fentanyl, de benzodiazépines et, plus récemment, de xylazine.

Nos données sur la vérification des drogues montrent que notre approvisionnement est très semblable à celui de la Colombie-Britannique, mais encore plus volatil avec moins de fournisseurs. Il est très vulnérable aux perturbations. Lorsqu'il y a une saisie de drogue par la police, l'approvisionnement est immédiatement interrompu et un autre fournisseur intervient pour combler le vide sur le marché, parfois avec un approvisionnement plus toxique de fentanyl.

Il est certain que le fentanyl est de plus en plus contaminé par les benzodiazépines et la xylazine. Je dirais qu'une combinaison des trois est la chose terrifiante que nous voyons de ces derniers temps et qui entraîne des décès.

M. Gord Johns: À quel point est-il facile d'avoir accès au fentanyl? Le taux de mortalité de votre voisin, l'Alaska, a augmenté de 45 % l'an dernier seulement. Son taux de mortalité est maintenant pire que celui de la Colombie-Britannique. Il n'y a pas d'approvisionnement sûr ni de décriminalisation.

Lorsque vous entendez les politiciens mettre sur le dos de ces deux politiques la montée en flèche du taux de mortalité, qui se répand comme une épidémie partout en Amérique du Nord, qu'en pensez-vous?

Mme Jill Aalhus: Nous voyons certainement beaucoup de gens dont la drogue de prédilection est le fentanyl. Cependant, la consommation intentionnelle de fentanyl est fortement stigmatisée au Yukon et partout au pays.

Ces conversations m'inquiètent. Le fentanyl est disponible. Les gens l'achètent. Ils nous l'apportent pour faire des tests et nous demandent quelle est la concentration de fentanyl. Nous voyons une fourchette allant de moins de 5 % à 90 et à 100 % de fentanyl. C'est comme prendre un verre et ne pas savoir si c'est un seul verre ou une vingtaine.

• (1250)

Le président: Merci.

Monsieur Doherty, vous avez cinq minutes.

M. Todd Doherty: Monsieur Wright, plus tôt cette année, la Dre Bonnie Henry a déclaré au Comité qu'elle était en faveur de la légalisation de drogues dures comme le fentanyl, la méthamphétamine, la cocaïne et l'héroïne. À votre avis, est-ce que cela aggraverait la crise?

M. Shaun Wright: Absolument.

M. Todd Doherty: La province a-t-elle informé les dirigeants de la GRC en Colombie-Britannique des paramètres utilisés pour déterminer si la décriminalisation fonctionnait?

M. Shaun Wright: Je n'étais pas au courant de ces communications, mais j'imagine que oui. Je n'ai pas de renseignements précis.

M. Todd Doherty: Merci.

Je vais céder mon temps de parole à ma collègue.

Mme Laila Goodridge: Merci.

Je voudrais revenir en arrière. Vous avez dit qu'il n'y avait pas de mécanisme pour suivre le détournement de l'approvisionnement sécuritaire en Colombie-Britannique avant que vous ne le constatiez lors de vos enquêtes à Prince George. Cela signifie que lorsque la GRC a dit qu'il n'y avait pas de détournement généralisé, elle n'était pas vraiment au courant de la situation. En est-il ainsi?

M. Shaun Wright: C'est peut-être bien le cas.

Mme Laila Goodridge: À mon avis, il est extrêmement troublant qu'il n'y ait pas eu de mécanisme pour suivre ce changement massif de la politique visant à fournir des opioïdes très puissants aux personnes aux prises avec une dépendance, qui consiste à leur en donner de grandes quantités et les renvoyer chez elles. Il n'y avait pas de processus en place pour pouvoir déterminer si ces drogues ne finissaient pas par être illicitement distribuées dans nos collectivités.

M. Shaun Wright: Oui, je conviens que c'est troublant.

Pour ce qui est de mon expérience dans le secteur de la santé et de la décriminalisation, je vais revenir à l'époque où la marijuana a été introduite à des fins médicales. Santé Canada avait le dernier

mot à dire à cet égard, mais il y avait peu d'appétit ou de capacité pour l'application de la loi. Je vois une situation semblable dans le cas qui nous occupe, où Santé Canada applique des politiques, mais sans la volonté ou les ressources nécessaires pour garantir une surveillance adéquate en aval.

Mme Laila Goodridge: Dans ma province, l'Alberta, on dit depuis des années aux policiers de ne pas porter d'accusations pour la simple possession de drogues. Depuis combien de temps les forces de l'ordre de la Colombie-Britannique se sont-elles fait dire de ne pas porter d'accusations pour la simple possession avant l'institution de ce projet pilote de légalisation?

M. Shaun Wright: Disons qu'il y a une vingtaine d'années qu'il n'est plus habituel d'accuser les gens pour simple possession.

Mme Laila Goodridge: Quand avez-vous accusé quelqu'un pour simple possession lorsque cela faisait partie des outils à votre disposition?

M. Shaun Wright: C'était un moyen utile de recueillir des preuves en vue d'enquêtes plus poussées sur le trafic de drogues, surtout pour suivre la piste des réseaux.

Mme Laila Goodridge: En fait, lorsque le gouvernement a décidé de s'engager dans ce processus insensé de légalisation des drogues dures en Colombie-Britannique, il a retiré des outils, ce qui nous a empêchés de faire notre travail aussi bien.

M. Shaun Wright: Tout à fait.

Mme Laila Goodridge: Vous avez dit tout à l'heure que la décriminalisation a sensiblement augmenté le nombre de plaintes relatives à des troubles sociaux. Savez-vous pourquoi cela s'est produit? Quelles observations avez-vous faites à ce sujet?

