CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

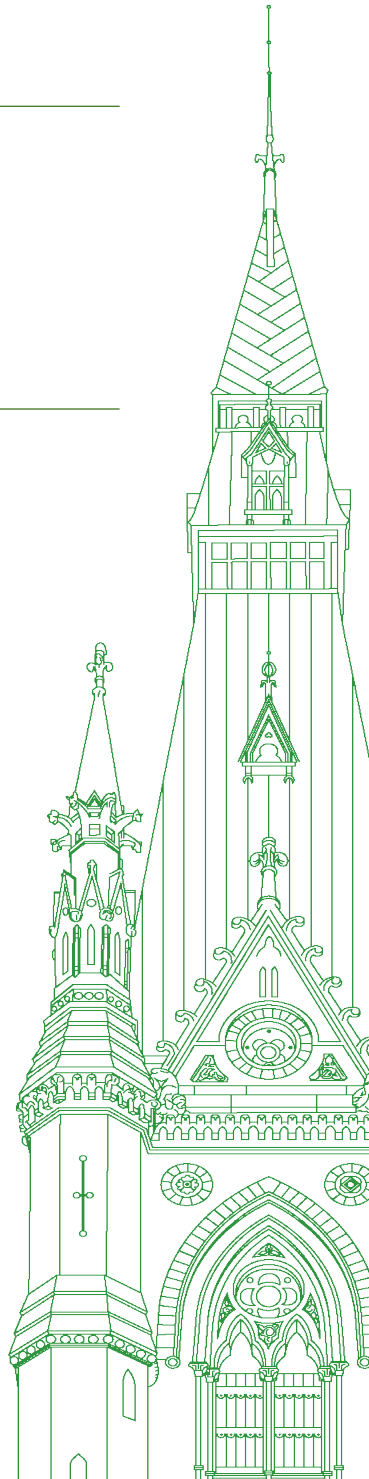
45e LÉGISLATURE, 1re SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 038

Le mercredi 21 octobre 2026



Président : Sukh Dhaliwal

Comité permanent de la santé

Le mercredi 21 octobre 2026

● (1635)

[*Traduction*]

Le président (Sukh Dhaliwal (Surrey Newton, Lib.)): La séance est ouverte.

Bienvenue à la 38e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

La réunion d'aujourd'hui se déroule en mode hybride, conformément au Règlement.

Je rappelle aux participants les points que voici. D'abord, avant de prendre la parole, attendez que je vous désigne nommément. Ceux qui participent à la réunion par vidéoconférence activent leur microphone en cliquant sur l'icône prévue et le désactivent lorsqu'ils ne parlent pas. On peut choisir, au bas de l'écran, la langue de son choix: l'anglais, le français ou le parquet.

Les membres présents dans la salle demandent la parole en levant la main. Ceux qui participent par Zoom utilisent la fonction « main levée ».

Je rappelle que toutes les interventions sont adressées à la présidence. La greffière et moi allons gérer l'ordre des interventions de notre mieux. Merci de votre patience et de votre compréhension à cet égard.

Avant d'aller plus loin, car j'ai toujours tendance à l'oublier, je remercie la greffière, les analystes, les interprètes — bien sûr —, le personnel technique, le personnel de soutien, ainsi que le personnel de soutien des bureaux des députés pour le travail qu'ils accomplissent dans l'ombre pour assurer le bon fonctionnement du Comité.

Passons à l'objet de nos délibérations.

Doug Eyolfson (Winnipeg-Ouest, Lib.): Monsieur le président, j'invoque le Règlement.

Monsieur le président, au cours de la première série de questions adressées au député Blaine Calkins lors de la réunion du 7 octobre, j'ai dit: « Pour les personnes qui prennent de la warfarine, substance de la famille d'anticoagulants qui préviennent les accidents cardiovasculaires et certains problèmes de santé, la vitamine D peut diminuer l'effet du traitement et accroître les risques d'accident cardiovasculaire. En fait, dans le cadre de ma pratique de la médecine, je présente la vitamine D comme un traitement de choix pour les personnes dont le sang est trop dilué en raison d'une dose trop élevée de warfarine. »

J'ai dit par erreur « vitamine D » alors que j'aurais dû parler de la « vitamine K ». Je tiens à rectifier officiellement mes propos.

Le président: Ai-je le consentement unanime?

Des députés: D'accord.

Doug Eyolfson: Merci, monsieur le président. Je transmettrai à la greffière une copie de ce paragraphe ainsi que les modifications à y apporter.

Le président: Merci.

Doug Eyolfson: Merci beaucoup, et je remercie tous les membres de leur empressement.

Le président: Merci, monsieur Eyolfson.

Conformément à la motion adoptée le mardi 23 septembre 2025, le Comité reprend son étude de l'épidémie d'opioïdes et de la crise des drogues toxiques au Canada.

Je souhaite maintenant la bienvenue aux témoins de la première heure.

Nous accueillons le Dr Azar, qui comparaît par vidéoconférence et intervient à titre personnel. Docteur Azar, bienvenue à la réunion.

Nous accueillons également le Dr Kaiser, directeur médical adjoint de la Direction régionale de santé publique de Montréal. Docteur Kaiser, bienvenue au Comité.

Je rappelle aux témoins que les membres du Comité peuvent poser des questions en français ou en anglais. Si vous avez besoin du service d'interprétation, veuillez prendre un instant dès maintenant pour régler votre oreillette et sélectionner tout de suite le canal dont vous avez besoin, afin que nous puissions profiter pleinement de la période réservée aux questions et réponses.

Je demande aux témoins de bien vouloir rester attentifs au député qui pose la question. Dès que le député lève la main, le témoin doit s'interrompre, car il s'agit du temps de parole du député. Je ne veux pas avoir à intervenir, et nous voulons que tout se déroule bien pour faciliter la tâche des interprètes.

Chacune des organisations a donc cinq minutes pour faire son exposé liminaire. Le Dr Azar a la parole.

Docteur Azar, vous avez cinq minutes. Allez-y, je vous en prie.

Pouya Azar (médecin, à titre personnel): Merci beaucoup de m'avoir invité et de me donner l'occasion de m'adresser au Comité.

