



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

45^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 028

Le jeudi 16 avril 2026

Présidente : Hedy Fry



Comité permanent de la santé

Le jeudi 16 avril 2026

• (1545)

[Français]

La présidente (L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.)): J'ouvre maintenant la séance.

Je vous souhaite la bienvenue à la 28^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

[Traduction]

Nous reconnaissons que nous nous réunissons sur le territoire non cédé du peuple algonquin anishinabe. Comme vous pouvez le constater, la séance d'aujourd'hui se déroule sous forme hybride, conformément au Règlement.

J'aimerais rappeler quelques points.

Veillez attendre que je vous nomme avant de prendre la parole. Pour ceux qui participent par vidéoconférence, veuillez cliquer sur l'icône du microphone pour activer votre micro. Veuillez mettre votre micro en sourdine lorsque vous ne parlez pas. Sinon, nous risquons d'entendre des bruits parasites.

En bas de votre écran, vous pouvez sélectionner le canal approprié pour l'interprétation. Il s'agit d'une petite icône en forme de globe. Vous pouvez choisir la langue de votre choix.

Toutes les interventions doivent passer par la présidence.

Les membres présents dans la salle qui souhaitent prendre la parole doivent lever la main. La greffière et moi-même nous chargeons de gérer l'ordre des interventions du mieux que nous pouvons. Nous vous remercions de votre patience et de votre compréhension à cet égard.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement et à la motion adoptée le mardi 27 janvier, le Comité débute son étude sur le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.

J'aimerais souhaiter la bienvenue à nos témoins.

Nous accueillons le Dr Alexander Caudarella, premier dirigeant, qui est présent sur place, et Neil Arao, Scott Elliott, Susan Russell-Csanyi, et le Dr Louis Hugo Francescutti, qui sont tous membres du conseil d'administration et qui participent par vidéoconférence.

Il y a également un des membres de notre comité, le député Parm Bains, qui nous rejoint par vidéoconférence.

Voici le déroulement de la séance. Je donnerai à chacun cinq minutes pour s'exprimer. Une minute avant la fin de votre temps de parole, je vous le signalerai clairement en vous annonçant « une minute », puis « trente secondes », afin que vous puissiez conclure. Si vous ne parvenez pas à terminer votre exposé dans ce laps de temps, vous aurez l'occasion, lors de la séance de questions, de dé-

velopper les points que vous n'aurez pas eu le temps d'aborder lors de votre première intervention.

Oui, allez-y.

Dan Mazier (Mont-Riding, PCC): Compte tenu du fait que nous avons commencé avec 15 minutes de retard...

La présidente: Je tiens toujours compte de cela, monsieur Mazier.

Dan Mazier: Allons-nous avoir une réunion complète de deux heures?

La présidente: Oui.

Dan Mazier: Avons-nous les ressources nécessaires?

La présidente: C'est toujours le cas. Pour l'avenir, prenez note que nous tenons toujours compte de l'heure à laquelle nous commençons et ajoutons deux heures à cela. C'est la façon de procéder habituelle.

Dan Mazier: Merci pour cette précision.

La présidente: Nous allons maintenant donner la parole au Dr Caudarella.

Veillez commencer. Vous disposez de cinq minutes. Je vous en prie.

Dr. Alexander Caudarella (premier dirigeant, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances): Merci, madame la présidente et mesdames et messieurs les députés.

Je m'appelle Alex Caudarella, et j'ai eu le privilège de me joindre au Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances il y a trois ans, en tant que premier dirigeant.

En 1988, grâce à un consensus entre tous les partis, la Loi sur le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies a été adoptée. Elle a donné naissance à cet organisme caritatif indépendant, dont l'objectif est de rassembler l'expertise de l'ensemble du pays et d'accroître la participation de la population canadienne.

Le CCDUS est le seul organisme national chargé de traiter à la fois les aspects sanitaires de la consommation de substances et ceux liés à la sécurité publique. Nous nous employons à lutter contre les méfaits liés à l'alcool et aux drogues, grâce à une approche équilibrée qui accorde la priorité tant au bien-être individuel qu'au bien-être collectif.

En tant que médecin de famille ayant exercé dans plusieurs provinces et territoires, j'apporte un leadership fondé sur des données probantes, empreint de compassion et axé sur la collaboration, qui repose sur la volonté d'avoir un impact concret.

Le dirigeant principal du CCDUS est nommé par son conseil d'administration et sa nomination doit être approuvée par le gouverneur en conseil. Ce modèle reflète le statut du CCDUS en tant qu'organisme national indépendant créé par le Parlement et devant lui rendre des comptes. Le conseil d'administration du CCDUS est composé de bénévoles et compte 13 membres. Ensemble, ils assurent la gouvernance et la supervision stratégique, et je leur en suis très reconnaissant.

Le président et jusqu'à quatre autres administrateurs sont nommés par le gouverneur en conseil. Huit administrateurs supplémentaires — choisis parmi l'ensemble des membres — sont nommés par le conseil d'administration.

[Français]

Le CCDUS a de nombreuses réalisations à son actif, que ce soit les premiers sondages nationaux sur la dépendance et le rétablissement ou le rapport sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada, qui est généralement considéré comme l'analyse la plus rigoureuse des répercussions de l'usage d'alcool et de drogues.

• (1550)

[Traduction]

Depuis, notre collaboration s'est concentrée sur les nombreuses communautés que nous servons. Nous travaillons avec elles pour mieux cerner leurs besoins et mettre la science au service de la base, en tant que partenaire de confiance, afin de lui fournir des données factuelles.

Notre Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies ou RCCET est un partenariat entre des chercheurs, des gouvernements...

Dan Mazier: J'invoque le Règlement. L'interprétation semble...

La présidente: J'allais justement dire qu'il y a des problèmes avec l'interprétation.

C'est réglé? Bien, alors continuons.

Nous avons arrêté le chronomètre temporairement pour que vous ne perdiez pas de temps de parole.

Poursuivez docteur Caudarella. Je vous en prie.

Dr. Alexander Caudarella: Dois-je reprendre à partir de ce que j'ai dit en français?

La présidente: Veuillez recommencer depuis le début. Je suis désolée, docteur Caudarella.

Dr. Alexander Caudarella: Ce n'est pas grave. Je suis désolé de vous obliger à réentendre ce que je vous ai déjà dit. Je vais peut-être changer un mot ou deux pour vous surprendre.

Merci, madame la présidente et mesdames et messieurs les députés. Je m'appelle Alex Caudarella et j'ai eu le privilège de rejoindre le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances il y a trois ans, en tant que dirigeant principal.

En 1988, grâce à un consensus entre tous les partis, la Loi sur le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies a été adoptée et a donné naissance à cet organisme caritatif indépendant, dont l'objectif est de rassembler l'expertise de l'ensemble du pays et d'accroître la participation de la population canadienne concernant cet enjeu. Le CCDUS est le seul organisme national chargé de traiter à la fois les aspects sanitaires de la consommation de substances et ceux liés

à la sécurité publique. Nous nous employons à lutter contre les méfaits liés à l'alcool et aux drogues, grâce à une approche équilibrée qui accorde la priorité tant au bien-être individuel qu'au bien-être collectif.

En tant que médecin de famille ayant exercé dans plusieurs provinces et territoires, j'apporte un leadership fondé sur des données probantes, empreint de compassion et axé sur la collaboration, qui repose sur la volonté d'avoir un impact concret. Le dirigeant principal du CCDUS est nommé par son conseil d'administration et sa nomination doit être approuvée par le gouverneur en conseil. Ce modèle reflète le statut du CCDUS en tant qu'organisme national indépendant créé par le Parlement et devant lui rendre des comptes.

Le conseil d'administration du CCDUS est composé de bénévoles et compte 13 membres, qui assurent la gouvernance et la supervision stratégique. Le président et jusqu'à quatre autres administrateurs sont nommés par le gouverneur en conseil. Huit administrateurs supplémentaires — choisis parmi l'ensemble des membres — sont nommés par le conseil d'administration.

[Français]

Le CCDUS a de nombreuses réalisations à son actif, que ce soit les premiers sondages nationaux sur la dépendance et le rétablissement ou le rapport sur les coûts et les méfaits au Canada, qui est généralement considéré dans le monde comme l'analyse la plus rigoureuse des répercussions de l'usage d'alcool et de drogues.

[Traduction]

Depuis, notre collaboration s'est concentrée sur les nombreuses communautés que nous servons. Nous travaillons avec elles pour mieux cerner leurs besoins et mettre la science au service de la base, ainsi que pour lui fournir des données factuelles. Notre Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies ou RCCET est un partenariat entre des chercheurs, des gouvernements, des personnes ayant une expérience concrète et des représentants des forces de l'ordre, et il a été le premier à tirer la sonnette d'alarme au sujet du fentanyl, en 2013. Il n'a cessé de s'étendre et est désormais présent dans toutes les provinces.

Je suis venu travailler au CCDUS à cause d'une paire de chaussures blanches que je n'ai jamais pu oublier. Alors que j'étais étudiant en médecine, j'ai fait la rencontre d'une fillette de 10 ans qui pleurait parce qu'elle craignait d'être condamnée à subir le même sort que ses parents à cause de l'alcool. Elle cherchait un moyen d'aider sa famille. Je me souviens de ses chaussures, mais pas de son visage, car je n'osais pas la regarder en face. Je n'avais pas les outils nécessaires pour affronter cela et j'étais extrêmement gêné. Elle voulait se construire une communauté, et je suis venu au CCDUS parce que je considère cet organisme comme le moyen d'apporter un soutien aux communautés, afin qu'elles puissent trouver l'aide, les liens et l'avenir que cette petite fille recherchait.

Nous nous efforçons de susciter l'espoir et de faire en sorte que chaque personne, quel que soit son profil, puisse jouer un rôle clair et simple dans la résolution de ces problèmes et dispose des moyens nécessaires pour réussir. Dans le cadre de notre programme d'accompagnement pédiatrique, nous collaborons avec des hôpitaux pour enfants à travers tout le pays, afin d'améliorer l'accès aux traitements. Notre initiative axée sur les petites villes nous permet de collaborer avec des maires issus de divers horizons pour trouver des solutions adaptées à leurs communautés. Notre collaboration avec des secteurs comme le camionnage, l'exploitation minière et le tourisme les aide à relever les défis qui leur sont propres.

Grâce aux recommandations du Canada en matière d'alcool et de santé, les Canadiens disposent de l'information nécessaire pour pouvoir prendre leurs propres décisions en matière de santé. Nos efforts de sensibilisation du public ont conduit à la baisse la plus importante de la consommation d'alcool jamais enregistrée au Canada. Au cours des dix dernières années, la consommation hebdomadaire a diminué pour passer de dix à neuf verres. Cela représente 34 millions de verres d'alcool de moins chaque semaine, une baisse considérable et significative.

[Français]

Les problèmes d'usage de substances touchent toutes les sphères de la société: les systèmes de santé, les familles, en passant par les communautés, les services policiers et les autorités publiques. Une réponse efficace passe par la collaboration entre tous les secteurs à tous les niveaux.

Les communautés au pays font face à des défis communs, oui, mais elles traversent une série de crises distinctes. Il faut tenir compte de ces contextes hyperlocaux dans la recherche de solutions.

• (1555)

[Traduction]

Il existe de nombreux autres exemples illustrant comment le CC-DUS renforce la participation des personnes, des organisations et des secteurs dans les domaines de la prévention, du traitement, de la réduction des méfaits, du rétablissement et de la sécurité publique.

Je me réjouis, madame la présidente, de l'intérêt constant que porte le Comité à la santé, dans le contexte de la consommation de substances, et mon équipe et moi-même restons à sa disposition pour lui fournir les données scientifiques, données probantes et pratiques exemplaires les plus récentes, afin de contribuer à éclairer ses travaux.

Merci de m'avoir invité aujourd'hui.

La présidente: Merci beaucoup, docteur Caudarella.

Je cède maintenant la parole à Neil Arao, membre du conseil d'administration.

Monsieur Arao, vous avez cinq minutes. Je vous en prie.

Neil Arao (membre du conseil d'administration, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances): Madame la présidente et mesdames et messieurs les membres du Comité, je vous remercie de me donner l'occasion d'être parmi vous aujourd'hui.

Je m'appelle Neil Arao. Je siège au conseil d'administration du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances en tant que membre nommé par le gouverneur en conseil. Je suis également un travailleur social autorisé, ici en Colombie-Britannique. Dans le cadre de mes activités professionnelles, je suis directeur général de l'un des plus grands organismes communautaires de services sociaux et de santé de la région métropolitaine de Vancouver.

J'ai fait ma carrière dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie. J'ai débuté en tant que clinicien spécialisé dans les troubles concomitants au sein de Vancouver Coastal Health, puis j'ai travaillé au Vancouver Detox Centre et dans des équipes de traitement communautaire intensif, où j'ai accompagné des personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants.

Par la suite, j'ai dirigé des programmes dans les domaines de la santé mentale, de la toxicomanie et de la justice pénale, des services de réadaptation psychosociale et des unités de préparation à la sortie au Forensic Psychiatric Hospital, et j'ai supervisé des services pour les personnes sans domicile fixe, le logement, la santé mentale et la toxicomanie, en tant que directeur général. Pendant mes temps libres, je poursuis des activités de thérapeute en pratique privée.

Dans le cadre de ce travail, j'ai accompagné des personnes confrontées à des problèmes de toxicomanie dans des services d'urgence et des programmes de traitement, ainsi qu'au sein du système judiciaire et à domicile.

À mon sens, la consommation de substances a des répercussions sur les personnes, les familles, les communautés et les systèmes, selon des mécanismes étroitement liés. Dans le cadre de mon travail, j'ai pu observer des approches fondées sur la compassion et l'inclusion, dans lesquelles les personnes ayant vécu ou vivant actuellement cette expérience, ainsi que leurs familles, contribuent à définir les réponses à apporter. J'ai également constaté les difficultés qui surgissent lorsque la responsabilisation, l'évaluation et les approches fondées sur des données probantes ne sont pas appliquées de manière cohérente.

J'ai rejoint le conseil d'administration du CCDUS, car je suis convaincu que cette question complexe peut bénéficier des divers points de vue des provinces, des organismes communautaires, des systèmes cliniques et des professions concernées. Le travail du CC-DUS, notamment l'accent mis sur la responsabilité et la qualité dans les structures de traitement en milieu hospitalier, ainsi que son analyse des liens entre l'instabilité du logement et la consommation de substances, reflète l'importance d'adopter une approche systémique.

D'après mon expérience, lorsque l'on évoque la continuité des soins, il manque souvent un maillon, qu'il s'agisse de la prévention, de la réduction des méfaits, du traitement, du rétablissement ou de l'application de la loi. Tous ces éléments doivent être abordés, mais pas isolément. Il faut également que chaque étape reflète des approches adaptées à la culture et ancrées dans la communauté. Ces approches ne s'excluent pas mutuellement et peuvent toutes s'inscrire dans un système de soins coordonné.

Bon nombre des personnes avec qui j'ai travaillé et qui sont confrontées à d'importants problèmes liés à la consommation de substances ont également subi des traumatismes au fil du temps. Le fait de traiter ces traumatismes dès le début, de favoriser la prévention et de fournir aux personnes des outils et un accompagnement peut avoir une incidence sur les résultats à long terme. Le rétablissement est favorisé lorsque les systèmes qui interagissent avec les personnes — notamment les soins de santé, le logement, la justice, l'éducation et la protection de l'enfance — sont tous coordonnés et adaptés à leurs besoins.

Mon rôle en tant que membre du conseil d'administration porte sur la gouvernance, ce qui implique notamment de veiller au respect de l'intégrité scientifique, de garantir une gestion responsable des fonds publics et de souligner l'importance de la responsabilité et de l'évaluation des résultats. Il s'agit également de veiller à ce que le CCDUS continue de fournir au Parlement des conseils équilibrés et fondés sur des données probantes.

Les Canadiens s'attendent à ce que nous fassions preuve de compassion, que nous soyons compétents et que nous rendions des comptes.

Merci. Je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions.

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Arao.

La parole va maintenant à Scott Elliott.

Bienvenue, monsieur Elliot. Vous disposez de cinq minutes. Je vous en prie.