M. Shaun Wright: À mon avis, cela a normalisé des comportements dans les espaces publics qui n'étaient pas acceptables auparavant. Fumer de la méthamphétamine sur le trottoir devant un magasin n'était généralement pas quelque chose qui se produisait auparavant. Il y avait certainement de la drogue dans certains espaces ouverts, mais elle est devenue plus prédominante. Cela a entraîné une augmentation du nombre d'appels sur la consommation ouverte de drogues et ce genre de choses, et nous étions vraiment impuissants à ce moment-là.

Mme Laila Goodridge: Vous avez dit que vous avez été témoins de ce prétendu approvisionnement sûr qui a été détourné vers le grand public. Avez-vous constaté que cela alimentait la consommation de fentanyl et la criminalité dans votre collectivité?

M. Shaun Wright: Oui. Nous avons vu des personnes à qui on avait prescrit un approvisionnement soi-disant plus sûr qu'elles échangeaient aussitôt pour du fentanyl ou vendaient pour aller trouver des drogues plus puissantes ailleurs.

Mme Laila Goodridge: En fait, le gouvernement est devenu le trafiquant de drogue par excellence.

M. Shaun Wright: Ce serait une façon de le voir, en effet. Il est venu ajouter à l'offre, dans une certaine mesure.

Mme Laila Goodridge: C'est incroyablement frustrant.

Une mère de famille nous a dit que le gouvernement était devenu le « baron de la drogue » lorsque son fils s'est fait prescrire cet approvisionnement soi-disant sûr. Êtes-vous d'accord avec cette affirmation?

• (1255)

M. Shaun Wright: Je ne choiserais peut-être pas ces mots, mais oui.

Le président: Merci, monsieur Wright et madame Goodridge.

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

M. Brendan Hanley: Merci.

Je reviens à vous, madame Aalhus. Vous avez parlé de la salle d'inhalation de Blood Ties. J'ai eu l'occasion de m'y rendre à quelques reprises. Je trouve assez troublant que, comme vous l'avez mentionné, c'est l'une des rares salles de la sorte au pays. Pouvez-vous me parler plus précisément de sa mise sur pied initiale et de l'augmentation de la demande de services là-bas?

Mme Jill Aalhus: Notre travail au Yukon au cours des 30 dernières années nous a appris que l'inhalation est la principale forme de consommation dans le territoire. Il était vraiment important pour nous de tenir compte de ce contexte et de nous assurer que l'inhalation était disponible dans notre installation. Je pense que cela a été la clé de notre succès dans le cadre du programme. Au cours des huit premiers mois de notre salle de consommation supervisée, nous n'avons reçu que 220 visites. En juin, lorsque la salle d'inhalation a ouvert, nous avons eu plus de 170 visites ce mois-là seulement. Nous accueillons maintenant 3 200 visites par mois, et 95 % de la consommation à notre site se fait par inhalation.

Lorsque je communique ces données, n'oubliez pas que notre population à Whitehorse n'est que de 30 000 habitants. Sans l'inhalation, je ne pense pas que nous verrions même les 5 % de personnes qui consomment la drogue par injection. Les gens viennent avec leurs amis consommateurs, ou ils fument et s'injectent souvent dans l'établissement. Je pense que cela a permis de sauver des vies.

M. Brendan Hanley: Je crois que nous avons constaté une augmentation de la consommation de drogues par inhalation partout au pays. En même temps, nous avons constaté une tendance croissante, dans la plupart des administrations, qui menace l'existence de la consommation supervisée. Heureusement, cela n'a pas été le cas au Yukon.

S'il s'agissait d'une menace au Yukon, quelles seraient, selon vous, les conséquences d'une fermeture imminente de cet établissement?

Mme Jill Aalhus: Même si on n'en parle pas actuellement au Yukon, la rhétorique politique au pays me préoccupe depuis plusieurs années, et de plus en plus. Je n'essaie pas d'être dramatique lorsque je dis que j'ai des cauchemars en ce moment parce que j'ai peur de perdre notre service et d'autres vies.

Nous avons renversé plus de 100 surdoses dans notre établissement. C'est une centaine de fois que des gens de notre collectivité auraient pu mourir. Nous voyons tellement de pertes. Il y en aurait tellement plus. Je ne veux pas revenir à l'époque où il fallait ramener les gens dans la neige et, bien franchement, l'idée me terrifie.

M. Brendan Hanley: Le gouvernement du Yukon, la ministre de la Santé, a déclaré une urgence liée à la consommation de substances, et ce, depuis quelques années.

À votre avis, comment nous en tirons-nous? Faisons-nous des progrès? Quelles seraient, selon vous, les prochaines étapes les plus urgentes?

Mme Jill Aalhus: Le centre de consommation supervisée a connu plus de succès que nous l'avions imaginé. Il y a encore beaucoup d'obstacles pour les gens, surtout ceux qui vivent à l'extérieur de Whitehorse. Le travail dans les régions éloignées et nordiques présente des défis uniques, mais il y a des membres de la collectivité qui communiquent avec nous et qui veulent vraiment faire ce tra-

vail. Il y a une équipe de grands-mères à Old Crow, une collectivité accessible par avion au cœur du territoire des Gwitchin Vuntut, qui font du porte-à-porte pour distribuer des programmes de réduction des méfaits aux jeunes.

Je pense que le Yukon doit examiner ces solutions communautaires et travailler avec les gardiens du savoir, les aînés et les personnes ayant une expérience vécue pour offrir ces services à l'extérieur de Whitehorse. Nous faisons des progrès, mais les gens continuent de mourir. Il nous faut plus.