Je m'appelle Pouya Azar. Je suis clinicien-chercheur spécialisé en psychiatrie de la dépendance et en traitement de la douleur; je partage donc mon temps entre la pratique clinique et la recherche. Sur le plan clinique, je travaille au service des urgences, où je prends en charge des patients qui éprouvent des douleurs et ont des problèmes de dépendance. Je consacre l'autre moitié de mon temps à la recherche comme professeur à l'Université de la Colombie-Britannique. Mon programme porte sur la création d'outils cliniques pratiques pour lutter contre la crise des intoxications aux drogues et, en particulier, affronter les difficultés propres au fentanyl.

Notre société est aux prises avec une crise de surdoses qui entraîne des décès et cause des souffrances visibles dans les rues de tant de villes canadiennes, et nous avons du mal à trouver des solutions.

Je suis là pour vous transmettre un message d'espoir. Mon parcours professionnel m'a permis d'acquérir une vision qui a été influencée par deux périodes très différentes de la médecine des dépendances. J'ai exercé au moment où l'héroïne sévissait, avant que le fentanyl ne se généralise, et j'ai pu constater de mes propres yeux comment le fentanyl a bouleversé la pratique clinique et contribué à une urgence de santé publique. Le fentanyl est très différent de l'héroïne et des opioïdes délivrés sur ordonnance. Il est bien plus puissant que la morphine, et ses effets sur l'organisme diffèrent nettement de ceux de l'héroïne.

À mesure que la consommation de fentanyl s'est répandue, les approches et protocoles thérapeutiques en place ont perdu de leur efficacité pour de nombreux patients. Il était de plus en plus difficile de tirer parti des connaissances acquises. Dans les faits, nous avons buté sur un problème de manque de données à un moment où la drogue tuait de plus en plus de consommateurs. Pour répondre aux besoins sur le plan clinique, j'ai mis en place un programme de recherche axé sur l'élaboration et l'évaluation de protocoles de traitement expressément destinés aux consommateurs de fentanyl.

Notre approche repose sur la pharmacologie et des données scientifiques. Il nous faut des traitements qui tiennent compte des réalités de la consommation de fentanyl et des besoins des patients. Malheureusement, cette approche n'est pas encore systématiquement appliquée dans la pratique clinique en Amérique du Nord. Les lignes directrices actuelles n'ont pas suivi le rythme des changements dans l'offre de drogues ni dans l'observation des pathologies. Nous devons actualiser les traitements et renforcer les données scientifiques sur lesquelles ils se fondent.

Nous ne pouvons pas espérer de meilleurs résultats si nous continuons à appliquer des approches qui ne marchent pas bien chez ceux que nous essayons de traiter. Nous avons bien vu les conséquences que peuvent avoir les politiques et pratiques qui ne tiennent pas suffisamment compte des données. En Colombie-Britannique, la prescription d'opioïdes pharmaceutiques selon les conditions du programme d'approvisionnement plus sécuritaire visait à réduire l'exposition des consommateurs aux drogues illicites.

Mes collègues et moi-même avons exprimé des réserves: cette approche n'était pas suffisamment étayée par la pharmacologie ni par des observations plus étendues sur l'exposition aux opioïdes et à leurs méfaits. Dans notre travail clinique, nous avons également remarqué des problèmes de détournement. Des opioïdes délivrés sur ordonnance se retrouvaient entre les mains de personnes à qui ils ne sont pas destinés, notamment des enfants et des adolescents qui en sont devenus dépendants. Le gouvernement provincial a fini par éliminer la composante du programme permettant la consommation sans témoin.

Je m'empresse de préciser que le recours aux médicaments n'est qu'une première étape. La dépendance est un trouble biopsychosocial. Les médicaments peuvent être essentiels, mais ils ne suffisent pas à eux seuls à traiter la dépendance. Une prise en charge efficace doit également tenir compte de la condition sociale et du milieu des consommateurs, ainsi que des problèmes de santé mentale concomitants. Si nous voulons que le traitement soit efficace, nous devons accompagner le patient en lui proposant l'ensemble des soins et des services nécessaires à son rétablissement.

Je tiens à conclure par un message d'espoir. La consommation d'opioïdes est un problème qui se traite. La guérison est possible. Nous avons mis au point des approches thérapeutiques plus efficaces, spécialement conçues pour les consommateurs de fentanyl, et la poursuite des recherches peut nous aider à les améliorer. Il nous faut des fonds de toute urgence pour continuer à élaborer, à évaluer et à appliquer ces approches thérapeutiques afin de favoriser le rétablissement et de sauver des vies. Une approche fondée sur des données probantes nous offre une réelle possibilité d'atténuer les risques et d'aider les patients qui entament un traitement et persévèrent.

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

● (1640)

Le président: Merci. Vous avez parfaitement respecté les délais.

Nous allons maintenant donner la parole au Dr Kaiser, qui aura cinq minutes. Allez-y, je vous en prie.

[*Français*]

David Kaiser (directeur médical adjoint, Direction régionale de santé publique de Montréal): Bonjour. Je vous remercie de l'invitation à témoigner aujourd'hui.

Vous l'avez vu dans l'avis de convocation, je suis médecin de santé publique, directeur médical adjoint à la Direction régionale de santé publique de Montréal et aussi directeur du programme de résidence, le programme de formation à l'Université McGill, où je travaille à implanter une approche sensible aux traumatismes depuis 2023. J'ai été dans la première ligne de la réponse de santé publique à la COVID-19 et, depuis 2022, je pilote notre bureau des mesures d'urgence en santé publique.

Pour me préparer à cette réunion, j'ai pris connaissance des travaux du Comité menés depuis 2023, ainsi que des interventions des experts et des témoins que vous avez entendus, dont plusieurs de mes collègues respectés qui travaillent en santé publique. Je ferai de mon mieux pour ne pas répéter les propos et les données que vous connaissez et sur lesquels on agit déjà.

Les personnes qui ont témoigné montrent que la crise ne peut pas être résolue par un seul type d'intervention. Plusieurs stratégies doivent coexister et leur mise en œuvre doit être structurée et coordonnée, adaptée à la communauté locale et évaluée. C'est une responsabilité partagée.