[Français]

Scott Elliott (membre du conseil d'administration, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances): Madame la présidente, honorables membres du Comité, je m'appelle Scott Elliott et je viens de Vancouver, en Colombie-Britannique.

[Traduction]

Depuis huit ans et demi, j'occupe le poste de directeur général de la Dr. Peter AIDS Foundation, à Vancouver. Auparavant, j'ai occupé des fonctions de cadre supérieur et de dirigeant au sein d'organisations de renom, et j'ai siégé au conseil d'administration de nombreuses associations sans but lucratif.

Je suis un homme gai, séropositif pour le VIH et coinfecté avec l'hépatite C. J'en suis à ma 39^e année de rétablissement actif, après avoir souffert d'une dépendance à la drogue et à l'alcool.

La stigmatisation, la honte et la discrimination ne sont pas des concepts abstraits pour moi, parce que j'ai dû y faire face pendant la majeure partie de ma vie. Cependant, loin de freiner mes ambitions, ces expériences ont donné un sens à ma carrière et à ma vie. J'ai réussi à me faire entendre en tant que leader de confiance dans l'espace complexe des soins. Cela a façonné mon empathie envers les Canadiens aux prises avec des problèmes liés à la santé mentale et à la toxicomanie. C'est en grande partie pour cette raison que j'ai choisi de m'engager bénévolement en tant que membre du conseil d'administration du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.

Mon organisation, le Dr. Peter Centre, existe depuis 1997. Nous gérons un programme de soins de jour pour plus de 500 participants, un établissement résidentiel de soins agréé ouvert 24 heures sur 24, ainsi que des logements avec services de soutien qui allient dignité et soins de santé.

Bien qu'il ait vu le jour en tant qu'organisme de lutte contre le sida, notre centre ne s'est jamais limité à servir une seule population. Nous avons 28 ans d'expérience auprès de ce que nous appelons les « 2 % marginalisés ». Ceux-ci représentent près de 750 000 Canadiens confrontés à des difficultés extrêmes qui se chevauchent: maladie mentale, toxicomanie, itinérance, déclin cognitif, traumatismes, racisme institutionnel et problèmes médicaux, y compris le VIH et le VHC.

Mes nombreuses années d'expérience m'ont permis de constater que beaucoup ne parviendront jamais à rester sobres et ne pourront jamais vivre de manière autonome sans aide. Au fil des décennies, j'ai vu des centaines de personnes faire des rechutes à maintes reprises et des centaines d'autres mourir parce que l'aide et les services dont elles avaient besoin ne leur étaient pas accessibles.

Je comparais aujourd'hui devant ce comité en tant que membre bénévole du conseil d'administration du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Mon rôle consiste à travailler aux côtés de mes collègues du conseil d'administration, afin de contribuer à la réalisation du mandat légal du CCDUS, à savoir

jouer un rôle de premier plan en matière de santé liée à la consommation de substances et à réduire les méfaits de l'alcool, des drogues et d'autres formes de dépendance.

Le CCDUS joue le rôle de conseiller indépendant auprès des gouvernements, en menant des recherches fondées sur des données probantes, afin d'éclairer l'élaboration des politiques et des programmes, ainsi que de sensibiliser le public, tout en favorisant la collaboration intersectorielle pour renforcer la résilience et la sécurité des communautés.

En tant que travailleur de première ligne, je suis chaque jour témoin de solutions novatrices. Je constate également que ces solutions demeurent isolées dans un seul programme, une seule ville ou une seule province, alors qu'elles pourraient inspirer des pratiques à l'échelle nationale. Des défis aussi complexes exigent des réponses coordonnées et stratégiques, une mise en œuvre stratégique entre les différents secteurs de compétence, ainsi qu'un financement et des politiques qui ne soient plus cloisonnés entre les domaines de la santé, du logement, de la santé mentale, des services aux Autochtones et de la sécurité publique.

Le CCDUS dispose du mandat et du pouvoir de mobilisation nécessaires pour contribuer à combler ces lacunes, faire le lien entre les données probantes et les mesures concrètes, et veiller à ce que les Canadiens, partout au pays, aient accès à des soins efficaces.

• (1600)

Ce type de leadership est plus important que jamais.

Merci.

La présidente: Merci beaucoup.

Je cède maintenant la parole à Susan Russell-Csanyi.

Veillez commencer votre intervention de cinq minutes, madame Russell-Csanyi. Je vous en prie.

Susan Russell-Csanyi (membre du conseil d'administration, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances): Je vous remercie, madame la présidente et mesdames et messieurs les membres du Comité, de me donner l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui.

Je m'appelle Susan Russell-Csanyi. J'apporte au poste que j'occupe une expérience professionnelle, une expertise en matière de gouvernance ainsi qu'une expérience de première ligne dans l'accompagnement de personnes qui se trouvent aux intersections entre la consommation de substances, la dépendance, la protection de l'enfance et les systèmes sociaux. J'ai passé la première partie de ma vie dans le système des foyers d'accueil, ce qui m'a permis de comprendre comment les systèmes publics interagissent au fil du temps et comment les lacunes en matière de coordination peuvent affecter les résultats pour les jeunes et les familles. Cette expérience a façonné mon intérêt professionnel pour l'efficacité des systèmes, la réduction des risques et la responsabilisation.

Dans ma vie personnelle, j'ai perdu cinq proches à cause des méfaits liés à la consommation de substances. Trois d'entre eux — Adrian, Josh et Katharine — vivaient en Colombie-Britannique. Je m'adresse à vous depuis Winnipeg, où ma sœur Andrea est décédée, tout comme une jeune personne avec qui je travaillais en étroite collaboration. Quatre des cinq personnes décédées avaient déjà eu affaire au système de protection de l'enfance. Bien que chaque situation ait été différente, ce chevauchement reflète un défi plus large et bien documenté se situant à l'intersection des systèmes de protection de l'enfance, des soins de santé et de la sécurité publique. Ces expériences m'ont fait mieux comprendre l'importance d'une intervention rapide, de la continuité des soins et d'une réponse coordonnée qui réduit les risques pour la santé et les répercussions sur la communauté.

Sur le plan professionnel, j'ai travaillé dans les domaines de la protection de l'enfance, de la santé et de la défense des droits. Je suis ici aujourd'hui pour vous parler des recoupements entre ces différents domaines en ma qualité de membre du conseil d'administration du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Mes collègues ont déjà souligné que le CCDUS est un organisme national doté d'un mandat législatif visant à fournir des conseils de santé objectifs et fondés sur des données probantes concernant la consommation de substances et la dépendance. Notre travail couvre à la fois la santé publique et la sécurité publique et vise à soutenir les actions gouvernementales. Grâce à des activités de recherche, de surveillance, de mobilisation des connaissances et de collaboration intersectorielle, nous assurons le soutien de fournisseurs de services et des communautés. Le mandat du CCDUS consiste à réduire les méfaits liés à la consommation de substances, tout en améliorant les résultats en matière de sécurité et de santé et les effets pour tous les Canadiens.

En tant que membre du conseil d'administration du CCDUS, mon rôle consiste à assurer la gouvernance et l'intendance de l'organisme. Cela implique de respecter le mandat sans intérêt partisan du CCDUS, tout en veillant à ce que les activités de l'organisme restent fondées sur des données probantes, crédibles et conformes à l'intérêt public et aux responsabilités inhérentes. Il s'agit également d'assurer une supervision et de favoriser un leadership fort, une prise de décision éclairée et une utilisation efficace des ressources publiques. Mon point de vue en tant que membre du conseil d'administration s'appuie sur mon expérience de première ligne, mon engagement à l'égard des jeunes et mon travail au sein de multiples systèmes publics. Je m'emploie notamment à intégrer de manière appropriée et respectueuse l'expertise issue de mon expérience concrète, lorsqu'elle permet de renforcer la pertinence du programme et l'efficacité du système dans tous les secteurs sans but lucratif, privés et politiques.

Au-delà de mes fonctions au sein du CCDUS, je m'implique activement dans des activités de service communautaire. Je suis membre fondatrice et actuelle du Conseil national des défenseurs des jeunes pris en charge, qui collabore étroitement à divers niveaux pour approfondir les connaissances en matière de santé publique et de politiques publiques. Mon parcours universitaire comprend un baccalauréat en kinésiologie de l'Université du Manitoba, avec une spécialisation en santé physique, bien-être et qualité de vie, ainsi qu'une attestation en politiques publiques délivrée par Centraide. Ensemble, ces formations nourrissent mon intérêt pour les approches axées sur la prévention et centrées sur la santé, qui contribuent à la sécurité publique et à la viabilité du système.

J'ai choisi de me joindre au conseil d'administration du CCDUS en janvier 2026 et de travailler aux côtés de tous mes collègues, qui restent déterminés à assumer leurs responsabilités en matière de gouvernance, afin de promouvoir des approches fondées sur des données probantes et équilibrées face à la consommation de substances et à la dépendance, en vue de protéger à la fois le bien-être des individus et la sécurité de la communauté.

Merci de votre attention. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

• (1605)

La présidente: Merci beaucoup, madame Russell-Csanyi.

Nous allons maintenant donner la parole au Dr Louis Hugo Francescutti pour cinq minutes. Je vous en prie.

[Français]

Dr. Louis Hugo Francescutti (membre du conseil d'administration, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances): Merci, madame la présidente.

Je remercie aussi les autres membres du Comité.

Ça fait 46 ans que je suis parti de ma belle province pour aller en Alberta. Je suis toujours content d'avoir la chance de m'exercer à parler français, mais aujourd'hui je vais vous parler en anglais.

[Traduction]

Je suis médecin urgentiste. J'ai 72 ans et j'adore mon métier. J'exerce toujours à l'hôpital Royal Alexandra d'Edmonton, l'un des services d'urgence les plus fréquentés au Canada.

Comme l'ont souligné mes collègues, partout au pays, nous sommes confrontés au problème des patients qui sont sans domicile fixe et qui souffrent de problèmes liés à la santé mentale ou de problèmes de dépendance. Ils sont parfois aux prises avec les trois à la fois. Il s'agit sans aucun doute des patients les plus complexes que nous ayons à prendre en charge aujourd'hui dans le secteur de la santé.

Je suis ravi. C'est le moment fort de ma semaine que de me joindre à vous pour partager un peu de ce que je sais — et, surtout, pour découvrir ce que vous savez — sur ce que nous pourrions faire différemment dans notre société, afin de mieux répondre aux besoins de ces personnes.

En tant qu'ancien président de l'Association médicale canadienne, qu'ancien président du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et que membre du conseil d'administration d'Agrément Canada et d'autres organismes nationaux, j'apporte une certaine profondeur à cette discussion.

En décembre, lorsqu'on m'a proposé de présider ce conseil d'administration, c'était un honneur que je ne pouvais pas refuser. Après avoir assisté à ma première réunion du conseil d'administration, je peux affirmer que les hommes et les femmes qui nous entourent au CCDUS comptent parmi les meilleurs collègues que j'ai eus. Si le CCDUS peut vous être utile d'une quelconque manière dans l'élaboration de vos politiques dans ce domaine si important, puis dans vos efforts pour rallier nos partenaires au sein des gouvernements provinciaux, territoriaux et municipaux, nous sommes là pour vous aider.

Je me tiens à votre disposition pour répondre à toutes vos questions aujourd'hui.

• (1610)

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à la période des questions.

Je tiens à informer les témoins que la période des questions est soumise à une limite de temps. Que ce soit six minutes ou cinq minutes, ce temps comprend à la fois la question et la réponse. Je vous demanderai d'être aussi concis que possible, afin de ne pas dépasser le temps imparti, ce qui vous empêcherait de terminer votre intervention.

Nous allons commencer par Mme Konanz, du Parti conservateur.

Helena Konanz (Similkameen—Okanagan-Sud—Kootenay-Ouest, PCC): Merci à vous tous de votre participation. Merci pour le travail que vous faites dans le domaine de la toxicomanie. Il est extrêmement important.

Cette semaine marque le 10^e anniversaire de la déclaration d'urgence de santé publique en Colombie-Britannique en raison de la crise des surdoses. Pourtant, depuis, le nombre de Canadiens décédés d'une surdose mortelle dépasse celui des victimes sur tous les champs de bataille de la Deuxième Guerre mondiale. Dix-huit mille d'entre eux étaient des habitants de la Colombie-Britannique.

Ce n'est pas sans raison que la Presse canadienne a qualifié cette période de « décennie de la mort ». Les décès par surdose ont atteint un pic pendant le projet pilote de décriminalisation des drogues en Colombie-Britannique. Il y a trop d'espaces publics qui sont méconnaissables par rapport à ce qu'ils étaient il y a seulement quelques années. Il y a encore trop de vies qui sont perdues.

Docteur Caudarella, lors de votre témoignage devant le Sénat en juin 2024, vous aviez préconisé que: « les sites de consommation supervisée soient davantage intégrés dans le réseau de la santé et le système social qui servent de porte d'entrée au bien-être. »

Recommandez-vous toujours aujourd'hui au gouvernement canadien de mettre en place davantage de sites de consommation de drogues intégrés à travers le Canada?

Dr. Alexander Caudarella: Le contexte de cette déclaration était de souligner la nécessité d'une coordination des soins. Un site de consommation supervisée ne peut pas fonctionner de manière isolée. Il ne peut pas non plus fonctionner indépendamment de la communauté dans laquelle il est installé.

Ce que je souhaitais mettre en avant, c'est la nécessité que les systèmes soient interconnectés. Si l'on veut ouvrir la voie au mieux-être, il faut mettre en place des passerelles permettant aux personnes de passer du site de consommation supervisée au traitement, puis au rétablissement, mais aussi de rencontrer des professionnels comme moi dans le cadre des soins de première ligne. Je pense que c'est précisément de ce système interconnecté que nous parlons dans le cadre de cette collaboration.

Helena Konanz: Je suis d'accord pour dire qu'un tel système est nécessaire. Dans ma communauté, si une personne se trouvant sur un lieu de consommation a besoin d'aide, elle n'en trouve pas.

Je sais que vous avez évoqué la responsabilité de ces sites envers la communauté, mais de nombreux habitants ont le sentiment que ce n'est pas ce qui se produit. Ces sites créent souvent des poches de consommation de drogue au grand jour au sein des communautés, avec pour résultat du verre, des seringues et des comprimés qui traînent sur des aires de jeux.

Dans un souci de responsabilité envers la communauté, seriez-vous favorable à la mise en place d'une sorte de zone tampon entre ces sites et les écoles ou les garderies?

Dr. Alexander Caudarella: Il faut comprendre qu'il n'existe pas de solution universelle. Même à Ottawa, où je vis actuellement, lorsque l'on débat de l'endroit où l'école de mon fils doit être installée, la communauté participe aux décisions concernant son emplacement, son aspect, le rôle qu'elle jouera et la manière dont elle permettra d'atténuer les risques potentiels. Les solutions toutes faites ne répondent pas aux besoins locaux, et c'est là une partie du problème.

Helena Konanz: Pensez-vous qu'un site de consommation devrait être situé à proximité d'une aire de jeux?

Dr. Alexander Caudarella: Il y a beaucoup d'éléments à prendre en compte quant à l'emplacement. Il n'y a aucune raison pour qu'on ne puisse pas concilier sécurité et santé.

Helena Konanz: Est-ce bien ce que vous dites, à savoir qu'un tel site pourrait parfois se trouver à proximité d'une aire de jeux?

Dr. Alexander Caudarella: Les gens ont le droit de se sentir en sécurité. Si la présence d'un site près de chez eux ne leur procure pas ce sentiment de sécurité, il n'a pas sa place là.

Helena Konanz: Parfait.

Dr. Alexander Caudarella: Toutefois, si la collectivité se concerte et estime avoir un moyen de gérer correctement la situation, la décision lui revient, à elle et à tous ses membres.

Helena Konanz: Pensez-vous qu'une collectivité devrait pouvoir voter démocratiquement pour décider de l'emplacement d'un site de consommation? Je ne suis pas sûre que cela se fasse, en tout cas en Colombie-Britannique. J'ai travaillé dans l'administration locale, et la collectivité n'a pas voté pour choisir l'emplacement des sites de consommation.