M. Brendan Hanley: Dans l'optique du Nord en particulier, nous espérons que, d'ici quelques semaines, nous arriverons à l'étape du rapport de cette étude où nous formulerons des recommandations sur ce que nous pouvons et devrions faire de plus, particulièrement au niveau fédéral.

Quelles sont vos réflexions à ce sujet? Quelles recommandations aimeriez-vous voir, particulièrement en ce qui a trait à la réalité du Nord?

Mme Jill Aalhus: Les collectivités nordiques, éloignées, autochtones et rurales sont touchées de façon disproportionnée par cette crise. Je pense que nous savons que, dans les petites localités, notre grand atout réside dans nos gens et dans la solidarité qui les caractérise.

Dans ce contexte rural et éloigné, surtout dans le Nord, nous devons utiliser cet atout à bon escient, par exemple en explorant des modèles communautaires dirigés par des pairs et en donnant une voix centrale à la collectivité pour, espérons-le, régler la crise et mettre fin à cette dévastation.

• (1300)

M. Brendan Hanley: Merci.

Le président: Merci à vous deux.

Monsieur Ellis, vous avez cinq minutes.

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

J'aimerais à mon tour remercier les témoins de leur présence.

Un aspect dont nous n'avons pas beaucoup parlé, monsieur Wright, concerne les drogues qui entrent au pays ou qui sont fabriquées ici. Nous avons certainement entendu parler récemment d'une saisie massive, où on a également confisqué des armes à feu et pas mal d'argent comptant. De toute évidence, certaines régions de la Colombie-Britannique relèvent de votre compétence, ne serait-ce qu'en partie.

Pouvez-vous dire au Comité si vous avez de l'expérience avec les drogues qui entrent au pays, peut-être avec les précurseurs? Aussi, ces drogues illicites sont-elles fabriquées au Canada?

M. Shaun Wright: Merci de la question.

Je ne m'y connais pas tellement pour la nature internationale ou transnationale de la chose. Quant à la crise du fentanyl qui dure depuis des années, la majorité était importée au départ. À ce que j'ai compris, de nos jours cette drogue est en bonne partie fabriquée au Canada, qui est donc devenu un pays source.

Je dirais que cela tient en grande partie à des contrôles qui me semblent relativement laxistes à l'égard des précurseurs chimiques au Canada, en tout cas par rapport à d'autres pays, dont les États-Unis.

M. Stephen Ellis: Peut-être même le Royaume-Uni, qui considère ces précurseurs illégaux jusqu'à leur légalisation, n'est-ce pas?

M. Shaun Wright: Je ne suis pas au courant, mais j'en conviens, oui.

M. Stephen Ellis: Merci beaucoup.

Monsieur le président, je vais présenter une motion que j'ai déposée vendredi. Je m'excuse auprès des témoins, même si c'est certainement pertinent. Ce qui préoccupe les conservateurs, c'est qu'il y a encore beaucoup à apprendre sur ce sujet. Comme je l'ai dit, cette motion a été déposée le vendredi 1^{er} novembre.

Je vais simplement lire la motion, si vous le voulez bien:

Que, conformément à l'article 108(2) du Règlement, compte tenu des récents rapports du service des coroners de la Colombie-Britannique selon lesquels le taux de mortalité lié aux drogues illicites chez les femmes et les filles a augmenté de 60 % par rapport à il y a quatre ans, le Comité prolonge son étude sur l'épidémie d'opioïdes et crise des drogues toxiques au Canada pour trois réunions additionnelles afin de se pencher spécifiquement sur les impacts dramatiques que la crise des opioïdes a sur les femmes et les enfants.

Monsieur le président, il s'agit évidemment d'une autre prolongation de la séance. Il est très clair pour les Canadiens qui suivent ce comité et entendent les témoignages qui y ont été présentés que l'expérience néo-démocrate-libérale sur les opioïdes et la fourniture de ce qu'on appelle un « approvisionnement sécuritaire » et les centres de consommation de drogues illicites ne font rien pour améliorer la situation.

Ce qui m'étonne aussi, c'est que les parties intéressées ont tendance à prétendre qu'il faut désormais fournir des preuves des motifs pour lesquels ces pratiques devraient cesser, alors qu'en fait, rien ne prouve qu'elles auraient dû être adoptées au départ, si ce n'est à des fins idéologiques.

Cela dit, je continue d'entendre des gens qui ont travaillé en première ligne et qui ont vu la dévastation que subissent les collectivités, surtout du côté des femmes et des filles. Je pense qu'il est temps de poursuivre cette étude.

Merci.

Le président: Merci, monsieur Ellis.

La motion est recevable, alors le débat porte maintenant sur la motion.

J'ai M. Powlowski et M. Johns sur la liste des intervenants.

Vous avez la parole, monsieur Powlowski.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): J'aimerais d'abord dire que, d'après ce que je comprends, Planète Jeunesse assistera probablement à la prochaine réunion, la seule qui est prévue sur la crise des opioïdes.

Cela dit, j'aimerais proposer un amendement à la motion des conservateurs, qui se lirait comme suit: « Que, conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité prolonge son étude sur l'épidémie d'opioïdes et crise des drogues toxiques au Canada pour jusqu'à trois réunions additionnelles afin de se pencher spécifiquement sur les impacts dramatiques que la crise des opioïdes a sur les femmes et les enfants, le rôle des tribunaux à l'égard du traitement de la toxicomanie et de la lutte contre celle-ci, et le recours au traitement obligatoire de la consommation d'un mélange de substances dans les cas de troubles mentaux. » .

• (1305)

Le président: Merci, monsieur Powlowski.

Je pense que vous venez de lire la motion modifiée.