J'ai passé les derniers mois à aller à la rencontre des personnes qui organisent, qui utilisent ou qui vivent aux abords des services de consommation supervisée et, plus largement, dans les quartiers de la ville touchés par la crise. Je vais vous présenter quelques éléments que j'en retiens.

D'abord, je vais vous présenter quelques données. Durant la première moitié de l'année 2026, on a vu le carfentanil s'installer à Montréal, et il s'ajoutait à une panoplie d'adultérants déjà présents dans les substances consommées. Il y a de 40 à 50 surdoses signalées dans nos services par semaine, plus de 500 trousses de naloxone distribuées par semaine et, dans les 6 premiers mois, il y a eu 1 000 interventions ambulancières, ce qui est l'équivalent de ce qu'on a eu dans toute l'année 2025. La pression sur les services est intense, elle est soutenue.

Il faut faire face aux décès et on doit être conscient du fait que la souffrance est vaste. Pour préserver la vie, et aussi soutenir le bien-être et la dignité des personnes qui consomment déjà, il faut amplifier l'accès aux services à la hauteur de la crise, et ce, de manière permanente et structurante.

Il n'est pas normal, par exemple à Montréal, qu'on soit en octobre et qu'on attende toujours le financement de base pour les refuges et pour les personnes en situation d'itinérance. Il n'est pas normal que les organismes aient à quêter de l'argent et à remplir plein de paperasse pour renouveler leurs exemptions quand ils pourraient consacrer ce temps à sauver des vies.

La crise est complexe, elle dépasse largement la consommation d'opioïdes, vous le savez, et elle nous demande prévoyance, agilité et une grande capacité d'adaptation aux réalités locales. Pour y répondre, les organismes qui œuvrent en première ligne doivent pouvoir compter sur un financement durable et adapté à leurs besoins, et sur un accompagnement basé sur la confiance. La volatilité du marché des drogues illicites nous oblige aussi à une vigie efficace des signaux faibles et ça, ça demande une mise en commun de données provenant de l'ensemble des paliers gouvernementaux et du terrain.

Il faut aussi amplifier massivement la prévention. Concernant la situation au Québec, je vais vous donner quelques exemples. Un tiers des jeunes qui interagissent avec le système de protection de la jeunesse et près de la moitié de ceux qui séjournent en centre jeunesse se retrouvent à la rue. À Montréal, une personne sur cinq qui décède d'une surdose est en situation d'itinérance. De plus, 13 % — soit une personne sur sept — de nos personnes en situation d'itinérance visible s'identifient comme Autochtones, et une majorité d'entre elles rapportent avoir un problème de consommation de substances.

L'Agence de santé publique du Canada propose d'ailleurs déjà une approche tenant compte des traumatismes et de la violence et ça nécessite des changements dans les pratiques, et aussi dans nos organisations et dans la conception même des systèmes.

La prévention implique de travailler sur l'intersection des crises dans une approche pangouvernementale ou de « santé dans toutes les politiques », qui inclut le droit à un logement adapté aux besoins, l'itinérance, la santé mentale, mais aussi le système d'éducation, le système carcéral et le système de justice. On doit travailler en même temps la prévention et la réponse à la phase aiguë.

En terminant, je souhaite reconnaître le travail réalisé par ce comité. C'est un défi social et collectif. Derrière les décès par surdose, vous le savez, il y a des histoires de vie — vous en avez entendu — des familles et des communautés. Les défis sont complexes et les ressources, limitées.

Nous travaillons tous et toutes fort. L'intention est noble et force est de constater que, pendant qu'on cherche une bonne réponse, la bonne réponse, les décès et la souffrance continuent.

Je vous laisse avec trois éléments pour aller plus loin et répondre aux besoins des personnes qui consomment, et aussi des communautés et de l'ensemble des acteurs: sécuriser le financement et l'autonomisation des ressources communautaires; coordonner et évaluer par des indicateurs cocréés et partagés de façon intersectorielle; et amplifier la recherche ancrée dans les communautés et le partage des apprentissages en continu.

La pandémie nous a montré que nous sommes capables de travailler autrement. On n'a pas attendu d'avoir toutes les réponses avant d'agir sur ce qu'on connaissait. On a réussi à travailler en collaboration et en émergence. Appliquons la même logique à cette crise.

● (1645)

Je vous remercie encore de l'invitation. Ça me fera plaisir de répondre à vos questions.

[*Traduction*]

Le président: Merci beaucoup. Vous terminez juste à temps.

Avant de leur donner la parole, je demande aux députés de préciser à qui s'adresse leur question, le Dr Azar ou le Dr Kaiser. Cela facilitera la tâche des témoins.

Je donne maintenant la parole à Mme Konanz pour six minutes. Allez-y, je vous en prie.

Helena Konanz (Similkameen—Okanagan-Sud—Kootenay-Ouest, PCC): Merci, monsieur le président.

Tout d'abord, merci aux témoins d'avoir pris le temps de venir s'entretenir avec nous d'un des problèmes de santé les plus urgents de notre pays, le drame persistant de la dépendance aux opioïdes et des surdoses. L'ensemble du Canada a été témoin de ces souffrances, et ma propre province, la Colombie-Britannique, s'est retrouvée à l'épicentre de cette crise.

Il n'y a à peu près aucune famille dans ma province qui n'ait perdu un ami ou un proche à cause d'une dépendance aux opioïdes, ou qui ne connaisse quelqu'un qui a perdu un proche à cause d'une overdose. Dans ma province, la crise continue de sévir. Dans les collectivités que je représente, nous voyons encore des gens souffrir et mourir.

Selon les premiers intervenants, les taux de surdoses dans ma propre ville, Penticton, ont augmenté de 500 % au premier trimestre de 2026, par rapport au premier trimestre de 2025. L'administration Interior Health vient de lancer une alerte aux drogues dans toute la région de Kootenay à cause d'une augmentation des surdoses de fentanyl contaminé. La situation ne semble pas s'améliorer.