Dr. Alexander Caudarella: Une partie du problème, selon moi, tient au fait qu'il est beaucoup question de ces drames dans les journaux. Nous nous disons que c'est vraiment triste. Je souhaite sincèrement que chacun ait le sentiment d'avoir un rôle à jouer. Il ne suffit pas de voter; il faut aussi agir pour aider ses concitoyens. Là où on a réussi à réduire les méfaits, à traiter les toxicomanes et à les guérir, c'est grâce à une large adhésion de la collectivité. Oui, les collectivités doivent s'engager.

• (1615)

Helena Konanz: Je suis d'accord. Les collectivités devraient pouvoir se prononcer sur le choix du lieu des sites de consommation.

Docteur Caudarella, voici quelque chose de vraiment important: j'estime que le projet pilote de dépénalisation imposé à la Colombie-Britannique par Ottawa et Victoria a été un échec coûteux et fatal. Je ne suis pas la seule à le penser. Même le premier ministre Eby a avoué que cet essai n'avait pas marché. Il y a plus d'un an, aux dernières élections, il l'avait déjà dit.

Les représentants de Santé Canada, qui ont comparu devant le Comité, ont refusé de dire que l'initiative avait été un succès.

D'autres, en revanche, ne partagent pas cet avis. Par exemple, la Dre Bonnie Henry, responsable de la santé publique de la Colombie-Britannique, a déploré ce recul dans les efforts de dépénalisation en Colombie-Britannique.

Qu'en pensez-vous? Souhaiteriez-vous mettre en place un autre programme pilote de dépénalisation après les ravages observés en Colombie-Britannique?

La présidente: Vous avez 39 secondes pour répondre.

Dr. Alexander Caudarella: Si on discute avec les gens et tient compte des faits, on constate que les gens souhaitent que tout le monde soit en bonne santé. Personne ne veut que les consommateurs soient traités comme des criminels. Je l'ai déjà dit à maintes reprises. Dans mes déclarations publiques et celles de l'organisation, nous disons que les forces de l'ordre ont besoin d'outils pour cibler le crime organisé.

Helena Konanz: Selon vous, cet essai a-t-il fonctionné en Colombie-Britannique, oui ou non? Ce projet pilote a-t-il bien marché en Colombie-Britannique?

Dr. Alexander Caudarella: Le Centre n'a pas participé au déploiement ni à l'évaluation du projet, dont il y a beaucoup d'enseignements à tirer.

Helena Konanz: Fort bien, mais le projet a-t-il bien marché? Recommenceriez-vous?

Dr. Alexander Caudarella: C'est une tâche très complexe que de distinguer ce qui a fonctionné ou pas. En fin de compte, il nous faut voir...

Helena Konanz: Bien des gens sont morts.

La présidente: Excusez-moi.

Helena Konanz: Beaucoup de gens sont morts.

La présidente: Pourrions-nous...

Helena Konanz: Le projet n'a pas marché. J'espère qu'on ne récidivera dans aucune collectivité ni dans aucune province.

La présidente: Votre temps de parole est écoulé.

Je prie les membres du Comité de laisser les témoins finir leurs phrases, au moins, avant de les interrompre. Il s'agit d'un sujet très délicat, mais nous pouvons laisser les témoins, qui ont pris la peine de comparaître pour nous éclairer, répondre aux questions et finir leurs phrases.

Merci beaucoup.

Je donne maintenant la parole à Mme Jaczek, du Parti libéral. Six minutes, s'il vous plaît.

L'hon. Helena Jaczek (Markham—Stouffville, Lib.): Merci, madame la présidente, et merci à tous les témoins de leurs interventions très intéressantes.

J'avoue que je n'avais jamais entendu parler du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances avant de venir là aujourd'hui pour étudier cette question, bien que j'exerce la médecine en Ontario depuis bien des années.

L'article 3 de la loi décrit la mission du Centre. Assurément, c'est là un objectif fort louable:

Le Centre a pour mission de mieux sensibiliser les Canadiens aux questions touchant l'alcoolisme et la toxicomanie, d'encourager une contribution plus active de leur part à l'effort de réduction des méfaits qui en découlent et de promouvoir l'application et l'efficacité des programmes qu'il juge excellents.

Il est certain que les membres du conseil d'administration que nous avons entendus possèdent une grande expérience, notamment grâce à leur propre parcours professionnel.

Ma première question s'adresse à vous, docteur Caudarella, et porte sur un aspect scientifique. Je présume que, avant tout, vous

recueillez des données sur l'incidence de la consommation d'alcool et de drogues dans tout le Canada. Bénéficiez-vous de la pleine coopération des ministères provinciaux et territoriaux? Comment accédez-vous à ces données pour évaluer l'ampleur du problème?

Dr. Alexander Caudarella: Merci. La question est excellente.

Nous menons diverses activités.

Tout d'abord, comme je l'ai déjà dit, nous menons une étude canadienne sur les coûts et les méfaits liés à la consommation de substances psychoactives. Dans le cadre de cette étude, nous analysons plus de 20 bases de données administratives, l'ensemble des enquêtes réalisées et toutes les statistiques démographiques. Grâce à ces données, nous produisons ce que nous considérons comme les meilleures estimations d'incidence au Canada. C'est là que nous constatons que la consommation d'alcool a diminué et que le cannabis est en hausse. Nous souhaitons nous servir de plus en plus de cette étude pour aider les collectivités à mieux se préparer pour ce qui viendra.

De plus, nous sommes conscients de la complexité des données. C'est là que notre réseau entre en jeu. Nous rassemblons toutes les données issues des saisies de drogue et des enquêtes, puis nous les jumelons avec tout ce que les policiers sur le terrain ressentent et observent, ainsi qu'avec ce que les médecins des services d'urgence ressentent et observent. Et nous analysons les liens qui existent entre ces éléments. C'est pourquoi nous avons pu produire récemment des rapports sur les nouveaux additifs et les nouvelles drogues, ou sur les raisons qui expliquent pourquoi le nombre de décès semble diminuer.

Par ailleurs, nous entretenons une étroite collaboration avec les provinces et les territoires pour étudier des aspects très précis. En ce moment, nous essayons d'établir le nombre de lits disponibles au Canada et les besoins dans chaque région et de voir si nous répondons correctement à ces besoins.

Nous ne voulons pas produire des données que personne n'utilise, mais des données que les intervenants sont portés à utiliser et dont ils disent avoir vraiment besoin. Nous sommes très fiers du travail que nous accomplissons en matière de données, et nous avons hâte de multiplier nos initiatives en collaboration avec les centaines d'organisations de notre pays avec lesquelles nous avons la chance de travailler.

● (1620)

L'hon. Helena Jaczek: En d'autres termes, bon nombre de ces organisations utilisent vos données et adaptent leurs activités, vraisemblablement, en fonction de ce que ces données leur disent.

Dr. Alexander Caudarella: C'est juste. Outre le fait que ces données sont très souvent citées dans les assemblées législatives provinciales et les textes fédéraux, nous constatons de plus en plus souvent qu'au niveau local, on s'en sert pour prendre des décisions.

C'est pourquoi, par exemple, dans le cadre de notre tout dernier projet — qui se déroule ici même, à Ottawa —, nous essayons de prendre certains de ces coûts et préjudices comme points de référence, puis de transposer au niveau local. Idéalement, à mesure que nous intensifions nos efforts, nous devrions constater une baisse des coûts liés à la justice pénale et une amélioration de l'offre de logements adaptés. Divers éléments sont en case. Les données sont donc largement utilisées, mais nous nous efforçons d'aller plus loin. C'est l'un de mes principaux objectifs, depuis trois ans que j'occupe ce poste.

Vous êtes médecin. Vous avez admis que vous n'aviez pas beaucoup entendu parler de nous. Nous mettons tout en œuvre pour nous faire connaître. C'est en partie pour cette raison que nous sommes présents à toutes les grandes conférences. Nous entretenons désormais des relations et avons des partenariats avec la plupart des grandes organisations. Nous travaillons avec des cardiologues. Nous avons récemment publié un article leur expliquant comment ils peuvent mieux aider les patients qui consomment des drogues. Nous essayons d'aller à la rencontre des gens là où ils se trouvent. Nous travaillons avec les dispensateurs de soins de première ligne sur la question d'alcool et nous les aidons à comprendre comment ils peuvent aider les consommateurs de cannabis. À l'heure actuelle, les soignants ne savent pas quoi répondre lorsque des consommateurs leur demandent s'ils doivent fumer de la marijuana ou non.

Vous avez raison, et nous multiplions les efforts pour renforcer notre présence. Nous comptons chaque jour davantage de partenaires. Je suis très fier que nous collaborions de plus en plus avec d'autres acteurs.

La présidente: Il vous reste 1 minute et 10 secondes.

L'hon. Helena Jaczek: La loi parle de « programmes qu'il juge excellents ». Pouvez-vous citer une initiative précise qui semble avoir des effets positifs?

Dr. Alexander Caudarella: Je vais vous parler de notre Initiative des petites villes.

Nous voulons que les mesures aient un meilleur impact dans le quotidien des gens. Il ne s'agit pas seulement de savoir si les données montrent que ces mesures marchent et sont applicables.

Parmi les deux projets qui ont été présentés et que nous avons pu mettre en exergue, l'un se déroulait à Lethbridge. Si, un jour, quelqu'un décide de ne plus consommer de drogues et souhaite obtenir de l'aide, il pourrait trouver un emploi qui ne comporte pas trop d'exigences...

La présidente: Il vous reste 30 secondes.

Dr. Alexander Caudarella: Il pourrait aider à nettoyer les rues ou à réaliser des travaux de construction. Il serait rémunéré.

De même, dans le cadre de notre Initiative des petites villes, nous avons collaboré avec Timmins, en Ontario. Le Suboxone, ou traitement par agonistes opioïdes, reste difficile à obtenir. Les taux de prise en charge ne sont pas suffisamment élevés à l'échelle nationale. Les responsables ont demandé à leurs ambulanciers paramédicaux de l'administrer sur place, afin que les patients n'aient pas besoin de consulter un médecin. Ils pourraient ainsi commencer à se sentir mieux immédiatement.

Je ne veux pas négliger certaines des meilleures innovations qui voient le jour dans les plus petites localités de notre pays. L'une des principales leçons que nous avons tirées est qu'il ne faut pas se limiter à Toronto, Vancouver et Montréal pour voir ce qui se passe. De bonnes pratiques émergent un peu partout dans le pays. Notre rôle est de veiller à ce qu'elles soient diffusées.

La présidente: Merci, docteur Caudarella.

Nous allons maintenant donner la parole à M. Blanchette-Joncas pour six minutes, s'il vous plaît.

[Français]

Maxime Blanchette-Joncas (Rimouski—La Matapédia, BQ): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je salue les témoins qui sont avec nous aujourd'hui.

Docteur Caudarella, ma première question s'adresse à vous, et elle est simple: observez-vous que la lutte contre la crise des opioïdes est une priorité pour le gouvernement fédéral, depuis les 15 dernières années?

Dr. Alexander Caudarella: Je dirais que ça a été une priorité, mais de différentes manières pour différents gouvernements. La réalité, c'est qu'il y a eu tellement de souffrance. Souvent, on veut être le héros de l'histoire, celui qui pourra crier victoire. Or, ce que nous sommes en train de découvrir, c'est que ce n'est pas un seul gouvernement ou un seul ministre qui va ressortir comme le héros; ce seront des millions de choses.

Ce gouvernement libéral en a fait beaucoup, mais, ce qu'on doit voir de plus en plus, c'est une collaboration non seulement entre les différents ministères, mais aussi entre les différents ordres de gouvernement. Nous voulons que le fédéral travaille avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec les municipalités.

• (1625)

Maxime Blanchette-Joncas: Puisqu'on parle d'ordres de gouvernement qui travaillent ensemble, je vais vous donner des exemples concrets.

Depuis 2011, donc depuis plus de 15 ans, le Québec reconnaît davantage l'expertise des pharmaciens, notamment pour intervenir en cas de problème de sécurité dans le contexte de la crise des opioïdes. Ils ont la compétence nécessaire, ils sont accessibles dans les régions aussi bien que dans les centres urbains et ils ont de l'expérience sur le terrain. Pourtant, le gouvernement fédéral empêche le Québec d'agir relativement à une réglementation qui leur permettrait notamment d'aller plus loin. En pleine crise des opioïdes, on ne permet pas aux pharmaciens d'avoir le statut de praticien pour pouvoir intervenir et lutter contre ça.

J'aimerais que vous m'en disiez plus là-dessus. Comment se fait-il qu'en 15 ans, personne au gouvernement n'ait vu que c'était une solution? Ça fait 15 ans que le Québec le demande, et personne ne bouge. Alors, je me questionne. Est-ce que ce sont des gens qui ne comprennent pas? Est-ce qu'ils n'ont pas la compétence nécessaire? Est-ce que ce sont des gens sous l'effet d'opioïdes, au sein même du gouvernement, qui n'ont pas la capacité d'agir?

Dr. Alexander Caudarella: Moi, je ne travaille pas pour Santé Canada. Je ne travaille pas pour le gouvernement. Cependant, je peux vous dire que nous avons passé une journée entière à Montréal, il y a tout juste quelques semaines, et que, parmi les choses dont nous avons discuté, nous nous sommes demandé pourquoi les résultats observés au Québec ressemblaient plus à ce qu'on voyait en France qu'à ce qu'on voyait ailleurs dans l'Est du Canada.

Moi, je donne des présentations, par exemple. Vous savez, beaucoup de personnes dans ce pays ne savaient pas que, pendant plusieurs années, les taux de décès au Québec représentaient 20 % de ceux de l'Ontario. C'était très loin de ce qu'on voyait à Timmins, par exemple. C'est un peu notre but, maintenant: nous cherchons à savoir comment le reste du pays peut apprendre de ce que fait le Québec, et vice-versa. Nous travaillons là-dessus et nous avons beaucoup de succès.

Maxime Blanchette-Joncas: Encore une fois, docteur Caudarella, je ne crois pas que nous fassions des miracles. Cela dit, ce que je ne comprends pas, c'est pourquoi on ralentit encore le processus visant à permettre des interventions cliniques qui sont utiles et qui pourraient réduire les risques pour les patients, notamment concernant les opioïdes. Ça fait 15 ans. Je reprends encore mon exemple, mais, selon moi, c'est insensé et incroyable qu'un gouvernement fasse une demande à un autre ordre de gouvernement et que, finalement, il ne passe pas à l'action. Je donne l'exemple du Québec, mais il y a d'autres provinces qui ont demandé cette reconnaissance réglementaire du statut de praticien pour les pharmaciens.

Alors, imaginez ça: un pharmacien ne peut pas intervenir rapidement pour réduire le risque associé à l'usage d'une substance. À votre avis, cela ne nuit-il pas à la sécurité des patients?

Dr. Alexander Caudarella: C'est une excellente question.

C'est là que le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances veut vraiment entendre l'avis des provinces aussi. Si une question comme celle-là surgit, le Centre pourrait faire un rapport sur ce que dit la science et formuler des recommandations.

Encore une fois, je ne peux pas vous dire pourquoi le gouvernement fait une chose ou une autre, mais nous pouvons vous aider à trouver des réponses à ces questions et à établir des façons de travailler, que ce soit au Québec ou partout au pays.

Maxime Blanchette-Joncas: Je comprends.

Pour ma part, j'associe les délais avec des risques, notamment quand il y a un délai avant que les professionnels puissent intervenir auprès des personnes qui consomment des opioïdes. La science démontre que, dans certains cas, les délais administratifs pour faire modifier ou faire cesser la prescription d'un médicament augmentent les risques pour les patients.

Quel est votre avis là-dessus?

Dr. Alexander Caudarella: Pendant la pandémie, il y a eu beaucoup d'innovations et de changements, par exemple en ce qui concerne la façon dont la méthadone était distribuée et la façon dont on choisissait qui pouvait en avoir.

Il y a quelque chose de très intéressant.

[Traduction]

S'il est une chose que nous avons apprise, c'est que, parfois, nous accordons beaucoup d'attention à ce que nous faisons, sans trop nous demander comment nous nous y prenons ni si nous en faisons assez. Nous sommes toujours à la recherche de la solution parfaite. Parfois, certaines choses se font trop vite sans qu'on les étudie de près et parfois, nous attendons sans faire...