Si je comprends bien, vous proposez de supprimer les mots « compte tenu des récents rapports du service des coroners de la Colombie-Britannique selon lesquels le taux de mortalité lié aux drogues illicites chez les femmes et les filles a augmenté de 60 % par rapport à il y a quatre ans », et d'ajouter, à la fin de la motion proposée par M. Ellis, « le rôle des tribunaux à l'égard du traitement de la toxicomanie et de la lutte contre celle-ci, et le recours au traitement obligatoire de la consommation d'un mélange de substances dans les cas de troubles mentaux. ».

M. Marcus Powlowski: Je pense que l'autre changement a été de remplacer « jusqu'à trois réunions additionnelles ». Je ne sais pas si c'était dans la motion originale.

Le président: Je pensais que oui.

M. Marcus Powlowski: Était-ce dans la motion initiale?

Le président: Vous ajoutez le mot « jusqu'à ».

L'amendement est recevable. J'espère que tout le monde le comprend bien. Le débat porte maintenant sur l'amendement.

J'ai M. Johns, puis Mme Goodridge.

M. Gord Johns: Tout d'abord, il y a tellement d'aspects que nous sommes loin d'avoir exploré dans le cadre de cette étude, et c'est une étude très importante. Je m'inquiète du fait que nous n'ayons pas produit de rapport. C'est quelque chose qui me préoccupe beaucoup.

En ce qui concerne les enfants, aucun d'entre nous ne veut voir un enfant mourir sous l'effet de drogues toxiques. Je veux que l'on tienne compte de certains faits. Selon le coroner en chef de la Colombie-Britannique, le taux de mortalité chez les jeunes de moins de 18 ans a diminué de 35 % en Colombie-Britannique, année après année. Ça demeure insuffisant. Nous devons approfondir la question. Il nous faut la comprendre à fond.

Il y a des domaines que nous avons négligés en ce qui concerne les peuples autochtones, qui sont touchés de façon disproportionnée par la crise des drogues toxiques. Prenons l'exemple de l'Alberta, où 22 % des décès attribuables aux drogues toxiques se produisent chez des Autochtones et les membres des Premières Nations. C'est 8,4 fois le taux de mortalité des non-Autochtones. En Colombie-Britannique, même si seulement 3 % de la population est autochtone, les Autochtones représentent 17,7 % des décès qui surviennent dans cette province. C'est six fois le taux de la population non autochtone, mais le Comité n'a pas fait d'études précises sur les peuples autochtones, même si j'en ai déjà parlé.

Si nous voulons améliorer la situation et envisager des études futures, je pense que nous devons avoir une conversation plus approfondie. Je ne sais pas si nous allons revoir tout cela aujourd'hui, mais si nous voulons le faire, nous devons aussi examiner où se trouve la population qui est en train de mourir. Je pense que les peuples autochtones méritent qu'on leur accorde une priorité importante.

Je dois reconnaître l'à-propos de la motion initiale, selon laquelle les femmes autochtones sont 11 fois plus susceptibles que les autres de mourir d'une surdose toxique. Or, s'il s'agit de centrer et d'amplifier le débat sur les peuples autochtones, je pense qu'il faut prévoir des réunions à cet effet. Nous avons entendu le témoignage de la régie de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique. J'ai été vraiment déçu que les conservateurs n'aient pas adressé la moindre question à la médecin-chef pendant toute la réunion où elle a témoigné, et ce en dépit d'avoir trois députés qui siègent à ce comité et sans tenir compte de la montée en flèche du taux de mortalité chez les Autochtones qui est bien plus élevé que celui de la population non autochtone.

M. Todd Doherty: J'invoque le Règlement, monsieur le président.

Le président: M. Doherty invoque le Règlement.

Allez-y, s'il vous plaît.

M. Todd Doherty: Monsieur le président, c'est absolument faux. C'est un fait officiellement reconnu que je demande du temps pour les questions autochtones...

Le président: Monsieur Doherty, ce n'est pas un rappel au Règlement. Vous vous engagez dans un débat.

M. Todd Doherty: Il induit le Comité en erreur et fait des déclarations trompeuses.

Le président: Vous êtes sur la liste des intervenants, alors vous aurez l'occasion de répliquer.

Monsieur Johns, allez-y.

M. Gord Johns: C'est un fait. Ils n'ont pas posé une seule question à la médecin-chef de la régie de la santé des Premières Nations, même s'ils veulent centrer ce nouveau prolongement sur la Colombie-Britannique. Il demeure qu'on n'en a fait aucun cas quand elle a témoigné ici, et son témoignage est important. Les Autochtones et leur voix comptent, surtout lorsqu'il s'agit du taux de mortalité énorme qu'ils ont par rapport aux non-Autochtones.

Je veux que le Comité tienne compte du fait que, si nous continuons à débattre de cet amendement à la motion aujourd'hui, à moins que nous ne le reportions à jeudi et que nous ayons une discussion plus approfondie à ce sujet... Je pense que si nous voulons prolonger les réunions à ce sujet, nous devons tenir des consultations approfondies et écouter les voix autochtones.

• (1310)

Le président: Merci, monsieur Johns.

Il y a deux autres personnes sur la liste des intervenants. Nous n'allons pas revenir aux témoins à l'heure qu'il est, alors plaît-il aux députés que les témoins se retirent et que nous poursuivions la discussion sur la motion? Tout le monde est d'accord?

Merci beaucoup à nos témoins d'être venus. Ce qui se passe ici est tout à fait conforme aux règles et parfaitement approprié. M. Ellis a, à juste titre, attendu la fin de la réunion pour soulever cette question afin que nous puissions profiter au maximum de notre temps avec vous.

Nous vous sommes reconnaissants d'avoir comparu et de nous avoir fait part de votre expertise et de votre expérience personnelle. Ce sera extrêmement utile pour cette étude. Comme vous pouvez le constater, c'est une étude dont le Comité est entièrement saisi. Nous vous sommes très reconnaissants de votre présence. À ce stade, vous pouvez rester ou partir, si vous le désirez.