Le pire, c'est que les personnes touchées ne reçoivent pas de traitement et ne peuvent pas guérir. Si un toxicomane de Colombie-Britannique issu de ces collectivités, de ma circonscription, entrait dans cette salle à l'instant même et réclamait de l'aide, s'il demandait à retrouver sa famille, il pourrait devoir attendre deux ans, à ce qu'on me dit, pour obtenir une place en désintoxication ou un traitement. Et il pourrait devoir se faire traiter loin de chez lui.

Ma première question s'adresse au Dr Azar.

Merci de votre message d'espoir. J'ai interrogé les libéraux sur les mesures mises en œuvre face à la crise des opioïdes. Prenons par exemple le projet pilote de dépénalisation des drogues auquel seule la Colombie-Britannique a participé, cette « grande expérience ». J'ai tenté d'obtenir des réponses claires. Je ne les ai pas eues. J'ai demandé aux responsables de Santé Canada s'ils considéraient que le projet pilote de dépénalisation avait été un succès. Ils m'ont dit que, pour répondre à la question, il faudrait attendre le bilan qui sera dressé au bout de cinq ans.

Docteur Azar, que pensez-vous de l'expérience de dépénalisation menée en Colombie-Britannique? A-t-elle permis de lutter efficacement contre la crise des opioïdes?

● (1650)

Pouya Azar: Je n'ai pas encore pris connaissance des données officielles. Je peux dire en tout cas que le nombre de surdoses ou de décès par surdose ou par intoxication en Colombie-Britannique n'a pas diminué de manière significative par rapport au reste de l'Amérique du Nord. Si la réussite se mesure d'après ce critère, on dirait bien qu'elle n'est pas au rendez-vous.

Cela dit, il faut étudier les données, et il est nécessaire de mener de véritables recherches à partir de ces données pour apporter une réponse solide.

Helena Konanz: Docteur Azar, selon vous, pourquoi faut-il attendre cinq ans avant d'obtenir ces données?

Pouya Azar: Bonne question. Je l'ignore. Je ne sais pas d'où vient ce chiffre. Je ne peux malheureusement pas répondre à votre question.

Helena Konanz: Docteur Azar, vous êtes spécialiste des protocoles de traitement rapide par agonistes opioïdes. Ces protocoles écartent l'approche dite de « l'approvisionnement sécuritaire » au profit de méthodes visant la guérison par des moyens médicaux et de parcours fondés sur l'abstinence. Nous appliquons cette approche dans notre centre de traitement, Discovery House, à Penticton, et elle donne de bons résultats.

Les méthodes de recherche et de traitement par agonistes bénéficient-elles actuellement d'un financement suffisant de la part des gouvernements provinciaux et fédéral?

Pouya Azar: Je peux vous dire que si je dépose aujourd'hui une demande de subvention pour financer mes recherches, il me faudra attendre au moins deux ans avant de toucher des fonds et de pouvoir réaliser cette étude. Nous ne pouvons nous permettre d'attendre aussi longtemps. Le marché des drogues illicites évolue rapidement et change même d'un mois à l'autre. Nous devons donc agir sans tarder.

Notre laboratoire a fait appel à des philanthropes pour se financer, ce qui nous a permis d'avancer très rapidement et de mettre au point des protocoles thérapeutiques qui répondent aux besoins de nos patients dès aujourd'hui.

Pour répondre à votre question, je dirai qu'il nous faut des fonds et vite.

Helena Konanz: Vous convenez que cinq ans, c'est trop long dans cette situation tragique.

Une décision a été rendue récemment en Colombie-Britannique, suspendant les condamnations pour trafic imposées au Drug User Liberation Front. Le juge a estimé qu'il était inconstitutionnel de limiter la distribution d'opioïdes achetés illégalement, stockés incorrectement et vendus illégalement, dès lors que cela n'avait aucun impact négatif sur la collectivité ou la sécurité publique.

Selon vous, le trafic d'opioïdes a-t-il un impact sur les collectivités ou sur la sécurité publique, et aggrave-t-il la crise des drogues qui sévit en Colombie-Britannique?

Pouya Azar: Nos données montrent que plus il circule d'opioïdes dans la société, plus les taux de troubles de consommation d'opioïdes et de décès par surdose ou par intoxication sont élevés.

Face à cette crise, il faut une approche à volets multiples. Il faut notamment faire respecter les lois, mais cette démarche doit s'accompagner de mesures de réduction des méfaits, de traitements, etc. Néanmoins, mes données me disent que plus il y a d'opioïdes en circulation, plus les problèmes de consommation d'opioïdes sont nombreux et plus les décès par surdose le sont aussi.

Le président: Merci beaucoup.

Passons à Mme Jaczek. Six minutes. Je vous en prie.

L'hon. Helena Jaczek (Markham—Stouffville, Lib.): Merci, monsieur le président, et merci encore aux témoins.

Docteur Azar, vous avez décrit les changements que vous avez observés dans la crise des opioïdes: le passage de l'héroïne, qui était la principale cause de dépendance, à la situation actuelle, où les produits contaminés au fentanyl semblent être à l'origine du besoin le plus urgent de traitements efficaces. Merci de nous avoir décrit la situation.

Au fil du temps, nous avons constaté — et il semble que nous possédions des données à ce sujet — que la mortalité due aux opioïdes au Canada a diminué au cours des deux dernières années. Le nombre de décès a baissé de 23 % en 2025 par rapport à 2024, et de 10 % en 2026 par rapport à 2025.

Selon vous, quels facteurs ont contribué à ce recul?

● (1655)

Pouya Azar: Les données dont je suis au courant révèlent que les taux de mortalité par surdose sont en baisse dans toute l'Amérique du Nord. Ils le sont en Colombie-Britannique, au Texas, aux États-Unis et sur la côte Est du Canada. Il n'existe toutefois pas encore de rapport qui décrive de manière concluante les causes de cette évolution. On ne peut sans doute pas l'attribuer à un seul facteur en particulier.