Il n'y a pas que le gouvernement fédéral qui soit en cause.

[Français]

Ça vaut aussi pour les gouvernements provinciaux et territoriaux. Différentes choses peuvent être faites. Je crois qu'il pourrait y avoir beaucoup plus d'actions et d'évaluations.

Maxime Blanchette-Joncas: Je suis tout à fait d'accord avec vous. D'ailleurs, vous mettez en lumière un grave problème qui existe malheureusement dans notre système de santé: on travaille de manière réactive plutôt que préventive. Pourtant, la science nous démontre qu'en travaillant en prévention, on réduit les coûts et on éloigne les risques.

Notre système de santé utilise-t-il pleinement les pharmaciens comme levier pour prévenir la dépendance ou se prive-t-on encore d'une solution utile, soit celle dont je vous ai parlé?

Dr. Alexander Caudarella: Je ne suis pas expert en la matière, mais, à mon avis, tous les membres du système de santé sont probablement sous-utilisés. En tant que médecin, je peux vous dire que, quand un de mes patients commence à ne pas se sentir bien, c'est presque toujours le pharmacien qui m'appelle, plutôt que ce soit le patient qui vienne me voir en premier.

Est-ce que ça veut dire que chaque chaîne privée peut commencer à augmenter le nombre d'ordonnances? Non. On a vu des problèmes, quand il y avait trop d'ordonnances. Il faut que les choses soient réglées d'une bonne manière, qu'on fasse des suivis et qu'on évalue les choses. On doit être créatif, cela ne fait aucun doute.

• (1630)

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup.

Je passe maintenant au deuxième tour. Chacun aura cinq minutes, à l'exception de M. Blanchette-Joncas, qui en aura six, car c'est une personne très spéciale.

Des voix: Oh, oh!

La présidente: Nous commençons le deuxième tour avec M. Mazier, des conservateurs.

Dan Mazier: Merci, madame la présidente.

Docteur Caudarella, quelle est la principale source de financement du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances?

Dr. Alexander Caudarella: Tous ces renseignements sont publiés sur notre site Web. La majeure partie de nos fonds nous sont accordés aux termes d'un accord de contribution conclu avec Santé Canada et le gouvernement du Canada. Nous recevons également des fonds...

Dan Mazier: Voilà qui répond à ma question. Merci.

D'après le dernier rapport annuel, le Centre a reçu plus de 11 500 000 \$ de Santé Canada l'année dernière. Est-ce exact?

Dr. Alexander Caudarella: Je crois que l'année dernière, nous avons reçu... Oui, c'est probablement exact, 11,5 millions de dollars.

Dan Mazier: Ce même rapport annuel précise que près de 9 millions de dollars ont été consacrés aux salaires et avantages sociaux des employés, ce qui représente près de 70 % de vos ressources. Est-ce exact?

Dr. Alexander Caudarella: Oui. Ces trois dernières années, nous avons déployé beaucoup d'efforts pour internaliser nos activités plutôt que de faire appel à des entrepreneurs. Nous avons recruté certains des meilleurs scientifiques au monde pour qu'ils viennent travailler directement pour nous.

Dan Mazier: L'année dernière, vous avez dépensé plus de 1,8 million de dollars pour rémunérer des entrepreneurs; vous avez donc encore du chemin à parcourir.

Vous qui êtes premier dirigeant d'une entité financée par le gouvernement fédéral, quel est le montant total de votre rémunération annuelle, y compris votre salaire et vos primes?

Dr. Alexander Caudarella: Je crois que ma rémunération annuelle, primes comprises, s'élève à 270 000 \$.

Dan Mazier: En 2021, vous avez écrit à Santé Canada pour soutenir la dépénalisation de la possession de drogues dures à Toronto. Dans votre lettre, vous écriviez: « Je vous adresse cette lettre pour exprimer mon soutien à la décision des services de santé de Toronto de présenter à Santé Canada une demande d'exemption concernant la dépénalisation de la possession de drogues. »

Pouvez-vous confirmer que vous avez signé cette lettre, oui ou non?

Dr. Alexander Caudarella: Oui. Cela s'est passé avant mon arrivée au Centre. J'étais alors médecin dans un hôpital du centre-ville de Toronto, mais oui, je l'ai signée. Je crois que, cette année-là, les services de police de Toronto n'avaient procédé qu'à trois arrestations pour possession. On souhaitait trouver de meilleurs moyens de lutter contre le crime organisé et la criminalité violente.

Dan Mazier: Vous avez répondu à la question.

Dans cette même lettre adressée à Santé Canada, vous avez également écrit: La dépénalisation doit être considérée comme présentant un risque minime. Pensez-vous toujours que la dépénalisation présente un risque minime? Oui ou non?

Dr. Alexander Caudarella: Votre collègue a posé une question sur la dépénalisation. Je pense que nous avons commis une erreur à ce sujet... Les gens n'avaient pas les bonnes attentes.

Dan Mazier: Croyez-vous toujours que la dépénalisation comporte un risque minime, oui ou non? Même après ce que vous avez appris, tenez-vous toujours le même raisonnement aujourd'hui?

Dr. Alexander Caudarella: Au Canada, il n'y a presque aucune arrestation pour possession à l'heure actuelle. Je ne pense pas que la dépénalisation de la simple consommation soit à l'origine d'une augmentation de la violence ou du nombre de décès. Ce qui s'est produit, cependant... De nombreux facteurs, comme la banalisation, la façon dont l'application de la loi et les préoccupations en matière de santé se conjuguent...

Dan Mazier: Nous aborderons la question de la banalisation dans un instant.

Docteur Caudarella, êtes-vous favorable à la dépénalisation des drogues dures dans tout le Canada, oui ou non?

Dr. Alexander Caudarella: Si vous voulez y jeter un œil, nous avons rédigé un mémoire au sujet de la dépénalisation.

Dan Mazier: Êtes-vous favorable à la dépénalisation dans tout le Canada, oui ou non?

Dr. Alexander Caudarella: Pour l'utilisateur final, c'est-à-dire la personne qui consomme de la drogue en petites quantités, les peines de prison longues et souvent inefficaces ne présentent aucun intérêt; il est donc important d'étudier la question et d'en tenir compte.

Cela dit...

Dan Mazier: Soutenez-vous toujours la dépénalisation?

Dr. Alexander Caudarella: Je pense que...

Dan Mazier: Il suffit de répondre par oui ou non.

Dr. Alexander Caudarella: Mais...

Dan Mazier: Vous avez essayé de nuancer votre propos, mais, oui, vous continuez à soutenir cette mesure.

Dr. Alexander Caudarella: Comme je l'ai déjà dit, monsieur Mazier, chaque collectivité doit trouver ses propres solutions. Cette approche ne conviendra peut-être pas à toutes les collectivités. Les données disponibles montrent que, globalement, la dépénalisation est avantageuse, mais il est indispensable que la collectivité adhère à cette politique et apporte son soutien.

Dan Mazier: J'ai déjà entendu cela dans votre autre témoignage.

Docteur Caudarella, le *Globe and Mail* nous apprend que les autorités sanitaires de la Colombie-Britannique ont tenté d'autoriser l'achat sans ordonnance d'une héroïne réglementée.

La présidente: Il vous reste 39 secondes.

• (1635)

Dan Mazier: Les autorités sanitaires ont également tenté de créer un « club de compassion » pour les consommateurs d'héroïne. Pensez-vous que l'héroïne réglementée a un rôle à jouer dans le traitement de la toxicomanie au Canada, oui ou non?

Dr. Alexander Caudarella: Il existe des données en faveur du traitement assisté par l'héroïne.

Dan Mazier: Oui ou non?

Je suis pressé par le temps.

Dr. Alexander Caudarella: La réglementation des stupéfiants est une question très complexe, et il y a beaucoup à dire sur les mesures de prévention en matière de sécurité publique.

Dan Mazier: J'ai une dernière question.

Savez-vous que des garderies ont été contraintes de fermer après l'ouverture de sites de consommation supervisés à proximité, oui ou non?

Dr. Alexander Caudarella: Oui.

La présidente: Merci.

Dan Mazier: Croyez-vous que...

La présidente: Votre temps de parole est écoulé, monsieur Mazier.

Je cède la parole à Mme Sidhu, du Parti libéral. Cinq minutes, s'il vous plaît.

Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Merci, madame la présidente.

Merci à tous les témoins d'être là.

Ma question s'adresse au Dr Caudarella.

Docteur Caudarella, dans quelle mesure les investissements fédéraux dans les programmes de lutte contre la toxicomanie ont-ils permis d'améliorer la coordination et les résultats à l'échelle du Canada?

Vous avez évoqué des services d'accompagnement global. Dans votre intervention, il a été question de cardiologie et de consultations auprès d'un cardiologue ou des services de santé de première ligne. Pourriez-vous nous en parler?

Dr. Alexander Caudarella: Bien sûr.

Nous évoquons parfois la manière dont nous avons lutté contre le tabagisme. Nous en avons fait une question de santé globale. Peu importe où le fumeur se rendait, chaque structure offrait un lieu où il pouvait bénéficier d'un accompagnement, d'un traitement et d'une aide.

Bien sûr, la situation est fort différente dans ce contexte, mais je suis fermement convaincu que les soins de première ligne ont les moyens de fournir bon nombre de ces services, notamment le traitement par agonistes opioïdes et la plupart des interventions les plus indispensables.

Les consommateurs ont besoin de soutien. Ils ont besoin d'accompagnement et d'aide. Ils doivent pouvoir adapter les solutions à leur réalité locale. C'est pourquoi, par exemple, nous participons à des efforts nationaux de premier plan visant à développer des soins fondés sur les mesures. Comment évaluer l'état de santé et s'assurer que les consommateurs vont mieux? Comment prendre en charge les troubles concomitants?

Nous constatons également de plus en plus souvent — ce qui est vraiment positif, et qui s'explique peut-être par une austérité budgétaire un peu plus marquée —, que les organisations souhaitent collaborer. Des gouvernements souhaitent travailler ensemble. Des gens veulent trouver des solutions. Avoir raison, mais voir, comme le disait M. Mazier, des garderies fermer et des gens bouleversés et irrités, ce n'est pas une solution. Comment pouvons-nous tous travailler ensemble?

Lorsque je vais à la rencontre des gens et que je leur explique qu'ils ont un rôle à jouer, qu'ils peuvent agir concrètement et que les médecins de première ligne peuvent les aider, mon message est reçu avec un grand enthousiasme. L'un de mes collègues ici présents, par exemple, a rendu visite à toutes les cliniques et tous les centres destinés aux nouveaux arrivants. Ces établissements recherchent vraiment des moyens de soutenir leurs collectivités. Notre travail consiste à joindre davantage de personnes plus rapidement.

Sonia Sidhu: La précocité de l'intervention est importante. Quelle importance faut-il attacher à la prévention?

Le gouvernement adopte une approche équilibrée qui englobe la prévention, le traitement et le rétablissement. Pourquoi est-il essentiel que le Canada s'appuie sur des données, et comment votre organisation peut-elle contribuer à cet effort?

Dr. Alexander Caudarella: Il y a d'une part la question des données factuelles, et d'autre part la manière dont chacun se perçoit à la lumière de ces données et la façon dont celles-ci leur sont présentées de façon à être utiles.

Je ne pense pas qu'on en ait assez des données. On en réclame, mais on veut des données qui ont du sens pour soi et sont utiles. C'est ainsi que nous faisons avancer les choses, en nous appuyant sur des données objectives. Si les consommateurs se sentent partie prenante dans ces processus et ces solutions, la situation s'améliore. Quant au besoin de données, nous devons également...

Ces problèmes durent depuis 10 ans. Au début, les réactions étaient tout à fait correctes, centrées sur le « ici et maintenant ». Là où, aujourd'hui, un jeune de 18, 19 ou 20 ans meurt d'une surdose, il y en avait huit au début de la crise.

Nous devons considérer l'ensemble du continuum allant de la prévention au rétablissement. C'est absolument essentiel. Nous devons reconnaître que chaque personne qui suit un traitement réintègrera une communauté qui doit lui apporter son soutien. Cela fait partie des nuances qui sous-tendent les questions qui nous ont été posées concernant les drogues réglementées ou d'autres aspects, car, en fin de compte, la collectivité doit offrir un environnement propice au mieux-être le plus sain possible.

Sonia Sidhu: Quelles possibilités entrevoyez-vous pour renforcer davantage la collaboration avec le gouvernement fédéral afin de réaliser davantage de progrès?

Dr. Alexander Caudarella: Il y a quelques éléments importants. L'un d'entre eux est qu'il n'existe pas encore au Canada de personnel spécialisé dans la prévention. Il y a probablement de nombreux rôles que différents acteurs peuvent jouer.

Deuxième point: malheureusement, la plupart des gens au Canada ne sont même pas en mesure d'accéder aux soins qui sont à leur disposition. Il peut être vraiment important de chercher comment le gouvernement fédéral, par exemple, peut contribuer à faire en sorte que tous les services offerts au niveau provincial soient accessibles et à la portée de chacun.

Enfin, je dirais que le gouvernement fédéral peut jouer un rôle vraiment important dans les domaines où il dispose de moyens d'action, mais qu'il a également un rôle à jouer comme partenaire des provinces, des territoires et des autres ordres de gouvernement. Nous assistons à l'émergence d'une capacité de collaboration entre les différents ordres de gouvernement. Par le passé, le Centre a...

• (1640)

La présidente: Veuillez conclure.

Dr. Alexander Caudarella: ... beaucoup aidé à mettre cette collaboration en place.

La présidente: Merci.

Monsieur Blanchette-Joncas, vous avez la parole. Six minutes, s'il vous plaît.

[Français]

Maxime Blanchette-Joncas: Merci, madame la présidente.

Docteur Caudarella, vous avez parlé de la capacité de prescription, un peu plus tôt, mais je veux également attirer votre attention sur la déprescription. C'est l'exemple que je voulais donner de la part des pharmaciens: ils n'ont pas la capacité présentement de déprescrire des opioïdes aux patients lorsqu'ils n'en ont plus besoin.

À votre avis, cela n'a-t-il pas un effet sur les dépendances et les risques qui y sont liés?

Dr. Alexander Caudarella: La question de la déprescription est une excellente question.

Je crois qu'une des choses qu'on a faites, il y a à peu près 10 ans, c'est qu'on a procédé trop vite à la déprescription de médicaments pour beaucoup de personnes sans les diriger dans une autre direction de façon à les aider à entreprendre des traitements ou à avoir des médicaments qui conviennent. C'est ce que je dirais. On n'a pas vraiment fait d'études dans le domaine que vous mentionnez, mais c'est mon opinion.

Pour ce qui est de la transition, comme cela a été dit, ce sont les pharmaciens qui reconnaissent qu'il y a un problème. J'aimerais les voir être en mesure de diriger directement les gens vers d'autres traitements ou d'autres médecins si, par exemple, ils ont peur que la personne qui a signé les ordonnances jusqu'à maintenant ne fasse pas de bonnes ordonnances.

Maxime Blanchette-Joncas: D'accord.

Je reprends les données de votre organisation qui mentionnent que la mauvaise compréhension du risque de dépendance que posent les opioïdes d'ordonnance ainsi que la prescription fréquente ou la prescription de fortes doses pour soulager la douleur sont les deux principaux facteurs ayant contribué à la crise des opioïdes au Canada.

Le premier rempart contre ça, ce sont les pharmaciens. Toutefois, ils ne sont même pas capables d'agir, puisqu'ils n'ont pas le statut de praticien. C'est pourtant une composante essentielle de la lutte efficace contre la crise des opioïdes au Canada. Ça fait 15 ans que le gouvernement du Québec le demande. Ça ne bouge pas.

Qu'est-ce qui se passe?

Dr. Alexander Caudarella: J'aimerais bien retourner auprès de mon organisation pour essayer de trouver plus de données pour vous dans ce domaine. Je crois que nous ne sommes pas en train d'utiliser suffisamment toutes les ressources du système de santé; cela ne fait aucun doute dans mon esprit. En ce qui concerne ce domaine en particulier, cependant, je ne sais pas ce qu'il en est.

Maxime Blanchette-Joncas: Si vous pouviez nous fournir une réponse détaillée par écrit, nous vous en serions reconnaissants.