Nous poursuivons le débat sur l'amendement avec Mme Goodridge.

Mme Laila Goodridge: Merci, monsieur le président.

Il m'arrive rarement d'être d'accord avec presque toutes les déclarations de mes collègues, mais je le suis jusqu'ici.

Je suis tout à fait d'accord avec ce qu'a dit M. Johns, à savoir que nous n'avons pas suffisamment bien étudié les répercussions sur les peuples autochtones et, surtout pas sur les femmes autochtones. C'est précisément la raison pour laquelle, quand je discutais de cette motion et de ce que je voulais y voir, j'ai insisté sur les répercussions sur les femmes et les enfants, parce qu'il est très clair pour moi que c'est quelque chose que nous n'avons pas examiné dans ce domaine.

On peut facilement imaginer les répercussions sur les femmes autochtones et surtout sur les enfants. La principale cause de décès en Colombie-Britannique chez les jeunes de 10 à 18 ans est la drogue. C'est un fait important qu'il faut reconnaître et auquel il faut s'attaquer. La drogue est la principale cause de décès chez les jeunes Britanno-Colombiens de 10 à 18 ans.

Nous avons très brièvement effleuré la surface de cette réalité au Comité. Nous pourrions ajouter un certain nombre de réunions pour continuer d'examiner les répercussions de la crise de la toxicomanie sur divers segments de la société. Je sais que nous avons discuté plus tôt de la possibilité d'ajouter plus de réunions, particulièrement en ce qui concerne les Autochtones, mais cette motion n'a pas encore été débattue.

Compte tenu de tout cela, je propose un sous-amendement à la motion consistant à ajouter « quatre séances supplémentaires », et donc à substituer « jusqu'à trois » par « quatre ». À la toute fin de la motion, on ajouterait « sur les peuples autochtones ».

Si c'est un aspect aussi important que tout le monde le dit ici, je dirais que ce changement apparaît comme raisonnable pour nous permettre d'examiner trois choses que nous n'avons pas examinées aussi en profondeur que possible. Quatre réunions nous donneraient l'occasion de nous recentrer quelque peu, et nous aurions quand même le temps de produire un rapport assez rapidement.

Merci.

• (1315)

Le président: Merci, madame Goodridge.

Le sous-amendement est recevable.

Le sous-amendement prévoit précisément quatre réunions, et non pas « jusqu'à quatre réunions ». Mme Goodridge demande qu'on ajoute à la fin de la motion la mention « sur les peuples autochtones ».

Le débat porte sur le sous-amendement.

C'est au tour de M. Doherty.

M. Todd Doherty: Merci, monsieur le président.

J'ai initialement levé la main en réponse à l'amendement proposé par M. Powlowski. Je voulais poser une question au président ou peut-être au greffier.

Il a été question des répercussions de la crise des opioïdes sur les communautés autochtones. Je croyais que nous avions déjà convenu d'y consacrer une réunion, voire plus. C'est important, comme beaucoup l'ont dit.

Là où je ne suis pas d'accord avec notre collègue, M. Johns — qui a consenti à mettre un terme à son sermon —, c'est que cette question a été soulevée par d'autres, pas nécessairement par lui. Encore une fois, il est typique pour le NPD d'être en retard dans ce dossier. C'est peut-être même M. Powlowski qui a soulevé la question au départ, et j'y ai fait écho.

La Première Nation Takla s'est présentée à mon bureau plus tôt pour parler des résolutions de son conseil de bande. Ces Premières Nations se retrouvent souvent seules et confrontées à une grande pénurie de ressources et de services de police, face à la nécessité de faire respecter la règle de communauté sobre, par exemple. Nous parlons de l'approvisionnement sécuritaire dans ces collectivités et de l'incidence que cela a sur nos Premières Nations.

Je sais que la question a été soulevée. Par votre entremise, monsieur le président, le greffier pourrait peut-être nous dire si nous avons déjà prévu au moins une réunion ou deux à ce sujet.

Sinon, je suis tout à fait d'accord. Je ne sais cependant pas si quatre réunions nous suffiront pour faire ce que nous devons faire, mais je suis d'accord avec l'idée que, chemin faisant, nous réévaluons la nécessité de tenir ces quatre réunions, voire plus, et de continuer sur ce modèle.

Je sais que cette question a été soulevée et qu'elle est importante. Nous devons être en mesure de faire venir ici les personnes appropriées — les Premières Nations de nos circonscriptions — qui peuvent expliquer ce qui se passe sur le terrain, dans leurs communautés, et à quel point il est important que leurs voix soient entendues.

Le président: La motion originale qui a donné lieu à cette étude était la suivante:

Que, conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité entreprenne une étude sur l'épidémie d'opioïdes et la crise des drogues toxiques au Canada et se penche plus particulièrement sur les répercussions des mesures qui sont prises, et des mesures supplémentaires qui pourraient être prises, pour faire face à la crise des drogues toxiques, réduire les méfaits et sauver des vies; que le Comité tienne un minimum de huit réunions sur cette étude, dont une réunion portant explicitement sur la crise des drogues toxiques dans les communautés autochtones, rurales, nordiques et éloignées, et qu'au moins deux des réunions aient lieu après le 30 septembre 2023 pour permettre au Comité d'entendre des témoignages liés à l'expérience de décriminalisation des drogues en Colombie-Britannique; que le Comité présente ses conclusions et ses recommandations à la Chambre et qu'il demande une réponse globale au rapport du gouvernement.