Je soupçonne que cette évolution tient en grande partie à la composition de l'offre de drogues illicites. Nous avons constaté une certaine diminution de la teneur en fentanyl et en analogues du fentanyl. Nous avons remarqué une augmentation des adultérants, tels que les agonistes alpha-2, les benzodiazépines, etc. Les drogues présentes sur le marché sont peut-être moins susceptibles de provoquer des effets secondaires attribuables aux opioïdes, notamment la dépression respiratoire et le décès. Je ne pense pourtant pas que ce soit la seule explication. Il s'agit d'une hypothèse envisageable.

Je tiens à nouveau à souligner qu'il s'agit là d'un phénomène observé dans toute l'Amérique du Nord.

L'hon. Helena Jaczek: Bien sûr, il ne faut pas s'en tenir à la seule question des décès, c'est-à-dire la létalité des produits consommés. Comme le Dr Kaiser l'a dit, il faut également tenir compte des problèmes concomitants.

Docteur Kaiser, peut-être pourriez-vous nous en dire un peu plus sur ce que vous avez observé: l'itinérance, les mesures concrètes que le gouvernement fédéral pourrait prendre pour favoriser la prévention et le traitement des toxicomanes.

David Kaiser: Combien d'heures m'accordez-vous?

En bref, il y a quelques éléments à prendre en considération.

Ainsi, nous pourrions étendre la prévention à toute la durée de la vie. Il existe un lien entre les expériences négatives vécues pendant l'enfance et la consommation de drogues et d'alcool, l'itinérance et les problèmes de santé mentale. Que peut faire le gouvernement fédéral? Les garderies, les soins prénataux et pendant la grossesse et une éducation de qualité sont autant de moyens de prévention. Cela ne porte pas sur un horizon de 50 ans; ce qui est en cause ici, c'est une cohorte qui entrera dans l'adolescence dans 10 ans. Cela me semble vraiment important. Le gouvernement fédéral a un rôle à jouer dans le cadre structurel où les jeunes évoluent.

Deuxième élément, le logement. Il existe un net chevauchement entre la pandémie et l'évolution des stupéfiants proposés sur le marché. J'ai évoqué les statistiques de mortalité, mais on fait des observations analogues chez ceux qui fréquentent nos services de réduction des méfaits. Quand on vit dans la rue, qu'on ne dort pas, qu'on est exposé à la violence, on risque fort de voir s'aggraver ses problèmes de santé mentale et de consommation.

Nous avons assurément besoin de logements adaptés. Nous avons depuis quelques années une Stratégie nationale sur le logement, et il y a eu quelques améliorations, mais nous avons encore besoin d'une augmentation massive du nombre de logements adaptés, notamment des logements à loyer modeste et hors marché, assortis d'un accompagnement en matière de santé mentale et d'un soutien aux toxicomanes. C'est là que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer: définir les critères, établir des indicateurs et accorder des fonds aux provinces.

Le troisième aspect, pour en revenir aux propos du Dr Azar, réside dans notre capacité à utiliser l'ensemble des services que nous avons comme points d'entrée dans le système. Nous incitons les consommateurs de drogues à recourir aux services de réduction des méfaits. Nous les encourageons à se rendre aux urgences. Nous leur permettons d'accéder à des aides au logement. Tout cela devrait s'inscrire dans une même trajectoire. Il faut stabiliser ces personnes, les sortir de la rue et les orienter vers un traitement lorsqu'elles sont prêtes.

L'hon. Helena Jaczek: À propos des moyens de naviguer dans le système, comme vous l'avez dit, il s'agit d'avoir des points d'entrée et de veiller à ce que la personne reçoive ce dont elle a besoin dans les meilleurs délais.

David Kaiser: Je dirais que mon travail de médecin de la santé publique revêt un caractère intersectoriel. Notre façon de travailler au niveau décisionnel a des répercussions sur le travail accompli sur le terrain. Cela peut sembler théorique, mais c'est vraiment important. Si les secteurs des transports, du logement, de la santé, de l'éducation et de la justice ne communiquent pas entre eux au niveau gouvernemental et n'ont pas d'objectifs communs, on ne peut pas s'attendre à ce que les mécanismes de coordination sur le terrain fonctionnent. Ce n'est pas une plateforme numérique ni un nouveau système qui changeront la donne; c'est notre façon de travailler de manière transversale.

● (1700)

Le président: Merci.

Nous allons donner la parole à Mme Gaudreau. Vous avez six minutes.

[*Français*]

Marie-Hélène Gaudreau (Laurentides—Labelle, BQ): Merci beaucoup, monsieur le président.

C'est vrai qu'on manque de temps pour discuter de cet enjeu. Ayant été intervenante de première ligne il y a une trentaine d'années, ayant travaillé dans des centres hospitaliers, aujourd'hui, je me retrouve législatrice avec peu de moyens. Par contre, il y a des leviers. Ce qui me rassure, présentement, c'est qu'on vient tout juste d'apprendre, au Québec, qu'on a un premier ministre qui va s'occuper de l'itinérance. Comme le dira chacun de nous, on va le croire quand on va le voir. Cela étant dit, c'est, comme on dit, un engagement qui en porte beaucoup.

Je vais poser la question à l'inverse. Quels sont les choix qu'on a faits qui ne profitent pas davantage des conditions? Autrement dit, est-ce qu'il y a des gestes qu'on peut systématiquement arrêter comme actions concrètes afin d'au moins ralentir la crise?

David Kaiser: Est-ce que vous parlez des choses qu'on fait qu'on ne devrait plus faire?

Marie-Hélène Gaudreau: C'est exact.

David Kaiser: Je parlais de barrières d'accès. Pour moi, quand on parle d'accès, il y a l'accès physique. On a aussi parlé de l'accès au traitement. Si une personne habite une communauté rurale, il peut y avoir des barrières géographiques.

J'éliminerais aussi les barrières qui sont liées à la sécurité, qu'on parle de la sécurité culturelle, physique ou psychologique, de la stigmatisation ou de la capacité de se sentir écouté et accueilli. Pour moi, tout ce qui introduit des barrières administratives fait qu'il est difficile pour vous et moi d'accéder à ces systèmes. Si on veut, du jour au lendemain, réduire la pression inutile qu'il y a sur des gens qui essaient de survivre, il faut penser à toutes ces barrières administratives. Je pense au formulaire qui doit être rempli d'une certaine façon, à la clinique qui est ouverte seulement à des heures qui conviennent aux personnes qui y travaillent, et pas aux personnes qui en ont besoin, et au refus des systèmes d'aller vers les gens. On le sait, notre système de santé s'est rétréci. On a de la difficulté à fournir des services extra-muros. Il est impossible de répondre aux besoins des gens dans ces conditions-là.