Dr. Alexander Caudarella: Absolument.

Maxime Blanchette-Joncas: Je pense que c'est une solution incontournable, mais là, présentement, ça fait 15 ans que ça niaise.

Dr. Alexander Caudarella: Nous pouvons regarder ça, absolument.

Maxime Blanchette-Joncas: Revenons sur un sujet que vous devez certainement connaître.

Votre principal accord de financement avec Santé Canada a pris fin le 31 mars 2026. Ça ne fait pas longtemps. Pouvez-vous nous garantir aujourd'hui la continuité complète de vos activités, oui ou non?

Dr. Alexander Caudarella: Oui. Il y a quelques semaines, nous avons signé un nouvel accord avec Santé Canada pour les cinq prochaines années. C'est vraiment autour de l'idée que ce que nous sommes en train de faire reflète exactement ce qui est écrit dans notre mandat.

Maxime Blanchette-Joncas: Est-ce qu'il y a eu une diminution dans votre financement?

Dr. Alexander Caudarella: Non, le financement reste à 10 millions de dollars par année.

Maxime Blanchette-Joncas: Est-ce qu'il y a une indexation?

Dr. Alexander Caudarella: Non.

Maxime Blanchette-Joncas: Donc, s'il n'y a pas d'indexation, c'est une diminution.

Dr. Alexander Caudarella: Nous comprenons que la réalité actuelle est qu'il y a des difficultés financières. C'est pour ça aussi que nous travaillons avec des provinces. Nous recevons aussi des dons de différentes organisations. Le but est de grandir en tant qu'organisation.

Maxime Blanchette-Joncas: Parlons justement de grandir. Je sais qu'il y a un gouvernement qui nous dit qu'il veut bâtir un Canada fort. C'est son nouveau slogan miracle. Le gouvernement fédéral a lui-même reconnu, le 27 mars 2024, que la crise des surdoses était l'une des plus graves crises de santé publique que le Canada ait jamais connues. Là, vous me dites qu'il n'indexe pas votre financement et que vous allez être capables de lutter contre la

crise de santé publique la plus grave que le Canada ait jamais connue. Faites-vous des miracles dans votre organisation?

Dr. Alexander Caudarella: Bien sûr, nous aimerions toujours recevoir plus de fonds. Quoi qu'il en soit, je veux m'assurer que chaque dollar qui est donné au CCDUS est bien dépensé. Je veux le démontrer. Si vous me donnez 5 millions de dollars ou 15 millions de dollars, je vais faire du mieux que je peux.

Votre question m'amène aussi à dire que, dans ce domaine, nous sommes en train de faire de la formation, et nous sommes très heureux que Santé Canada nous ait donné de l'argent pour faire ça. Nous faisons de la formation auprès des secteurs des mines, du pétrole et du gaz, parce que, comme vous l'avez dit, pour pouvoir construire un Canada fort, il faut les aider.

• (1645)

Maxime Blanchette-Joncas: Écoutez, j'essaie de comprendre l'incohérence entre le message du gouvernement et les actions du gouvernement. Je comprends que vous n'en êtes pas responsable. J'essaie juste d'analyser, en tant que législateur et influenceur des politiques publiques de santé au Canada, comment un gouvernement peut, d'un côté, dire que c'est la pire crise de l'histoire et, de l'autre, ne même pas indexer le budget. J'ai de la difficulté à croire que ça n'aura pas d'impact sur vos activités.

Dr. Alexander Caudarella: Comme je l'ai dit, nous aimerions toujours avoir plus d'argent. Ce qui est très utile, c'est qu'au sein de notre organisation, nous avons repris plusieurs choses afin de réduire ce que nous dépensons, qu'il s'agisse d'activités internes, de systèmes de finance ou de différentes autres choses. Donc, nous essayons de faire le plus que nous pouvons tout en réduisant nos dépenses. Comme nous l'avons déjà dit, nous essayons d'avoir de plus en plus de scientifiques dans l'organisation. Comme ça, nous pouvons faire les choses d'une manière de plus en plus logique.

Maxime Blanchette-Joncas: Je veux vous aider dans votre travail. Quels seront les impacts concrets sur vos activités et vos programmes qui seront touchés?

Dr. Alexander Caudarella: Honnêtement, nous essayons d'en faire plus. Je sais que vous voulez que...

Maxime Blanchette-Joncas: J'essaie de comprendre. Présentement, j'ai de la difficulté à comprendre.

[Traduction]

La présidente: Votre temps de parole se termine dans une dizaine de secondes. Veuillez conclure.

[Français]

Maxime Blanchette-Joncas: J'aimerais avoir une réponse écrite, puisque je n'arrive pas à avoir une vraie réponse complète.

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup.

Je donne maintenant la parole à M. Strauss, qui aura cinq minutes. Je vous en prie.

Matt Strauss (Kitchener-Sud—Hespeler, PCC): Merci, madame la présidente.

Docteur Caudarella, puis-je commencer par vous dire à quel point j'apprécie la compétence et l'enthousiasme dont vous faites preuve dans votre témoignage? Vous semblez être quelqu'un qui s'appuie beaucoup sur les données. C'est également mon cas, et c'est une chose que j'apprécie.

En me préparant pour cette étude, j'ai cherché à connaître les taux de troubles liés aux toxicomanies dans l'ensemble du Canada. En faisant des recherches sur Internet à ce sujet, je suis tombé sur votre organisation; vous avez donc manifestement un rôle à jouer dans la production de ces données. Quelque chose me préoccupe néanmoins, car j'ai trouvé sur votre site Web un document de novembre 2022 sur le taux de troubles de consommation d'opioïdes, et d'après ce que j'en ai compris, il contenait des données allant jusqu'en 2019. J'ai également trouvé un document sur l'usage des méthamphétamines. Ce rapport datait de 2020 et, d'après ce que j'ai pu constater, contenait des données qui s'arrêtaient en 2017.

Avez-vous des données plus récentes sur votre site Web? Ces informations figurent-elles sur votre site, et je ne les aurais tout simplement pas remarquées?

Dr. Alexander Caudarella: Nous sommes en train de moderniser certaines parties de notre site Web. C'est un travail en cours. Nous avons décidé de le faire à l'interne pour réaliser des économies, mais l'équipe chargée de ce projet accomplit un travail formidable.

Pour répondre à votre question, oui, nous avons des données plus récentes. Nous avons des estimations de la prévalence jusqu'à la fin de 2024. Elles sont disponibles directement sur notre site Web ou sur csuch.ca, un microsite que nous avons mis en place. Il existe un outil interactif pour connaître la prévalence; non seulement les utilisateurs peuvent consulter les taux de consommation de stimulants et d'opioïdes, mais ils peuvent aussi ventiler les données par province, par sexe et selon d'autres critères afin d'avoir les informations les plus utiles.

Matt Strauss: Pourriez-vous me donner le lien?

Dr. Alexander Caudarella: Tout à fait.

Matt Strauss: Je n'ai pas réussi à trouver cette information moi-même. Pourriez-vous me dire si, de manière générale, l'incidence des troubles liés à la toxicomanie au Canada est en hausse ou en baisse?

Dr. Alexander Caudarella: Il y a un point sur lequel nous sommes plus sûrs: l'ampleur de la consommation. Le problème des troubles liés à la toxicomanie, c'est que les modalités et les auteurs des diagnostics et la façon dont les enquêtes sont menées ont varié au fil du temps. C'est pourquoi nous avons essayé d'élaborer différentes analyses, évaluations et hypothèses à ce sujet.

Matt Strauss: Donnez-moi une idée générale. Je comprends qu'il faut faire des analyses détaillées. Je ne vais pas vous piéger en vous demandant: « Et cette étude, alors? »

Je vous demande votre avis général en tant que clinicien et en tant que chef de file dans ce domaine. La tendance est-elle à la hausse ou à la baisse?

Dr. Alexander Caudarella: Excellente question. Étant donné que les taux d'évaluation varient considérablement, il s'agit d'une question difficile, et je pourrai vous fournir une réponse écrite plus précise ultérieurement. Toutefois, en ce qui concerne les opioïdes, nous estimons que la situation est relativement stable, voire en légère amélioration. Nous craignons une augmentation de la consommation chez les jeunes, mais nous constatons une possible diminution des troubles liés à la consommation d'opioïdes dans d'autres groupes.

Nous sommes préoccupés par la hausse des taux de troubles liés au cannabis chez les adultes d'un certain âge.

• (1650)

Matt Strauss: Merci beaucoup. J'espère pouvoir me forger ma propre opinion après avoir parcouru vos données.

Je suis médecin en soins intensifs, et certaines recherches me laissent très perplexe. Ma pratique se situe très en aval dans la chaîne des soins, tandis que certains spécialistes en médecine préventive et en médecine familiale se préoccupent davantage de l'amont.

Il me semble que, dans la plupart des débats sur la manière dont notre société va faire face aux dépendances, nous parlons de la crise, des décès et de la consommation. Ne devrions-nous pas nous concentrer davantage sur les interventions en amont, par exemple sur la manière d'empêcher les jeunes, au départ, de tomber dans ce piège?

Je n'en ai pas encore entendu parler aujourd'hui.

Dr. Alexander Caudarella: En réalité, non seulement nous avons élaboré les premières normes de prévention destinées aux collectivités, aux établissements scolaires et aux familles, mais un secteur entier de notre organisation se consacre aussi à cette question. Dans le cadre du prochain accord de contribution, nous accordons non seulement une grande importance à la prévention, mais nous nous concentrons aussi tout particulièrement sur les jeunes.

Votre question est bonne. Lorsqu'il s'agit de collaborer avec les municipalités et d'aborder ce travail en amont, les enjeux sont considérables. En ce qui concerne les « Repères canadiens sur l'alcool et la santé », nous nous efforçons d'orienter le débat davantage vers les mesures en amont.

Matt Strauss: Dans le même ordre d'idées, même si cela peut sembler très différent, pensez-vous que l'alcool au volant devrait être stigmatisé dans notre société?

Dr. Alexander Caudarella: Vous posez une bonne question, à savoir s'il existe une distinction entre une stigmatisation positive et une stigmatisation négative? J'ai pris l'exemple du tabagisme; il y a probablement eu une stigmatisation positive qui a incité les gens à arrêter de fumer. Est-ce que cela est allé trop loin, au point que les gens ont désormais peur de s'identifier comme fumeurs et de demander de l'aide pour cesser de fumer? C'est peut-être le cas.

Honnêtement, il faut que nous recherchions un juste équilibre. Il nous faut une société équilibrée, dans laquelle chacun estime que les personnes qui consomment des drogues ne doivent pas être punies, mais plutôt obtenir de l'aide.

Matt Strauss: Merci beaucoup de dire cela, car des représentants du ministère sont venus nous dire que le ministère de la Santé était là pour lutter contre la stigmatisation liée à la toxicomanie. Selon les conservateurs, lorsque nous mettons en place ce genre de mesures de réduction des méfaits, est-ce que... Comme je suis clinicien, je me concentre sur mes patients, mais pourrait-il y avoir un coût socioculturel plus élevé lorsque nous installons un site de consommation supervisée à proximité d'une école secondaire? Seriez-vous d'accord pour dire qu'il existe un risque de méfait social lié aux interventions en amont et à la prévention, qui visent à empêcher les gens de commencer à consommer ces substances?

La présidente: Merci, nous avons dépassé le temps imparti. Peut-être pourriez-vous revenir sur cette question, docteur Caudarella?

Je vais passer la parole pour cinq minutes à Mme Chi.

Maggie Chi (Don Valley-Nord, Lib.): Merci, madame la présidente, et merci à tous nos témoins d'être venus aujourd'hui.

J'ai parcouru les notes biographiques de quelques-uns des témoins, et leur parcours est vraiment impressionnant.

Mes deux premières questions s'adressent au Dr Francescutti.

Vous êtes urgentologue...

Dr. Louis Hugo Francescutti: C'est exact.

Maggie Chi: D'après vous, quelles sont les difficultés liées à la toxicomanie que vous observez très souvent sur le terrain?

Dr. Louis Hugo Francescutti: Comme vous le savez, elles sont importantes. Nous recevons à l'urgence une grande variété de patients. Certains d'entre eux ont des problèmes de toxicomanie. Beaucoup souffrent de problèmes de santé mentale. Beaucoup souffrent de maladies chroniques.

Certains membres de votre comité réclamaient des solutions en amont. Nous avons trouvé une solution. Nous avons mis en place un programme de transition appelé « Bridge Healing ». Ce programme accueille immédiatement toute personne sans domicile fixe qui accepte de s'installer dans un édifice spécialement conçu à cet effet — un édifice de trois étages, situé au cœur d'un quartier et géré par une ONG — et lui offre la possibilité de se reconstruire une vie. Ce service est gratuit. Les personnes peuvent y rester aussi longtemps qu'elles en ont besoin. Nous disposons de trois édifices où l'on se consacre à la réduction des méfaits et d'un édifice où l'on met l'accent sur la sobriété, afin de répondre aux besoins de nos clients.

Nous sommes en mesure de les sortir du chaos — c'est-à-dire de la situation de personne en situation d'itinérance à l'urgence — et de leur offrir une chambre à eux. Ils nous disent que ce qui leur fait sans doute le plus de bien, c'est de pouvoir verrouiller la porte de leur chambre. Ils dorment pendant un jour ou deux, ils se réveillent, puis nous les aidons. Nous leur procurons des papiers d'identité. Nous leur ouvrons un compte bancaire. Nous vérifions s'ils ont des problèmes judiciaires. Ensuite, nous déterminons ce qu'ils souhaitent faire de leur vie. Nous les mettons en relation avec des travailleurs sociaux, des pharmaciens et des conseillers en toxicomanie. Nous entamons ainsi le parcours vers le rétablissement. Pour ceux qui suivent le programme, on constate une réduction d'environ 80 % des retours aux urgences.

Nous sommes actuellement en pleine expansion à Edmonton. La municipalité nous cède un terrain gratuitement. La Fondation de l'hôpital Royal Alexandra nous a fait un don de 10 millions de dollars pour nous permettre de démarrer. Ensuite, en collaboration avec les autorités fédérales et provinciales, qui fournissent les fonds de fonctionnement, nous venons en aide à ces personnes dont la situation est très complexe.

Tout ce que je peux dire devant ce comité, c'est que la question dont vous traitez n'est pas simple. Vous le savez bien. Elle est très complexe. Nous ne savons toujours pas à quel point elle l'est. C'est pourquoi il est essentiel que le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, le CCDUS, apporte des données qui permettent aux décideurs politiques de prendre de très bonnes décisions.

• (1655)

Maggie Chi: Merci beaucoup. Ce programme de transition semble vraiment intéressant, car il permet de remédier à certaines lacunes que je perçois dans le système actuel.

Vous avez dit que vous étendiez vos activités et que vous étiez désormais présents à Edmonton. Quels sont vos projets pour l'avenir? Envisagez-vous de vous implanter dans d'autres provinces et, espérons-le, de mettre en place un réseau à l'échelle nationale?

Dr. Louis Hugo Francescutti: Nous mettons au point ce modèle afin que d'autres puissent s'en inspirer et nous demander conseil. À Edmonton, notre objectif actuel est de créer un centre d'accueil dans chaque quartier distinct. Il y en a plus de 300. Si nous parvenons à mener ce projet à bien — et nous y parviendrons —, cela signifierait que nous aurions éliminé l'itinérance à Edmonton d'ici quatre ou cinq ans. Cela nous permettrait de libérer des capacités afin de nous assurer de garder une longueur d'avance.

Comme d'autres l'ont dit, nous essayons d'empêcher les gens de se retrouver dans cette situation. Je n'ai encore jamais rencontré de toxicomane qui souhaite l'être. Je n'ai encore jamais rencontré de personne en situation d'itinérance qui souhaite l'être. Ces hommes et ces femmes se tournent vers nous. Ils sollicitent notre aide. Je ne saurais trop vous dire à quel point cela nous cause une détresse morale, à nous, fournisseurs de soins de santé, de « les soigner puis les renvoyer dans la rue ». Il devrait y avoir une loi au Canada stipulant que si une personne sans domicile fixe se présente dans un établissement de santé, elle ne doit pas être rejetée dans la rue. Ce serait une vision audacieuse pour bâtir un Canada plus fort.