Votre mémoire est bonne, monsieur Doherty. La motion qui a donné lieu à cette étude en faisait précisément mention.

Cela nous amène à M. Thériault. Allez-y, monsieur.

[Français]

M. Luc Thériault: Merci, monsieur le président.

En décembre, cela fera un an que nous étudions cette question. Nous avons tenu beaucoup plus que huit rencontres et, chaque fois, j'étais de ceux qui voulaient qu'on puisse en ajouter. Toutefois, nous avons quand même une obligation. En effet, nous ne pouvons pas avoir fait ce travail sans arriver à des recommandations. C'est un passage obligé.

Que nous nous entendions ou non, d'un côté et de l'autre de la table, ce n'est pas grave. Ce qui serait inacceptable, c'est que nous

ne déposions pas un rapport et des recommandations à la Chambre après avoir entendu les témoignages d'autant de gens, d'experts et de citoyens.

À cet égard, je partage la préoccupation de mon collègue, qui dit qu'il faut être réaliste concernant le temps consacré à cette étude. Il ne faut pas faire ce qu'on a fait pendant la pandémie. M. Powlowski s'en souviendra. Nous avons étudié la pandémie pendant trois ans et, au bout du compte, aucun rapport ni aucune recommandation n'a émergé de notre comité. Pour moi, c'est inacceptable.

Cela dit, si on parle des femmes, il est important de parler de l'ensemble des femmes. Selon les statistiques du bureau du coroner pour la période de 2019 à 2023, on s'aperçoit d'abord qu'en 2019, il y a eu une baisse de la mortalité, et que, en raison de la survenue de la pandémie, on a ensuite atteint des sommets incroyables. Bizarrement, en Colombie-Britannique, en janvier 2023, une baisse fulgurante du taux de mortalité par surdose chez les hommes s'est amorcée, passant de 2 200 décès à moins de 1 000 décès en 2024.

Chez les femmes, ce taux a toujours été beaucoup plus bas que chez les hommes. Nous aurions aussi pu nous demander ce qui explique ce phénomène. Pourtant, chez les femmes, en janvier 2023, le taux se situait quasiment au niveau d'avant la pandémie. Je pourrais dire qu'il faut parler de cela aussi et chercher à savoir ce qui explique ce phénomène. D'ailleurs, ce sont les faits. Ce n'est pas une interprétation ou une vision de ma part quant à la réalité de la crise des surdoses. Je me fonde sur le nombre de décès qui nous est fourni par le bureau du coroner.

Je veux bien que nous ajoutions trois séances. Cependant, à mon avis, si nous adoptons cette motion, cela revient à dire que nous ne voulons pas de rapport. Vous savez ce qu'est le travail en comité pour ce qui est de la production des rapports. Il ne se fait pas devant les caméras, mais c'est un travail important. Par respect pour tous ceux qui sont morts, pour leur famille et pour tous ceux qui sont aux prises avec des problèmes liés à la dépendance, nous devons accoucher d'un rapport. Nous le devons à tous ceux qui souffrent de cette crise des surdoses.

Quand nous avons entamé cette étude, c'est de cela que nous parlions. Nous disions qu'il fallait repousser toutes les autres études prévues, parce que des gens mouraient. Il y en avait 6, 10 ou 12 par jour. À l'heure actuelle, il y a toujours des gens qui meurent à la suite de surdoses.

À quoi peut-on attribuer la baisse fulgurante du nombre de décès par surdose? On peut toujours formuler des hypothèses, mais il y eu une telle baisse de 2023 à 2024.

• (1320)

Je veux bien que nous ajoutions d'autres réunions, mais ce que je dis, c'est que nous ne pouvons pas prolonger indéfiniment cette étude. Je veux effectivement que nous traitions de la question des surdoses chez les femmes, dont les femmes autochtones.

Je ne vois pas pourquoi il faudrait parler de la mort par surdose de femmes autochtones séparément de celle des femmes au Canada. Les femmes autochtones sont des femmes canadiennes. Elles font partie de la catégorie des femmes sur le plan des statistiques. Si, effectivement, il y a un problème particulier à cet égard, je pense qu'il faudra la soulever dans le cadre de la même étude. Nous pourrions alors mieux comprendre la façon dont ces femmes vivent.

On a parlé des déterminants liés à la toxicomanie, par exemple au chapitre de la santé, et de la manière dont il faudrait réagir par rapport à cela. On a parlé de la qualité de vie des gens, qui devrait être la même pour tout le monde. Tous ces éléments vont émerger de l'étude, et je ne vois pas pourquoi nous devrions en faire des sujets d'étude distincts. Il faut arrêter de séparer les choses. Je pense qu'on doit traiter les problèmes des femmes autochtones de la même manière que nous le faisons pour toutes les femmes, dans le cadre d'une même vision thématique.

Cela étant dit, j'estime que, trois réunions, c'est suffisant. Nous devons passer à la suite des choses. Cela ne veut pas dire que nous allons nous entendre, mais nous avons entendu les témoignages de suffisamment de témoins. Je pense que nous devrions passer à l'étape de regrouper nos idées et de faire des recommandations.

• (1325)

Le président: Je vous remercie, monsieur Thériault.

[Traduction]

Monsieur Johns, vous avez la parole.

M. Gord Johns: J'essaie d'obtenir des précisions sur le nombre de réunions dont nous parlons. Il y a énormément d'éléments, comme je l'ai dit, auxquels nous n'avons même pas touchés. Nous avons tellement de témoins sur notre liste que nous sommes loin de pouvoir les entendre tous. Je pense qu'il est assez clair que nous avons besoin du groupe de travail d'experts pour ce travail, pour aller au fond des choses et répondre adéquatement du point de vue du gouvernement, mais ce serait rendre un mauvais service et manquer de respect aux parents endeuillés qui ont comparu devant le Comité. Des parents sont venus témoigner ici. Nous avons accueilli des femmes et différents groupes. Si nous ne rédigeons pas de rapport, ce sera un manque de respect à leur égard.