Alors, s'il y a une chose qu'on doit arrêter de faire, c'est de mettre des barrières qui ne devraient pas être là.

Marie-Hélène Gaudreau: C'est tout à fait vrai, mais j'ai l'impression, aussi, qu'on veut avoir des statistiques. On veut avoir, justement, l'information nécessaire pour savoir ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas bien. Dans le milieu hospitalier, des erreurs ont aussi été faites. Donc, on redouble de prudence.

J'ai une impression et peut-être que je suis à côté de la plaque. Est-ce que, dans un cas où on parle d'itinérance, de surdose, de dépendance et de santé mentale, on ne pourrait pas se dire qu'on essaie de vraiment travailler ensemble et de faire fi de certaines règles qui font qu'on ne peut pas donner la réanimation cardiorespiratoire à quelqu'un parce qu'il manque une action à faire? Est-ce qu'on est vraiment dans une urgence réelle ou est-ce le contraire? Qu'est-ce qu'il faut qu'on fasse?

David Kaiser: Concernant cette question, je pense que tout le monde va avoir des exemples, dans son district ou son domaine d'application, de choses qui fonctionnent. Oui, on peut prendre des exemples très concrets de cliniques de proximité de services gouvernementaux. On sait que, pour accéder au système, on a besoin d'une pièce d'identité, d'une carte d'assurance maladie, et parfois, d'avoir une adresse.

Ce sont des choses qui se font. On met ensemble tous les services gouvernementaux, on s'en va dans un campement, dans un quartier de la ville où il y a beaucoup de personnes en situation d'itinérance ou en contexte de détresse. On enlève cette barrière et on dit qu'on fait tout avec un guichet unique.

On sait que, sur le plan clinique, ça existe aussi. On a des belles initiatives de médecins qui sortent extra-muros, qui vont dans nos services de consommation supervisée. Ce n'est pas compliqué: ce sont des soins de plaies et de maladies chroniques, et c'est aussi la possibilité d'établir des liens avec les gens. On le sait, la dépendance, c'est quelque chose qui ne se règle pas nécessairement la première fois qu'on a un contact clinique, ni la deuxième, ni la troisième. Il y a une certaine intensité qui est nécessaire et il y a un opportunisme. On a ces exemples. La question, c'est de l'amplifier, de l'intensifier et de dire que c'est ça qu'on veut faire et qu'il faut le faire tout le temps, jusqu'à ce qu'on se sorte de cette crise.

● (1705)

Marie-Hélène Gaudreau: Oui, absolument.

Comme il me reste encore un peu de temps de parole, j'aimerais savoir ce qui a changé à Montréal. On parle beaucoup de ce qui peut se passer dans d'autres provinces et d'autres territoires. Qu'en est-il de l'ampleur de la crise?

David Kaiser: Eh bien, il y a deux choses.

Premièrement, on a connu une augmentation très importante de l'itinérance, comme dans plusieurs autres villes. À Montréal, entre avant et après la pandémie, ça a augmenté de près de la moitié. C'est une augmentation très importante de gens qui sont dans la rue et c'est une précarisation généralisée de personnes sur les plans du revenu et de l'emploi.

Deuxièmement, nous avons quand même vu l'entrée du fentanyl, comme dans d'autres régions. Sur la côte Est, il y a eu un petit décalage. Alors, ça, c'est quelque chose qui est un peu plus récent. Il y a la combinaison de ces deux éléments-là, je pense, avec une ampleur qu'on n'était pas habitué à devoir gérer.

Marie-Hélène Gaudreau: Merci beaucoup, monsieur le président.

[*Traduction*]

Le président: Passons à M. Strauss, qui aura cinq minutes.

Je vous en prie.

Matt Strauss (Kitchener-Sud—Hespeler, PCC): Ma première question s'adresse au Dr Azar.

Je suis intensiviste. J'ai déjà vu des patients se réveiller… Je songe à un homme qui se trouvait en unité de soins intensifs à cause d'une maladie grave liée à la consommation d'opioïdes. Quand il est revenu à lui, il a dit qu'il avait été traité avec du Sublocade en prison, puis qu'il avait été libéré, et n'en avait pas reçu depuis six mois. Il en a réclamé. Ce n'est qu'un fait anecdotique, mais d'un point de vue pharmacologique, ce traitement me semble formidable. Je me demande s'il n'est pas terriblement mal médiatisé.

Vous avez publié quelques articles sur la buprénorphine. Généralement, si je reçois une injection de Sublocade — je sais qu'il vous faudrait pour répondre réunir beaucoup d'information, mais j'imagine que vous avez une vision d'ensemble —, quelle est la probabilité que je décède des conséquences d'une intoxication aux opioïdes au cours du mois suivant l'injection?

Pouya Azar: Excellente question. Elle est presque nulle.

Vous l'ignorez peut-être, mais j'ai été le premier médecin au Canada à prescrire du Sublocade. C'était avant que ce produit ne soit commercialisé grâce au Programme d'accès spécial de Santé Canada.

Le Sublocade est sous-utilisé. Ce traitement peut protéger les consommateurs des surdoses et réduire, un mois à la fois, les envies liées au sevrage.

Il n'existe pas de médicament qui convienne à tout le monde, mais je crains que le Sublocade — qui est l'appellation commerciale de la buprénorphine à libération prolongée — ne soit pas suffisamment utilisé. Je crains que les protocoles et les lignes directrices actuellement proposés aux médecins pour mettre leurs patients sous buprénorphine et sous buprénorphine à libération prolongée ne soient difficiles à appliquer et ne répondent pas aux besoins des consommateurs de fentanyl. Nous avons désormais des protocoles plus récents qui abrègent considérablement la période nécessaire à la mise en place de ces traitements et atténuent le préjudice, la morbidité et les difficultés liées au sevrage et à la mise en place de ces traitements, ce qui était une étape obligatoire avant l'apparition du fentanyl.