Maggie Chi: Merci beaucoup pour tout le travail que vous accomplissez.

Ma prochaine question s'adresse à vous, monsieur Elliott. Dans votre déclaration, vous avez évoqué les solutions novatrices que vous avez observées dans le cadre de votre travail, ainsi que leur potentiel de déploiement à grande échelle. Pourriez-vous nous donner quelques exemples et nous parler des difficultés que vous avez rencontrées en matière de déploiement à grande échelle? Que peuvent faire les communautés ou les pouvoirs publics pour soutenir cette démarche?

Scott Elliott: Je vais vous donner le bref exemple du Dr Peter Centre et de notre mode de fonctionnement. Il s'agit d'un modèle de prise en charge holistique. En général, les personnes qui viennent chez nous le font sans doute parce que nous servons une excellente cuisine. Elles viennent pour le déjeuner ou le dîner. Une fois sur place, elles sont orientées vers un parcours de soins. Nous disposons d'infirmières et d'infirmières praticiennes qui sont en mesure de les examiner et de travailler avec elles immédiatement. Au fil du temps, nous orientons ces personnes vers des séances thérapeutiques telles que l'art-thérapie, la musicothérapie et le counseling.

Comme je l'ai dit, nous proposons également des programmes de logement et des soins infirmiers de phase subaiguë. La population...

La présidente: Merci beaucoup. Le temps est écoulé, monsieur Elliott. Vous pourrez revenir sur ce point lors d'un autre tour.

Merci beaucoup, madame Chi.

Je passe maintenant au troisième tour.

Je vais céder la parole à M. Baber pour cinq minutes.

Roman Baber: Merci beaucoup, madame la présidente.

Merci beaucoup, docteur Caudarella, et bienvenue.

Je crois comprendre que vous êtes un fervent promoteur de l'approvisionnement sûr.

Dr. Alexander Caudarella: Je ne sais pas vraiment où vous avez pu trouver cette information.

Roman Baber: De toute évidence, vous défendez la cause des centres d'injection supervisée.

Dr. Alexander Caudarella: L'un des aspects regrettables est que... La réduction des méfaits existe depuis une trentaine d'années. Nous devons veiller à ne pas considérer les différents éléments de manière isolée. Lorsque nous parlons de centres d'injection supervisée, lorsque nous parlons de traitement par agonistes opioïdes injectables, lorsque nous parlons d'approvisionnement sûr — même si l'expression « approvisionnement sûr » revêt des significations très différentes selon le contexte — et lorsque nous parlons de contrôle des drogues ou d'autres aspects, il est essentiel d'être très précis et d'examiner ce que nous pouvons faire sous différents angles.

Roman Baber: Très bien.

Êtes-vous d'accord avec moi pour dire que les centres d'injection supervisée ont tendance à faire augmenter la criminalité dans les quartiers concernés, plutôt qu'à la faire diminuer?

Dr. Alexander Caudarella: Sur notre site Web, vous trouverez une synthèse des données que nous avons recueillies l'année dernière sur les sites de consommation supervisée. Les données recueillies à ce jour dans tout le pays montrent que ces sites n'entraînent pas d'augmentation de la criminalité dans les quartiers environnants, ni d'augmentation des crimes violents.

Cela dit, comme je le disais à votre collègue, nous devons aller à la rencontre des communautés là où elles se trouvent. Si les communautés ne se sentent pas en sécurité, cela ne signifie pas que nous devons ignorer ce sentiment. Nous devons discuter des moyens de faire en sorte que les gens se sentent en sécurité.

• (1700)

Roman Baber: Connaissez-vous le chef Truong, du Service de police de London?

Dr. Alexander Caudarella: Non, pas personnellement.

Roman Baber: Vous savez sans doute qu'il a fait beaucoup parler de lui l'année dernière lorsqu'il a déclaré qu'une part importante des opioïdes destinés à un approvisionnement sûr à London était détournée à des fins criminelles. Avez-vous entendu parler de ce témoignage ou de cette pratique?

Dr. Alexander Caudarella: Oui, j'en ai entendu parler.

Roman Baber: En fait, le chef Truong a déclaré que les médicaments provenant de l'approvisionnement sûr constituent la majeure partie de toutes les drogues saisies par la police de London. Le savez-vous?

Dr. Alexander Caudarella: Je ne peux pas me prononcer sur les données propres à London, mais des données ont été publiées concernant la proportion d'opioïdes prescrits dans chaque ville, qu'ils relèvent ou non d'un système d'approvisionnement sûr, et cette proportion varie sensiblement d'une ville à l'autre.

Roman Baber: En gros, la police de London a conclu que la majorité des drogues qu'elle saisit proviennent de circuits de distribution légaux, plutôt que du marché noir. Cela vous semble-t-il surprenant?

Dr. Alexander Caudarella: Je ne suis pas en mesure de vous parler des données relatives aux saisies à London. Je peux toutefois vous parler des tendances générales observées à l'échelle nationale

en matière de saisies. Les médicaments sur ordonnance en constituent une partie, mais ils ne représentent qu'une part mineure par rapport aux précurseurs et aux autres drogues de synthèse.

Roman Baber: Selon vous, qu'advient-il de ces approvisionnements détournés? Pourquoi sont-ils détournés?

Dr. Alexander Caudarella: Malheureusement, le détournement est un problème qui perdure depuis très longtemps. Il convient de l'aborder avec le plus grand sérieux.

Roman Baber: Quel est le problème exactement? Pouvez-vous me le dire?

Dr. Alexander Caudarella: Les gens achètent des comprimés ou d'autres produits, et vous le constaterez notamment avec les benzodiazépines et les opioïdes. Ils les achètent parce qu'ils ne peuvent pas se procurer d'ordonnance eux-mêmes, et ils utilisent donc probablement ce moyen.

La présidente: Il vous reste une minute.

Roman Baber: Certaines personnes s'emparent de produits autorisés pour les revendre comme des drogues illicites dans la rue. C'est ce que l'on entend par « détournement », selon les services de police.

Avez-vous entendu parler de Karolina Huebner-Makurat? Savez-vous qui elle est?

Dr. Alexander Caudarella: Oui.

Roman Baber: Il s'agit d'une femme qui a été abattue devant le centre de santé communautaire de South Riverdale, dans le quartier Leslieville, à Toronto. Vous souvenez-vous de cet épisode?

Dr. Alexander Caudarella: Oui. À l'époque, j'habitais à cinq minutes à pied de là.

Roman Baber: Elle était mère de deux enfants. Ces enfants n'ont plus de mère aujourd'hui.

La présidente: Il vous reste 20 secondes.

Roman Baber: Pensez-vous qu'il est plus sûr de vivre à proximité du centre de santé communautaire de South Riverdale ou plus loin de ce centre?

Dr. Alexander Caudarella: Les données disponibles à ce jour montrent qu'il n'y a aucun risque d'augmentation de la criminalité violente à proximité d'un site de consommation supervisée. Cela dit, comme notre organisation l'a répété à maintes reprises, les forces de l'ordre doivent disposer des ressources nécessaires pour lutter contre la criminalité violente et le crime organisé transnational, qui devient de plus en plus complexe et, il faut bien le reconnaître, de plus en plus violent dans le cadre du trafic et d'autres activités.

Roman Baber: Vous affirmez donc qu'il n'y a pas plus de criminalité violente qu'ailleurs aux abords d'un lieu de consommation.

La présidente: Monsieur Baber, votre temps est écoulé. Je suis désolée.

Dr. Alexander Caudarella: Oui, c'est ce que montrent les données probantes à ce jour.

La présidente: En réalité, votre temps est largement écoulé.

Madame Jaczek, vous avez la parole pour cinq minutes.

L'hon. Helena Jaczek: Docteur Caudarella, le président du conseil d'administration, Dr Francescutti, nous a donné un exemple de ce qu'il considère comme extrêmement important, à savoir offrir un toit à une personne sans domicile fixe qui se présente aux urgences et qui est toxicomane. Il s'agit là d'une lacune dans de nombreuses collectivités à l'échelle du pays qui n'offrent pas ce service; cette initiative semble donc revêtir une importance capitale.

Comment votre organisation assure-t-elle la promotion de cette initiative? Que fait le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, le CCDUS, au sujet des recommandations formulées par les membres de son conseil d'administration et issues des discussions qui, j'en suis sûre, ont lieu régulièrement? Comment diffusez-vous les informations relatives aux lacunes en matière de services auprès des provinces, des territoires et des municipalités?

Dr. Alexander Caudarella: C'est une excellente question. Il faut plusieurs éléments.

Tout d'abord, il est souvent essentiel de disposer de données plus claires. Que se passe-t-il en réalité? C'est pourquoi, par exemple, nous menons ces études afin de comprendre quels sont les besoins en matière de soins et les lacunes au sein des communautés.

Le deuxième objectif est de permettre de bien cerner les besoins particuliers d'une communauté ainsi que les difficultés liées à la mise en œuvre. C'est pourquoi, par exemple, lorsque nous évoluons l'initiative pour les petites villes, nous ne nous contentons pas d'évoquer celles qui ont porté leurs fruits dans d'autres villes, mais nous abordons également les facteurs favorables susceptibles d'augmenter ou de réduire les probabilités...

On entend parfois dire que c'est le fait que le chef de la police ait accepté de se rendre sur place pour la première table ronde sur la santé qui a permis de briser la glace. C'est aussi la nature des difficultés liées à la mise en œuvre qu'il peut être utile d'analyser. Il ne s'agit pas seulement de la manière dont les choses se déroulent, mais aussi de la façon dont elles se propagent. Parfois, il s'agit aussi de mettre les gens en relation. Par exemple, l'un des projets dans lesquels nous sommes très impliqués est une plateforme appelée « digital front door », qui permet aux gens d'accéder à un service de triage destiné à les aider. Ils demandent de l'aide, puis le système les oriente soit vers un médecin ou un pair, en fonction de leurs besoins ou de tous ces différents éléments.

Nous devons comprendre... et les gens ont besoin d'être en contact les uns avec les autres, de savoir ce qui se passe et de pouvoir mettre ces mesures en œuvre. C'est là que nos réseaux et notre rayonnement prennent toute leur importance. De plus, notre capacité d'analyser les données factuelles et de comparer différents programmes peut s'avérer très importante.

• (1705)

L'hon. Helena Jaczek: Communiquez-vous ces informations à Santé Canada? Tentez-vous d'une manière ou d'une autre d'indiquer au ministère comment les paiements de transfert aux provinces et aux territoires pourraient être structurés, en formulant des recommandations précises pour répondre aux besoins particuliers de la population que vous servez?

Dr. Alexander Caudarella: Nous avons la chance d'entretenir d'excellentes relations avec Santé Canada, ainsi qu'avec les provinces et les territoires. Ils nous sollicitent régulièrement pour connaître nos recommandations, les données disponibles, les mesures susceptibles de porter leurs fruits dans leur administration et

la manière de les mettre en œuvre. C'est un aspect qui me donne énormément d'espoir.

C'est la même chose avec Santé Canada. Le ministère peut nous demander quelles sont les données disponibles, quelles mesures pourraient fonctionner dans une communauté donnée ou même — vous avez raison — quelles sont certaines des pratiques exemplaires.

Cela ne concerne pas uniquement notre pays. Il y a quelques mois, nous avons signé un accord avec l'Agence de l'Union européenne sur les drogues, car nous souhaitons importer davantage de ces pratiques exemplaires venues du monde entier afin que les gens puissent disposer d'un éventail des meilleures options parmi lesquelles choisir. C'est pourquoi nous participons actuellement à l'élaboration de normes mondiales, non seulement concernant ce qui doit être mis en place dans les soins pédiatriques, mais aussi dans le domaine des troubles concomitants. Certaines personnes sont confrontées à la fois à des problèmes liés à la santé mentale et à la toxicomanie. Quel est l'étalon de référence en matière de soins que nous devrions leur offrir?

Nous participons à bon nombre de ces projets, et nous le faisons souvent en collaboration avec d'autres organisations afin d'en élargir la diffusion. Nous parlions des cardiologues, par exemple. Ce sont eux qui vont diffuser ces informations auprès de tous leurs pairs pour leur expliquer précisément comment nous pouvons améliorer la prise en charge de ce type de patients.

L'hon. Helena Jaczek: Ai-je encore du temps?

La présidente: Il vous reste 42 secondes.

L'hon. Helena Jaczek: Y a-t-il d'autres pratiques exemplaires internationales que vous pourriez nous présenter brièvement?

Dr. Alexander Caudarella: Nous menons de nombreuses actions dans le domaine de la prévention à cet égard, afin d'essayer de mettre en place certaines de ces mesures. Bon nombre des aspects à prendre en compte concernent la réduction de la violence, la manière d'y faire face et la manière d'en atténuer les facteurs...

Une question préalable avait déjà été posée au sujet de la stigmatisation. Comment éviter de se montrer trop permissif face à la toxicomanie? Dans le même temps, il faut veiller à ce qu'aucune personne consommant des drogues ne soit victime de stigmatisation. Il s'agit de faire en sorte que les individus ne soient pas stigmatisés, mais, au niveau de la population, nous nous efforçons de réduire l'ampleur des habitudes de consommation qui posent problème.

C'est une question qui a beaucoup préoccupé d'autres pays. Ils ont essayé différentes approches et différentes stratégies de communication. Par exemple, nous collaborons avec certaines organisations internationales qui souhaitent s'adresser aux personnes vivant au Canada dont l'anglais n'est pas la langue maternelle, afin de leur apporter un soutien adapté à leur culture. Je pense que cela va déboucher sur de nombreuses initiatives très intéressantes.

La présidente: Merci, docteur Caudarella.

Je cède maintenant la parole à M. Blanchette-Joncas pour deux minutes et demie.

[Français]

Maxime Blanchette-Joncas: Merci, madame la présidente.

Docteur Caudarella, dans votre organisation, quels résultats concrets pouvez-vous démontrer en ce qui concerne la réduction réelle des dépendances?

Dr. Alexander Caudarella: On parle beaucoup des opiacés, mais, en ce qui concerne l'alcool, on ne peut pas ignorer l'impact que ce travail a eu, et pas seulement sur des gens qui ont une dépendance. On voit le nombre réduire de ce côté, mais on sait aussi que la majorité des cas de cancer touchent des personnes qui n'ont pas de dépendance. C'est pour ça qu'on veut voir des réductions dans toute la population.

Par ailleurs, on a récemment fait une étude pour essayer de déterminer à quels endroits au pays il y avait eu une réduction du nombre de décès liés aux opiacés et aux stimulants et d'en expliquer la raison.

• (1710)

Maxime Blanchette-Joncas: J'essaie de comprendre comment vous mesurez les effets réels de vos actions sur le terrain. Quels sont vos indicateurs de performance?

Dr. Alexander Caudarella: Nous en avons plusieurs. Nous avons un système et un service chez nous qui mesurent exactement ça.

Nous n'interagissons pas directement avec des clients, alors c'est pour ça que nous voulons voir si les gens sont en train d'utiliser ce que nous faisons, mais aussi si la vie des patients s'améliore. Une chose qui est malheureuse dans ce pays et qui explique pourquoi nous multiplions les efforts vers les soins basés sur les mesures, c'est que, dans la majorité des cas, on ne peut pas dire si les personnes sont en train de s'améliorer ou non. C'est donc une réponse que nous avons présentement, non seulement pour aider les systèmes de santé, mais aussi pour aider à trouver des mesures de chaque province et territoire peut utiliser pour essayer de voir ça.

Maxime Blanchette-Joncas: Selon ce que vous venez de mentionner, pour la majorité des gens, vous ne savez pas si la situation s'améliore ou si elle empire. Donc, vous n'avez pas nécessairement des données assez solides pour affirmer que les politiques actuelles fonctionnent.

Dr. Alexander Caudarella: Un des outils que nous avons, par exemple, ce sont les compétences pour les intervenants. Nous pouvons démontrer que le niveau d'aide provenant d'un site qui a travaillé avec nous s'est amélioré.

Maxime Blanchette-Joncas: Est-ce que les résultats sont à la hauteur de la crise des opioïdes, selon vous?

Dr. Alexander Caudarella: Les opioïdes, c'est compliqué. C'est pour ça que nous voulons aussi voir une réduction des coûts et des conséquences économiques dans les secteurs auprès desquels nous travaillons.