C'est ce que je crois. Je pense que nous allons devoir nous pencher sur ce rapport bientôt. Je suis d'accord avec M. Thériault sur ce point. En revanche, j'estime personnellement qu'il faudrait tenir au moins une séance sur les femmes autochtones, parce que leur taux de mortalité est 11 fois plus élevé, mais je suis d'accord avec M. Thériault au sujet de la nécessité de mener cette étude.

Je sais que M. Doherty m'accusera de vouloir faire des sermons. Que je nie, mais on me critique beaucoup de ce côté-ci. Les députés de ce parti présentent une motion sur la mort d'enfants tandis que leur leader est le seul à ne pas vouloir rencontrer les gens de Moms Stop the Harm — je dis bien le seul. Il faut le dire, car c'est un fait.

[Français]

Le président: Madame Brière, vous avez la parole.

Mme Élisabeth Brière: Merci, monsieur le président.

Le point que je voulais mentionner a été soulevé. La motion initiale précisait de mettre un accent particulier sur les communautés autochtones. Il revenait donc aux partis de convoquer les témoins en lien avec ce sujet.

Par ailleurs, je suis plutôt d'accord sur la position de M. Thériault.

[Traduction]

Le président: Merci.

Monsieur Ellis, allez-y.

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

De ce côté-ci de la Chambre, nous n'avons pas peur de ne pas produire des rapports. Il semble que nous ayons toute une année pour produire celui-là. Je dirais que nous devrions pouvoir le faire en un an, à moins que nos amis sachent quelque chose que nous ne savons pas, ce qui est toujours possible.

Il semble aussi — au grand dam de nombreux Canadiens et dans le dos des conservateurs — que les libéraux et les néo-démocrates font de nouveau équipe pour devancer d'une semaine la tenue des élections à date fixe afin que de nombreuses personnes, qui ne le méritent peut-être même pas, puissent toucher leur pension — peu importe le gouvernement en place.

Cela dit, devrions-nous tronquer notre étude par crainte que des élections soient déclenchées? Grands dieux, de ce côté-ci de la Chambre, nous espérons des élections depuis au moins deux ans — probablement trois ans, pour être honnête — mais nous n'en avons toujours pas eu au nom des Canadiens.

Mais arrêtons-nous là. Je suis certainement prêt à voter sur la motion. Je sais que notre équipe l'est aussi.

[Français]

Le président: Monsieur Thériault, vous avez la parole.

M. Luc Thériault: Monsieur le président, la question n'est pas d'avoir peur ou non d'une élection. La question est de nous assurer que nous aurons le temps nécessaire pour faire dûment notre travail. Nous avons travaillé sur ce sujet pendant un an.

S'imaginer-t-on que les discussions et le travail que le Comité doit faire à huis clos sur ce rapport vont se faire rapidement?

A-t-on une idée du nombre de séances que nous devons tenir avant de nous entendre? Il nous faudra aussi tenir compte du fait que d'autres projets de loi vont nécessiter des études, qui s'ajoutent aux travaux du Comité au fur et à mesure que les travaux à la Chambre des communes vont débouler.

Cela étant dit, si, en commençant les travaux, nous nous apercevons que nous devons explorer davantage le sujet, nous pourrions le faire, car le Comité est maître de ses travaux. Au moins, nous aurons fait un premier travail de synthèse et nous aurons fait des progrès.

Lorsque je siégeais au Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, nous avons produit un rapport préliminaire. Nous avons déterminé que nous manquerions de temps et qu'il fallait donc produire un premier rapport. Or, c'est parce que nous nous sommes mis à la tâche que nous avons pu nous rendre compte qu'il fallait faire un rapport préliminaire.

Rien n'empêchera le Comité, une fois que nous nous serons mis à la tâche, de produire un rapport préliminaire et de consulter de nouveau des témoins sur certains aspects. Toutefois, il faut commencer à y travailler si nous ne voulons pas répéter ce qui est arrivé pour l'étude sur la pandémie. Le Comité aura travaillé pour rien, parce que des élections auront été déclenchées. Même si elles sont déclenchées à l'automne 2025, c'est dans un an seulement. Il y a, d'ici là, le congé de Noël, puis il y a la relâche parlementaire de l'été. Je regrette, mais il ne reste pas tant de séances que nous pourrions le penser pour arriver à produire un rapport, même d'ici l'automne 2025. Il s'agit d'un sujet très important, et il faut tenir compte des avis divergents qui peuvent être exprimés autour de la table.

Il faut être réaliste et sérieux quand nous entreprenons une étude. Moi, je ne fais pas de la politique pour faire de la petite politique. Je ne vise personne en disant cela. Je dis juste qu'il faut être sérieux. Sur le plan de la méthodologie, j'ai peut-être une petite expertise. Ce que je veux dire, c'est qu'il faut avoir le temps de travailler, surtout sur un sujet si épineux, sachant qu'il y a, autour de la table, une polarisation.

Je ne vais jamais dire à mes collègues conservateurs, si je ne suis pas d'accord avec eux pendant nos travaux, qu'ils n'ont qu'à faire un rapport dissident. Je veux plutôt que nous trouvions des recommandations qui feront le plus grand consensus possible autour de la table. Je crois encore à l'idée que nous partageons tous, autour de la table, le même but quant à cette question. C'est pour cela qu'il faut commencer à travailler.