Je conclus. Oui, ce produit peut prévenir les surdoses, et oui, cette approche est sous-utilisée; nous devons donc avoir des méthodes plus perfectionnées pour initier les patients à ces traitements. Notre laboratoire a mis au point des protocoles à cet égard.

Matt Strauss: Merci beaucoup. Je m'en doutais un peu, mais je m'étonne de vous entendre dire qu'il existe un médicament dont la plupart des gens n'ont jamais entendu parler et qui ramène presque à zéro le risque de décès lié à la consommation d'opioïdes. C'est tout simplement incroyable. Continuons d'en parler.

Vous avez anticipé ma prochaine question, que voici: quels sont les obstacles courants que vous constatez dans votre pratique, ou que vos collègues constatent, lorsqu'il s'agit de prescrire de la buprénorphine? Il semble que les lignes directrices ne soient pas encore tout à fait au point et que nous ne soyons pas tout à fait là où nous devrions être pour ce qui est de la facilité d'utilisation pour les médecins, de leur savoir-faire ou de leur information. Dans votre pratique, remarquez-vous des obstacles du côté des patients?

Pouya Azar: Avant de répondre, je tiens à préciser que ce médicament ne convient pas nécessairement à tous les consommateurs de fentanyl. Il est destiné aux patients qui ont décidé d'arrêter et qui souhaitent parvenir à l'abstinence.

Il existe quelques obstacles courants à la mise en place de ce traitement. Le premier est qu'il faut trouver un établissement capable de le fournir rapidement. C'est le principal obstacle.

Deuxièmement, l'injection est douloureuse. Des patients qui l'ont reçue une première fois ont refusé net lorsque je leur en ai proposé une deuxième: « Hors de question. C'est extrêmement douloureux. » Nous avons conçu des méthodes d'administration indolores. Cela ne devrait jamais constituer un obstacle, mais il semble y avoir un décalage entre la publication de ces données et leur intégration dans les lignes directrices cliniques.

Le troisième obstacle est d'ordre pratique. Dans de nombreux établissements, on attend encore des patients qu'ils passent par une période d'abstinence et de sevrage avant de commencer ce traitement. Cela n'est plus exigé. Dans notre service des urgences, un patient peut se présenter, et en moins d'une heure, il recevra cette injection et pourra repartir sans aucune souffrance.

Parmi les principaux obstacles, on peut citer notamment l'éducation et la mise à jour des lignes directrices afin qu'elles tiennent compte des besoins des consommateurs de fentanyl.

● (1710)

Matt Strauss: D'accord.

Je change un peu de sujet. Il a beaucoup été question des traitements en établissement, de l'accès aux lits, etc. Parmi vos patients, quand est-il nécessaire ou recommandé de dispenser le traitement en établissement, dans un service de réadaptation?

Pouya Azar: Cela dépend du patient et de sa situation, et je tiens à être très clair sur ce point également.

Souvent, la prise de médicaments constitue la première étape nécessaire, mais elle n'est pas suffisante pour la plupart de nos patients. Dans notre service des urgences, je peux aider une personne à se sevrer de n'importe quelle dose de fentanyl et à passer au Sublocade en environ une heure, dans le cadre de l'un de nos essais cliniques. Si je les renvoie directement à leur situation de sans-abri dans le Downtown Eastside de Vancouver, avec tous les facteurs psychosociaux qui étaient à l'origine de leur dépendance, la rechute est presque inévitable, et ils nous reviennent sans cesse.

Voici une analogie: c'est comme si on traitait dans un centre de soins un joueur compulsif, puis qu'on le renvoyait dans un casino en lui souhaitant bonne chance. À bien des égards, c'est exactement ce que nous faisons avec nos patients qui consomment des opioïdes.

Une prise en charge en établissement est nécessaire pour bon nombre de nos patients. Nous devons tenir compte des facteurs du milieu qui poussent les patients à consommer, au-delà des simples envies physiologiques et des symptômes de sevrage.

Le président: Docteur Azar, merci.

Nous allons passer à M. Sawatzky. Cinq minutes. Vous avez la parole.

Jake Sawatzky (New Westminster—Burnaby—Maillardville, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci, docteur Kaiser, de vous être joint à nous aujourd'hui.

L'année dernière, la ville de New Westminster, qui est située dans ma circonscription, a reçu 290 000 $ du Fonds d'urgence pour le traitement afin de répondre aux besoins urgents liés à la consommation de substances et aux surdoses.

Selon vous, dans quelle mesure un financement souple, comme le Fonds d'urgence pour le traitement, est-il important pour aider les municipalités et les communautés autochtones à répondre aux besoins locaux et à apporter un soutien efficace aux personnes qui en ont besoin?

David Kaiser: Eh bien voilà, c'est justement là mon message.

Je voudrais revenir sur une remarque du Dr Azar au sujet du décalage entre les données scientifiques et leur mise en œuvre. Pour moi, l'expérience de la pandémie a été particulièrement révélatrice. Nous ne voulons pas agir n'importe comment. Nous tenons à ce que nos actes reposent sur des données probantes. Toutefois, nous ne voulons pas non plus demeurer inactifs parce que nous n'avons pas toutes les réponses. Nous voulons agir sur la base de ce que nous savons déjà.

Je pense qu'en partant des besoins locaux avec le moins de... Il en est de même pour les personnes qui cherchent à accéder aux soins que pour celles qui s'efforcent de les prodiguer en évitant le plus de barrières administratives possible dans un cadre fondé sur des données scientifiques.

Pour cela, il nous faut une meilleure capacité d'évaluation. Quand nous finançons des initiatives, nous devons savoir si elles sont efficaces, alors nous devons mener des études pour les vérifier. Il faut que cela fasse partie intégrante de toute cette démarche.

Jake Sawatzky: Merci.