[Traduction]

La présidente: Merci.

Madame Konanz, vous disposez de cinq minutes.

Helena Konanz: J'ai une question à poser à M. Arao.

Vous aviez déclaré à CBC News en 2016 que le nombre de surdoses que vous constatiez alors à Vancouver était excessivement élevé. Comme vous le savez, ce nombre est encore plus élevé aujourd'hui à Vancouver, ainsi que dans l'ensemble de la province, et le nombre de décès par surdose est nettement plus élevé qu'en 2016. Si les surdoses étaient déjà excessivement élevées à l'époque, comment les qualifieriez-vous aujourd'hui?

Neil Arao: Merci de votre question.

En 2016, je codirigeais InSite, l'un des premiers lieux d'injection supervisée agréés en Amérique du Nord. Nous avons commencé à constater que ces chiffres grimpaient en flèche.

Depuis lors, comme vous venez de le dire, ces chiffres n'ont cessé d'augmenter, presque de manière exponentielle. C'est vraiment sans précédent. Je ne pense pas pouvoir résumer cela en un seul mot qui rendrait compte de l'ampleur de cette augmentation.

Helena Konanz: C'est bouleversant.

Monsieur Arao, le nombre de sites de consommation supervisée en Colombie-Britannique a augmenté de manière exponentielle au cours de la dernière décennie, tout comme le nombre de décès par surdose. Voyez-vous un lien entre ces deux augmentations: davantage de sites et davantage de surdoses?

Neil Arao: Comme l'a dit le Dr Caudarella, le recours aux sites de consommation supervisée constitue en réalité une mesure visant à lutter contre certains de ces risques. Lorsque cette initiative est menée en collaboration avec les communautés qu'elle dessert, les autorités sanitaires et les communautés s'accordent sur la meilleure approche à adopter pour faire face à un grand nombre de surdoses.

Même avec les sites de consommation supervisée, l'objectif principal est de réduire les conséquences globales de la consommation en solitaire ou isolée, ainsi que toutes les surdoses qui y sont rattachées...

Helena Konanz: Cela ne semble pas vraiment fonctionner, n'est-ce pas? Les chiffres le confirment. Nous avons beaucoup parlé de données aujourd'hui. Votre organisation travaille avec des données. Il s'agit là de données très évidentes. Je dirais que ces deux chiffres sont tous deux en hausse: le nombre de décès et celui des lieux de consommation. Pensez-vous qu'il y ait un lien entre les deux?

Neil Arao: Je ne le pense pas, car d'un point de vue factuel, les sites de consommation supervisée ne constituent qu'une intervention parmi d'autres visant à réduire ces risques immédiats et à permettre aux personnes concernées d'accéder réellement à des soins.

Dans ce contexte, le nombre de surdoses dont on parvient à sauver les victimes dans ces lieux reste constamment élevé. Imaginez un peu ce qui se passerait s'ils n'existaient pas: le nombre de décès par surdose serait encore plus élevé.

• (1715)

Helena Konanz: On pourrait penser qu'il y en aurait encore plus en effet.

On a beaucoup parlé aujourd'hui de la continuité des soins. On a affirmé que la distribution de drogues dans les lieux de consommation s'inscrit dans le cadre de cette continuité des soins.

J'aurais une question à ce sujet. J'ai beaucoup entendu parler de la nécessité de la continuité des soins, par exemple, mais dans ma communauté, il n'existe aucune possibilité d'assurer cette continuité.

Si une personne se trouve dans un lieu de consommation supervisée et décide, comme vous l'avez dit, d'arrêter de consommer — « Je voudrais arrêter de consommer, et j'ai besoin d'aide; aidez-moi, s'il vous plaît » —, elle n'a nulle part où aller. En fait, un participant à ce système m'a dit que, dans sa communauté, il faudrait attendre deux ans pour obtenir un traitement, et que celui-ci ne serait d'ailleurs pas dispensé dans nos communautés. La personne serait dirigée ailleurs.

Après deux ans... Je suis sûr que vous comprenez ce que cela signifie. Cela pourrait signifier la mort pour certaines personnes. Que pensez-vous de l'ouverture de ces lieux de consommation sans qu'un continuum de soins soit mis en place, en particulier dans les communautés rurales?

Neil Arao: L'un des exemples que je cite souvent est celui d'InSite. Ce qui était vraiment novateur avec InSite, c'est qu'il y avait un programme de traitement et de rétablissement juste à l'étage au-dessus. Il y avait deux entrées, l'une menant à InSite et l'autre menant à l'étage...

Helena Konanz: Que devons-nous faire? Devrions-nous continuer à créer des sites d'injection supervisée, ou quel que soit le nom qu'on leur donne? Devrions-nous continuer à en créer s'il n'existe aucun traitement permettant aux personnes de se sevrer de la drogue, si elles le souhaitent?

Neil Arao: Je partage votre avis selon lequel toutes ces différentes mesures doivent être mises en œuvre à une échelle adaptée. Si des centres de réduction des méfaits ou des sites de consommation supervisée sont mis en place, il faut également garantir l'accessibilité aux traitements. Mettre en place des mesures en isolement ou hors contexte ne permettra pas de résoudre le problème.

Helena Konanz: Peut-être devrions-nous attendre avant de créer de nouveaux lieux de consommation, le temps de mettre en place le système et d'établir la continuité des soins. Mettons d'abord en place la continuité des soins avant de créer d'autres lieux de consommation. Je crois que c'est ce que vous voulez dire.

La présidente: Merci beaucoup. Nous avons largement dépassé le temps imparti pour ce point.

Je cède la parole à Mme Sidhu pour cinq minutes.

Sonia Sidhu: Merci, madame la présidente. Ma question s'adresse au Dr Caudarella.

Le projet de loi S-5, la « Loi visant un système de soins de santé connecté au Canada », vise à améliorer le partage sécurisé des données au sein de notre système de santé. Dans quelle mesure est-il important de disposer de données actualisées et interconnectées pour faire face à la crise des surdoses? Comment cela peut-il aider les professionnels de première ligne à sauver des vies?

Dr. Alexander Caudarella: Permettez-moi de revenir très brièvement sur l'un des commentaires que nous venons d'entendre. Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, le CCDUS, est là pour travailler avec vos collectivités. Si vous entendez des remarques de la part de vos voisins ou d'autres résidents de votre circonscription, nous vous incitons à venir nous rencontrer pour voir si l'hôpital, l'université, les cliniques et les fournisseurs de soins de votre région peuvent être intégrés à certaines de nos initiatives dans le but d'améliorer les soins qui y sont offerts. Je vous encourage vivement à communiquer avec nous pour que nous trouvions une façon de vous aider à répondre aux besoins de la communauté.

Pour répondre à votre question, vous avez entendu le Dr Francescotti dire qu'en ce moment, il arrive souvent que des patients ne soient pas traités sur place ni dirigés vers des services de santé. Dans ce pays, les soins que vous recevez dépendent souvent de l'endroit où vous vivez, du genre de personne que vous êtes, de votre situation personnelle et des intervenants que vous rencontrez. Je pense que l'empressement à vouloir régler les problèmes très rapidement a suscité une certaine méfiance à l'égard de la collaboration, chaque intervenant souhaitant devenir le héros. C'est pour cela

que nous avons parfois négligé d'assurer un continuum de soins ou de les connecter efficacement.

Voilà pourquoi une organisation comme la nôtre peut jouer un rôle essentiel en établissant un lien entre tous ces éléments. Certains services sont financés par le gouvernement fédéral, d'autres par le gouvernement provincial et d'autres par la municipalité. Au niveau provincial, les fonds proviennent parfois de différents ministères. Comment connecter toutes ces instances? Il est clair que le fait de partager plus de données, d'aider les intervenants à comprendre clairement ce qui se passe et à voir si les patients vont mieux ou pas les incite à s'impliquer dans le processus.

Ce qui fait le plus défaut, ce sont les données communautaires. C'est justement ce que nous voulons changer. Pour mobiliser les intervenants des différents secteurs, il faut les aider à comprendre. Je vais vous donner un exemple. Dans le cadre de l'une de nos activités en milieu de travail, nous avons pu constater, après avoir interrogé plus de 1 300 personnes, que de nombreux gestionnaires affectés à des postes essentiels pour la sécurité affichaient des taux d'utilisation des données plus élevés que les employés.

Nous devons trouver le moyen de leur fournir des données sur ce qui se passe, non pas sur un ton de reproche, mais d'une manière qui les aidera à réagir en conséquence. De nombreux maires de petites villes nous disent: « Dites-moi ce qui se passe dans ma ville afin que je puisse corriger la situation efficacement et fournir les ressources nécessaires. »

Oui, les données doivent être partagées à la grandeur du secteur de la santé, mais elles doivent également circuler de manière plus fluide dans les secteurs de la santé et des forces de l'ordre, de même qu'entre les différents ministères et ordres de gouvernement.

• (1720)

Sonia Sidhu: J'ai une question complémentaire à ce sujet. Vous avez fait remarquer que nous constatons de réels progrès quand tous les paliers de gouvernement travaillent ensemble. Vous avez cité l'exemple de la lutte contre l'alcoolisme.

Pouvez-vous nous parler de l'importance de la collaboration? Vous en avez glissé un mot il y a un instant. Avez-vous des exemples à nous donner de cas où les gouvernements ont conjugué leurs efforts pour améliorer les résultats dans le domaine de la toxicomanie? Avez-vous des exemples de cela?

Dr. Alexander Caudarella: C'est une excellente question. Nous l'avons constaté. Les exemples ne manquent pas.

À Terre-Neuve-et-Labrador, nous avons vu une solide collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et municipaux pour lutter contre l'alcoolisme. Les gouvernements s'efforcent de trouver des moyens de diffuser l'information aux citoyens le plus rapidement possible afin que les messages de santé publique concordent avec ceux transmis par les cabinets de médecins locaux et par d'autres sources. L'idée est souvent de leur faire entendre le même message encore et encore.

Timmins est un autre exemple de réussite, comme je l'ai déjà mentionné. C'est un excellent exemple de collaboration efficace entre les trois paliers de gouvernement. Il suffit souvent qu'un influent chef de file local soit disposé à coordonner toutes les activités.

D'autres initiatives remarquables ont été lancées à Victoria, où les autorités provinciales ont créé d'intéressants partenariats avec des services municipaux de santé publique et de police dans le but de trouver des moyens de travailler de concert. Toutes ces initiatives sont prometteuses. En matière de sécurité et de santé publiques, il ne faut pas avoir peur de travailler ensemble. Nous devons certes faire un examen prudent de certains cas et en réduire les effets, mais il n'y a aucune crainte à y avoir.

La présidente: Je vous remercie, votre temps est écoulé.

Je vous signale que nous sommes censés utiliser les deux heures qui nous ont été imparties. Comme la réunion se terminera à 17 h 45, cela nous laisse 20 à 25 minutes pour une dernière série de questions, si vous le souhaitez.

J'aimerais rectifier une information aux fins du compte rendu. Le nombre de décès par surdose en Colombie-Britannique et au Canada est en nette baisse. Depuis juillet 2024, les décès dus à une surdose d'opioïdes ont diminué de 22 % et ceux causés par une intoxication à des stimulants, de 38 %. Je veux simplement préciser qu'en fait, le nombre de décès est en baisse à certains de ces sites.

Je vous remercie.

Dan Mazier: Madame la présidente, puisque vous avez soulevé la question, si le taux de décès a reculé de 22 %, combien y a-t-il de décès par jour?

La présidente: Je n'ai pas cette information sous la main, monsieur Mazier, mais je sais que ce nombre est en baisse. C'est ce qu'indiquent les rapports de 2024 et de 2025, et les médecins légistes de plusieurs provinces ont confirmé cette tendance la baisse.

Dan Mazier: Vous n'avez pas les chiffres. Pouvez-vous les obtenir?

La présidente: Nous devrions peut-être nous demander à quoi est attribuable cette baisse?

Dan Mazier: Si vous pouvez obtenir ce chiffre et le transmettre aux membres du Comité, nous vous en serions reconnaissants.

La présidente: Vous pouvez compter sur moi.

Roman Baber: Puis-je demander à la présidente pourquoi elle a décidé de faire le suivi de ces données à partir de 2024, et non pas à partir de...

Maggie Chi: J'invoque le Règlement.

Roman Baber: ... 2025, 2015 ou 2019. Pourquoi commencer en 2024?

La présidente: Monsieur Barber, j'ai commencé en 2024 parce que c'est à ce moment-là que le nombre de décès a commencé à baisser. Auparavant, il était en hausse. Le nombre de décès diminue depuis 2024. C'est la seule raison qui m'a incitée à choisir l'année 2024.

Helena Konanz: Madame la présidente, croyez-vous que les sites de consommation supervisée donnent de bons résultats en Colombie-Britannique?

La présidente: Je ne suis pas ici en qualité de témoin, mais j'aimerais répondre à cette question.

Quand nous avons accueilli la ministre et ses fonctionnaires ici, si vous vous souvenez bien, j'ai demandé combien de décès par surdose avaient été recensés depuis l'ouverture de ces sites de consommation supervisée, et on m'a répondu qu'il n'y en avait eu aucun.

Je vous remercie.

Monsieur Strauss, vous disposez de cinq minutes, allez-y.

• (1725)

Matt Strauss: Je vous remercie, madame la présidente.

Docteur Caudarella, il va sans dire que vous témoignez avec une grande expertise et beaucoup d'enthousiasme, et je vous en remercie. Vous semblez très déterminé à réduire les méfaits liés à la consommation de substances et aux dépendances.

Vous avez eu un échange avec mon collègue, M. Blanchette-Joncas, au sujet du financement et des budgets. Votre budget est d'environ 11,5 millions de dollars. Vous pourriez faire davantage si vous aviez plus d'argent.

Si le gouvernement fédéral vous versait 250 millions de dollars, combien de vies votre organisation pourrait-elle sauver grâce à ce montant? Combien d'organismes pourriez-vous aider? Je suis certain que vous n'avez pas une grande latitude pour élargir votre champ d'activité. Quel serait un bon rendement des investissements? Quel serait le coût de chaque vie sauvée?

Dr. Alexander Caudarella: Notre secteur doit redoubler d'efforts pour mesurer les rendements sur le capital investi. Il a besoin de plus d'argent, mais nous avons également besoin de dépenser plus judicieusement cet argent. Nous recevons beaucoup d'argent de tous les paliers de gouvernement et, à mon avis, cet argent n'est pas dépensé de manière optimale.

Matt Strauss: Pouvez-vous me donner une estimation rapide? Si nous décidions de vous verser 2 millions de dollars de plus, combien de vies pourriez-vous sauver?

Dr. Alexander Caudarella: Tous les jours, nous devons refuser les demandes d'aide provenant de collectivités et de groupe de fournisseurs de service. En fait, nous ne leur fermons pas vraiment la porte. Nous collaborons avec eux, mais nous ne sommes pas en mesure de les aider à concrétiser tous leurs projets et à se lancer dans l'action du jour au lendemain. Je pense que cet argent nous permettrait de consacrer plus d'efforts qui...

Matt Strauss: Pouvez-vous faire une estimation du coût et nous transmettre cette information?

Dr. Alexander Caudarella: Bien sûr.

Matt Strauss: J'en serais ravi. Je vous remercie.

Dr. Alexander Caudarella: Ce que je tiens à vous dire — et je pense que c'est important —, c'est que nous devons nous chercher à mieux comprendre ce qui pousse les gens à prendre les décisions qu'ils prennent.

Matt Strauss: À ce sujet, j'ai eu une conversation sur la stigmatisation avec un autre membre du Comité. Vous avez dit vouloir éviter à tout prix que des consommateurs de drogues soient victimes de stigmatisation.

Si je prenais le volant ce soir en état d'ébriété pour rentrer à Kit-chener — c'est à cinq heures de route —, pensez-vous que je serais stigmatisé pour cela?

Dr. Alexander Caudarella: Personne ne devrait être stigmatisé parce qu'il consomme des drogues. Ces personnes ont besoin de soutien. Les êtres humains sont complexes, tout comme leurs comportements. Les consommateurs de drogues ne sont pas forcément de mauvaises personnes. Cela ne veut toutefois pas dire qu'ils ne commettront pas d'actes répréhensibles ou illégaux.