J'estime donc que, trois séances, c'est suffisant. Ce n'est pas parce que je manque de considération envers ce que vivent les femmes autochtones. Ne vous trompez pas. J'en parle parce qu'elles sont surreprésentées dans les statistiques en ce qui concerne le taux de mortalité lié à des surdoses. Je veux donc que nous traitions leur situation comme faisant partie du phénomène de mortalité chez les femmes. C'est justement l'objet de notre étude. Pourquoi cela devrait-il être un sujet d'étude distinct, alors que nous pouvons tout simplement insérer cet aspect de la réalité dans la présente étude?

Ce qui m'importe, quant à la mortalité des femmes, c'est de comprendre pourquoi les femmes autochtones sont surreprésentées, justement, dans les statistiques.

• (1330)

[Traduction]

Le président: Monsieur Johns, vous avez la parole.

M. Gord Johns: Je suppose que nous devons prendre une décision. Pour le moment, une autre réunion est prévue.

Pourriez-vous clarifier cela, monsieur le président?

Le président: Oui, il y aura une autre réunion avec témoins le 26 novembre.

M. Gord Johns: Je veux m'assurer de bien comprendre la suggestion de M. Thériault, car je l'aime bien. Tout de suite après cette réunion, nous passerions à l'étude d'un rapport provisoire, puis nous aurions d'autres réunions et nous continuerions par la suite.

Cependant, je pense que nous devons produire un rapport. Nous ne savons pas à quoi il ressemblera. Je suis d'accord avec M. Thériault pour dire que nous avons suffisamment de points d'accord et que, malgré nos divergences d'opinions sur certains enjeux, nous avons entendu suffisamment de choses pour tirer nos conclusions.

Mme Laila Goodridge: J'invoque le Règlement.

Le président: Mme Goodridge invoque le Règlement.

Mme Laila Goodridge: Tout d'abord, nous avons eu une motion, puis une motion modifiée et là nous sommes saisis d'un sous-amendement.

La conversation actuelle, bien qu'elle se rapporte à la conversation globale, ne porte pas sur le sous-amendement. Si nous voulons passer au vote avant la période des questions, nous devrions nous occuper du sous-amendement.

Le président: Allez-y, monsieur Johns. Cependant, si vous voulez proposer un rapport provisoire, nous devons examiner les amendements dont nous sommes saisis et peut-être présenter une nouvelle motion.

Cela fait partie intégrante de la discussion sur la façon de procéder, alors ce n'est pas vraiment irrecevable.

Cependant, si nous devons nous en occuper, il nous faudra une motion autre que celle dont nous parlons maintenant.

• (1335)

M. Gord Johns: Je vais proposer un sous-amendement.

Le président: Non. Si c'est ce que vous voulez faire, la bonne façon de procéder est de rejeter ce que nous avons devant nous et de proposer quelque chose de nouveau. Vous ne pouvez pas sous-amender un sous-amendement, et c'est là où nous en sommes maintenant. Le débat porte sur le sous-amendement.

M. Gord Johns: D'accord. Je vais parler du sous-amendement parce que, si nous rejetons le sous-amendement, monsieur le président, et que nous proposons un sous-amendement pour appuyer la motion après avoir présenté un rapport provisoire, cela nous permettra de commencer à préparer un rapport provisoire, puis d'en revenir au rapport principal par la suite. Je vais appuyer le rejet de l'amendement pour que nous puissions en arriver à cela.

Le président: La liste des intervenants est maintenant épuisée. En fait, c'est moi qui suis épuisé.

Monsieur Powlowski, allez-y.

M. Marcus Powlowski: J'aimerais que nous passions au vote.

Je n'aime pas l'idée d'un rapport provisoire. Je pense que nous devons conclure cette étude. Il y a d'autres études à entreprendre, comme celle sur le cancer, que beaucoup de gens dans le milieu du cancer attendent avec impatience.

Quoi qu'il en soit, j'aimerais passer au vote.

Le président: Comme plus personne n'a demandé la parole, le Comité va donc voter sur le sous-amendement. Celui-ci propose de fixer le nombre de réunions supplémentaires à quatre et de mentionner spécifiquement les peuples autochtones. Le sous-amendement est-il clair?

(Le sous-amendement est rejeté)

Le président: Le débat porte maintenant sur l'amendement proposé par M. Powlowski.

L'amendement proposé par M. Powlowski consiste à supprimer les mots « compte tenu des rapports récents du Service des coroners de la Colombie-Britannique selon lesquels le taux de mortalité attribuable aux drogues illicites chez les femmes et les filles a augmenté de 60 % par rapport à il y a quatre ans »; pour ajouter, avant les mots « jusqu'à » et « trois », de sorte à obtenir « jusqu'à trois ». Ensuite, à la fin de la motion de M. Ellis, on ajouterait les autres sujets, soit « le rôle des tribunaux de traitement de la toxicomanie dans la lutte contre la toxicomanie et le recours au traitement obligatoire pour la consommation mixte de substances dans les cas de troubles mentaux ».

Est-ce que l'amendement est clair? Le vote porte sur l'amendement.

(L'amendement est adopté)

Le président: Le vote porte maintenant sur la motion principale modifiée. Voulez-vous qu'on la lise?

Des députés: Non.

Le président: La motion principale modifiée est claire.

(La motion modifiée est adoptée. [Voir le Procès-verbal])

Le président: Avant de vous libérer, vous avez reçu un budget supplémentaire pour l'étude sur les opioïdes. Avec un peu de chance, ce budget devrait être suffisant pour mettre en œuvre la motion qui vient d'être adoptée, parce qu'il prévoit 10 repas de travail.

Le Comité souhaite-t-il adopter le budget supplémentaire du projet, tel que présenté?

(La motion est adoptée.)

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

Des députés: D'accord.

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>