C'est pour cette raison que nous parlons d'autonomie et de capacité décisionnelle. Les gens...

Matt Strauss: Les humains sont des êtres sociables. Si je décide ce soir de ne pas prendre le volant en état d'ébriété pour rentrer chez moi, c'est peut-être pour éviter de décevoir mes parents et mon épouse et de causer du tort à mes enfants. J'éprouverais une honte sociale. Ce sont autant de facteurs qui influent sur ma décision.

Dr. Alexander Caudarella: S'il y a une chose que nous savons au sujet de la prévention, c'est qu'il ne sert à rien de demander aux gens de ne pas consommer de drogues.

Ce qui est efficace, c'est de travailler avec les familles pour définir des attentes réalistes et fixer des limites claires. C'est un ensemble de choses. Il est impératif de bâtir des sociétés saines.

Matt Strauss: En conclusion, vous et votre organisation allez faire en sorte que je ne sois pas stigmatisé si je conduis en état d'ébriété ce soir.

Dr. Alexander Caudarella: Durant des décennies, nous avons été très actifs dans la lutte contre l'alcool au volant. Nous avons notamment collaboré directement avec des services de santé et de police dans le but de réduire ces taux.

Je n'ai jamais dit qu'il ne fallait pas stigmatiser les conducteurs qui commettent des actes répréhensibles. J'ai dit qu'il ne fallait pas stigmatiser les personnes aux prises avec des problèmes de santé. C'est très différent. Cette règle s'applique notamment aux personnes touchées par un trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale dont le développement cognitif a été affecté par ce qu'elles ont vécu. Cela ne signifie pas qu'il ne faut pas punir une personne qui commet un crime ou porte atteinte à autrui.

Nous devons chercher à comprendre ce qui pousse des gens à agir comme ils le font. Nous ne...

Matt Strauss: La stigmatisation fait partie du processus. Toute société humaine a ses tabous, ses préjugés et ses coutumes entourant la honte et le pardon. À mes yeux, il semblerait qu'ici, en Occident, nous sommes en train d'effacer tout cela. Nous nous débarrassons des tabous. Nous nous débarrassons des préjugés, comme s'il s'agissait d'une prérogative du gouvernement fédéral. Cela semble insensé.

Dr. Alexander Caudarella: Ce que je ne cesse de répéter, et j'y crois, c'est que nous voulons réduire le volume de substances consommées, parce que cela entraîne une réduction de la consommation au niveau de la société. S'agit-il d'un changement culturel? Est-ce grâce aux normes culturelles? Tout à fait, donc...

Matt Strauss: Vous n'êtes donc pas en désaccord avec moi.

Je vais céder le reste de mon temps de parole à mon collègue, M. Baber.

• (1730)

La présidente: Vous pouvez donner du temps à M. Baber, mais il n'aura que 12 secondes. S'il souhaite profiter de ce court laps de temps, je vais l'interrompre au moment opportun.

Allez-y, monsieur Baber, vous avez 12 secondes.

Roman Baber: Monsieur, si un enfant trouve une seringue d'injection de drogues usagée à proximité ou dans un terrain de jeu, est-ce sécuritaire? Oui ou non?

Dr. Alexander Caudarella: La réponse est évidemment non, de la même manière que...

La présidente: Merci beaucoup, vous avez répondu à la question.

Nous poursuivons, parce que nous avons dépassé de 14 secondes le temps alloué.

Je vous avais prévenu, monsieur Baber, que vous n'aviez pas beaucoup de temps. Je ne peux pas autoriser un député à dépasser le temps imparti. Nous l'avons dépassé de 14 secondes. Je vous remercie.

Roman Baber: Vous aviez dit qu'il restait 25 secondes au total.

La présidente: Je vous les ai accordées. Vous n'avez pas idée comme le temps passe vite. Je suis désolée.

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

Maggie Chi: Comme notre échange a été interrompu faute de temps, j'aimerais revenir à M. Elliot pour lui permettre de terminer ce qu'il avait commencé à dire.

Scott Elliott: Je vous remercie.

Si nous examinons les possibilités et les solutions qui fonctionnent à divers endroits du pays, nous constatons que dans bien ces cas, elles émanent d'organismes de première ligne. Nous faisons la promotion de nombreuses initiatives gouvernementales; d'excellentes idées sont proposées. Le problème, je le répète, c'est que les solutions pour ce segment de la population sont très locales, étant donné que chaque collectivité a son propre mode de fonctionnement. Au cours des huit dernières années, nous avons travaillé avec près de 500 organismes à travers le pays afin de les mettre en relation avec certains des services proposés. Il existe de nombreuses solutions.

L'un des problèmes, je le répète, c'est le cloisonnement du financement au niveau politique. Il y a aussi un problème lié aux champs de compétence. La stigmatisation pose un problème dans la mesure où, si une personne n'a pas la possibilité de parler de son problème, elle ne réussira jamais à le surmonter.

Maggie Chi: Merci beaucoup.

Ma prochaine question est pour Mme Russell-Csanyi.

D'après ce que j'ai lu, vous travaillez auprès des jeunes, n'est-ce pas?

Susan Russell-Csanyi: Je ne travaille pas sur le terrain avec des jeunes, mais j'ai déjà travaillé en première ligne dans le passé. Je travaille maintenant à titre de consultante dans le cadre d'un vaste projet de recherche sur les normes nationales en matière de protection de l'enfance.

Maggie Chi: Selon vous, dans quelle mesure votre travail et vos recherches ont-ils aidé le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, ou CCDUS, à formuler certaines des recommandations évoquées par Dr Caudarella? Nous observons une tendance chez les jeunes, et j'aimerais connaître votre point de vue et savoir quelles sont les prochaines étapes que vous jugez utiles.

Susan Russell-Csanyi: D'après mon expérience, mon travail a permis de mettre en évidence l'intersectionnalité et la nature de la consommation de substances ainsi que les systèmes interreliés qui la façonnent, ainsi que de promouvoir l'adoption de la norme d'excellence, dont mes collègues ont parlé avec tant d'éloquence aujourd'hui, sur laquelle le CCDUS est en train de travailler. Il s'agit d'une norme fondée sur des données factuelles inclusives et notre travail doit être défini par rapport à la communauté. Nous devons répondre aux besoins de la communauté.

Mon travail sur le terrain et en matière d'élaboration de politique et de promotion de solutions, de même que mon expérience personnelle, ont mis en évidence chacun de ces aspects. Quant à mon travail au CCDUS, mon but est d'améliorer la vie des consommateurs de substances au Canada et de m'assurer que les collectivités sont plus sécuritaires pour tout le monde. Je comprends mieux comment cela se traduit au quotidien grâce à mon expérience personnelle et aux intersectionnalités qui existent.

Maggie Chi: Excellent. Merci beaucoup.

Je pense avoir le temps pour une dernière question.

La présidente: Il vous reste une minute et 35 secondes.

Maggie Chi: Merci. Le temps passe tellement vite.

Docteur Caudarella, des intervenants autour de la table ont tenté, je tiens à le dire, de simplifier exagérément le lien entre la dépendance et la santé mentale.

Voici ma question. Quels sont les risques posés par l'application d'une solution universelle et la simplification excessive de la situation? Pouvez-vous nous en parler?

Dr. Alexander Caudarella: Quand nous simplifions un problème de manière excessive, les patients se démobilisent, parce que, non seulement, nous rivalisons pour leur offrir la meilleure solution, mais nous les induisons également en erreur quant aux dangers potentiels qui peuvent survenir. Les patients n'obtiennent pas ce à quoi ils s'attendaient. Ils se désintéressent donc et restent pris avec leur problème.

Permettez-moi de rappeler aux membres du Comité qu'il y a 38 ans, le Comité permanent de la santé, composé de représentants de tous les partis, a recommandé la mise en œuvre d'une vingtaine de mesures, si ma mémoire est bonne. Le milieu médical est fermement convaincu que la mise en œuvre efficace de 95 % des mesures que nous avons approuvées dans ce domaine pourrait changer la donne.

L'un des défis que je lance aux parlementaires, c'est de trouver une façon de recréer un contexte au sein duquel un problème d'une telle importance pourrait être traité sans partisanerie, dans l'ensemble des paliers de gouvernement. Des personnes meurent. Il est donc important d'être honnêtes face à cette situation, face aux risques, tout en continuant à évoluer, à grandir et à adapter nos approches de travail.

Nous connaissons les solutions. Nous savons ce que nous devons faire pour inverser la tendance et sauver des milliers de vies du jour au lendemain. Pour cela, il nous suffit d'adopter une approche stratégique et collaborative. Nous devons cesser de supprimer ce qui ne fonctionne pas parfaitement et nous concentrer sur les solutions qui ont un potentiel élevé de réussite.

• (1735)

La présidente: Il vous reste 35 secondes, madame Chi.

Maggie Chi: Merci beaucoup.

Vous venez de soulever un point très pertinent. Comment intervenir avec agilité et souplesse. Si une approche ne fonctionne pas, nous devons... Nous parlons de vies humaines. Nous devons changer d'approche et essayer différentes solutions.

Nous avons entendu dire que les sites de consommation supervisée n'orientent pas leurs clients vers des services. Est-ce que cela

correspond à votre expérience? Est-ce que c'est ce que vous avez constaté?

Dr. Alexander Caudarella: J'ai des clients qui ont cessé...

La présidente: Je vous remercie.

Je suis désolée, madame Chi. Je vous ai accordé près de 50 secondes, soit presque une minute de plus. C'est ma faute; je ne portais pas attention. Vous pouvez me jeter la pierre pour cela. Très bien, poursuivons.

Monsieur Blanchette-Joncas, vous disposez de deux minutes et demie. Allez-y.

[Français]

Maxime Blanchette-Joncas: Merci beaucoup, madame la présidente.

Monsieur Caudarella, vous avez parlé de la nécessité d'être stratégique et de faire preuve de collaboration. Est-ce qu'on peut vraiment prétendre lutter contre la crise des opioïdes, l'une des plus graves crises de santé publique de notre histoire, tout en ralentissant la croissance des transferts fédéraux en santé? Est-ce que c'est être stratégique et faire preuve de collaboration?

Dr. Alexander Caudarella: Je dirais, encore une fois, que je ne suis pas un représentant du gouvernement du Canada. Cependant, il y a quand même de la résistance, même lorsqu'il s'agit d'avoir des paiements de transfert réservés à la santé mentale ou à la réduction de l'usage de substances. Selon mon opinion, il faudrait passer beaucoup moins de temps à discuter pour déterminer qui va avoir plus d'argent et beaucoup plus de temps à discuter pour savoir comment on va améliorer la reddition de comptes quant à la manière dont cet argent est dépensé.

Maxime Blanchette-Joncas: Cependant, vous êtes d'accord, en tant qu'expert, que la prévention coûte beaucoup moins cher que le traitement.

Dr. Alexander Caudarella: Absolument. La prévention est critique. Ce qui me donne de l'espoir, c'est que les communautés veulent maintenant se rallier à des mesures de prévention.

Maxime Blanchette-Joncas: Alors, comment est-ce qu'on fait pour faire plus de prévention si on n'en a pas les moyens? Comme vous le savez, les transferts actuels en santé vont diminuer. Les coûts des systèmes de santé, par exemple celui du Québec, vont être plus élevés que les transferts. Alors, il va falloir faire des coupes quelque part. Comment est-ce qu'on fait pour lutter contre des crises majeures de santé publique quand on n'en a même pas les moyens?

Dr. Alexander Caudarella: Je suis médecin, alors je ne pourrais d'aucune façon vous dire que je veux moins d'argent dans le domaine de la santé. Cependant, je peux vous dire une chose.

[Traduction]

Nous avons un problème de ressources, pas de capacité.

[Français]

Il y a 90 % des personnes dans le domaine de la santé qui ne travaillent pas à aider des personnes qui utilisent des drogues ou de l'alcool. On doit les impliquer de plus en plus. Ce serait bien si on avait 10 000 ou 20 000 médecins de plus dans ce pays, c'est certain. Cependant, j'aimerais que les 30 000 médecins de famille, comme moi, travaillent dans ce domaine au moins une partie de leur temps.

Maxime Blanchette-Joncas: Merci beaucoup de votre réponse.

Madame la présidente, je veux simplement vous informer que je vais proposer la motion suivante, qui a été déposée dernièrement:

Que, compte tenu des nominations par décret renvoyées au Comité les 9 mars 2026 et 26 mars 2026, respectivement pour le poste d'administrateur en chef de la santé publique du Canada et celui de président de l'Agence canadienne d'inspection des aliments, le Comité invite :

Harpreet Singh, président de l'Agence canadienne d'inspection des aliments; et
Joss Reimer, administratrice en chef de la santé publique du Canada;
à comparaître chacun pendant une heure afin de discuter de leur mandat dans les deux semaines suivant l'adoption de cette motion, et que le Comité utilise des ressources supplémentaires si nécessaire pour respecter l'échéance.

Et que le Comité demande à la ministre de la Santé de lui faire parvenir dans un délai de cinq jours suivant l'adoption de cette motion la liste complète des membres du Groupe de travail sur le secteur des produits pharmaceutiques et des sciences de la vie.

● (1740)

[Traduction]

La présidente: Comme vous le savez, monsieur Blanchette-Joncas, nous n'avons pas reçu de préavis de 48 heures. Vous déposez cette motion aujourd'hui, mais elle ne sera pas débattue. Elle le sera dans le cadre d'une prochaine réunion parce que nous n'avons pas reçu de préavis de 48 heures.

Dan Mazier: Cette motion se rapporte au sujet qui est à l'ordre du jour, étant donné que nous avons convoqué des responsables qui ont été nommés à ce centre. Il y a un lien, nous pouvons donc l'examiner.

La présidente: Contrairement à vous, je ne pense pas que cela se rapporte au sujet du jour. Cela dépasse la portée de notre débat, mais si le Comité souhaite aller de l'avant, allons-y. Je me sens très généreuse aujourd'hui.

Nous vous écoutons, madame Chi.

Maggie Chi: Je n'ai pas le libellé. J'ai activé l'interprétation trop tard. Pouvons-nous faire une pause pour que nous puissions examiner le libellé? J'ai besoin d'en prendre connaissance.

La présidente: D'accord, nous allons suspendre la séance.

● (1740)

(Pause)

● (1744)

La présidente: Nous reprenons la séance.

Je demande le consentement unanime du Comité pour examiner la motion de M. Blanchette-Joncas étant donné que nous n'avons pas reçu de préavis de 48 heures et que la motion porte sur un sujet

totallement différent. Elle n'a rien à voir avec l'alimentation et la santé publique. Elle ne porte pas sur le sujet que le Comité devait examiner.

Le Comité consent-il à l'unanimité au dépôt de cette motion? Quelqu'un est d'accord?

Maggie Chi: Oui, nous donnons notre consentement unanime.

Si vous le souhaitez, vous obtiendrez aussi le consentement unanime de lever la séance?

La présidente: Nous n'avons pas demandé la levée de la séance. Je demande d'abord s'il y a consentement unanime pour que M. Blanchette-Joncas dépose sa motion.

Proposez-vous que la séance soit levée?

Dan Mazier: La motion sera adoptée, n'est-ce pas?

Nous allons adopter la motion aujourd'hui.

● (1745)

La présidente: Nous sommes saisis d'une motion visant la levée de la séance. Comme vous le savez, cette motion n'est pas sujette à débat.

Avez-vous parlé de lever la séance ou d'adopter la motion?

Maggie Chi: J'ai d'abord parlé d'adopter la motion, puis de lever la séance.

La présidente: Vous ne souhaitez pas débattre de la motion. Vous voulez l'adopter.

Maggie Chi: Oui, par consentement unanime.

La présidente: Très bien, nous n'allons même pas en débattre. C'est fantastique. Bravo, la chance sourit à M. Blanchette-Joncas aujourd'hui.

Quelqu'un là-haut vous sourit. Nous adoptons votre motion sans débat.

C'est fantastique. Je vous remercie.

(La motion est adoptée.)

La présidente: Quelqu'un a-t-il demandé la levée de la séance?

Maggie Chi: Oui.

La présidente: D'accord. La séance est levée.

Je vous remercie.

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>