Outre le Fonds d'urgence pour le traitement, il existe d'autres mécanismes de financement. Il y a notamment des ententes de contribution bilatérales avec les provinces ainsi que des programmes comme le Fonds pour bâtir des communautés sécuritaires, destiné à la prévention auprès des jeunes à risque, et le fonds Vers un chez soi destiné à la prévention de l'itinérance. Vous avez évoqué l'aspect préventif. Ces problèmes sont différents, et pourtant, ils sont souvent liés.

Ma question suivante s'adresse au Dr Azar.

Tout d'abord, j'adore les articles scientifiques affichés sur les planches à roulettes derrière vous. Je trouve cette idée vraiment géniale.

Ma question porte sur les troubles de santé mentale qui coexistent avec les troubles liés à la consommation de substances. Pourriez-vous nous parler, de manière générale, de l'importance de traiter ces troubles concomitants et nous expliquer pourquoi ces traitements doivent être soigneusement ciblés?

Pouya Azar: Merci. C'est une excellente question.

Pendant mon stage de spécialisation en médecine des toxicomanies, il y a quelques années, on nous a enseigné qu'aucune preuve n'indique que les interventions psychosociales auprès des toxicomanes sont efficaces. À mon avis, il est très étrange d'enseigner cela à de futurs médecins. Les données scientifiques nous prouvent le contraire. Une étude menée dans un hôtel du quartier Downtown Eastside de Vancouver a démontré que 50 % des personnes aux prises avec une dépendance souffrent de psychose.

Nous savons que la toxicomanie est rarement un simple trouble biologique. Elle est souvent liée à de nombreux autres facteurs, notamment la maladie mentale. Si nous ne nous attaquons pas à ces causes sous-jacentes — si nous ne traitons la dépendance qu'en prescrivant des médicaments pour atténuer le besoin physiologique de consommer —, la rechute est presque inévitable. Il est donc important, voire absolument essentiel, que nous abandonnions ce modèle purement médical de prise en charge de la toxicomanie au profit d'un modèle biopsychosocial des troubles concomitants pour traiter l'ensemble des causes sous-jacentes. Sinon, nous continuerons à faire face au phénomène des portes tournantes.

● (1715)

Jake Sawatzky: Vous avez évoqué l'importance du logement et la nécessité d'y ajouter des services d'accompagnement en santé mentale et de lutte contre les dépendances. Pourriez-vous nous en parler plus en détail?

Pouya Azar: Bien sûr. Je vais commencer, et je pense que mon collègue, le Dr Kaiser, pourra vous en parler. Il l'a d'ailleurs mentionné, lui aussi.

Cette approche est évidente pour les patients qui vivent dans la rue, comme dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver. Je leur demande souvent s'ils connaissent même une seule personne qui ne consomme pas de fentanyl. Ils me répondent que non. Je leur demande alors combien de temps il leur faut, pendant la journée, pour trouver du fentanyl, et ils me répondent: « J'en trouve tout de suite. J'en trouve dès que je me réveille ».

Comment peut-on s'attendre à ce qu'une personne à qui j'ai prescrit du Sublocade ou un traitement par agoniste opioïde cesse de consommer des opioïdes? C'est pratiquement impossible.

Le logement est un élément essentiel du traitement. Sinon, nous nous retrouvons de nouveau face aux portes tournantes.

Jake Sawatzky: Merci.

Ma dernière question s'adresse à vous, docteur Kaiser.

Le gouvernement a lancé sa Stratégie fédérale sur la santé et le bien-être des hommes et des garçons. Nous savons que ceux-ci affichent des taux de surdoses nettement plus élevés. Avez-vous aussi constaté ce phénomène?

David Kaiser: Oh oui. Nous le constatons chez les personnes en situation d'itinérance ainsi que dans nos statistiques sur les surdoses.

Je pense que tout repose sur la prévention. Pour changer cela, il faudra investir dans les cinq, dix ou quinze premières années de la vie des garçons.

Cette stratégie pour les hommes et les garçons ne change rien au fait qu'ils commettent beaucoup de violence à l'égard des femmes. En examinant les déterminants sous-jacents, je pense que nous pourrions atténuer ces deux comportements en même temps.

Le président: Merci.

Nous passons maintenant la parole à madame Gaudreau pour deux minutes et demie. Allez-y, madame.

[*Français*]

Marie-Hélène Gaudreau: Merci, monsieur le président. Je vais y aller à l'inverse, encore une fois.

Moi, ça m'inquiète dans la mesure où on comprend l'enjeu et on veut aider. Je donne un exemple. Chez nous, à Mont-Laurier, il y a la Maison Lyse-Beauchamp, dont je parlais. Celle-ci agit sur plusieurs fronts, notamment la dépendance et la toxicomanie. Il y a des thérapies résidentielles de 90 jours et une halte-chaleur. Il y a même de l'hébergement d'urgence et des ressources en santé mentale. Il y a des ressources intermédiaires, que j'ai vues croître au fil du temps. Il y a de la réinsertion sociale, il y a aussi des logements adaptés et supervisés.

Les gens ne sont pas suffisamment au courant. Ils ont peur. Il y a des gens qui me demandent ce qui se passe et qui me disent qu'on fait venir des itinérants et des gens qui ont des problèmes de santé mentale chez nous. C'est la même chose quand on dit « pas dans ma cour ». Donc, je peux comprendre qu'il y a des gestes que Québec doit poser, mais parlons de ce que nous pouvons faire ici. On va se le dire, la simple solution, ce serait de transférer l'argent pour que Québec puisse s'en occuper. Cependant, que pouvons-nous faire comme législateurs, ici, à Ottawa pour aider les provinces et les territoires à agir sur le terrain?

David Kaiser: Vous l'avez déjà dit, il y a quand même un levier financier qui est possible, je pense, dans le respect des compétences provinciales.

Après ça, je vous amener ailleurs en disant que les mots créent la réalité. J'y crois fermement, comme médecin. Le discours qu'on entretient a un impact direct. Quand on a du pouvoir, il faut l'utiliser de façon responsable. C'est quelque chose qui peut être fait à tous les ordres de gouvernement.

Après ça, comme je l'ai dit tantôt, c'est de voir comment on travaille ensemble. Il faut modéliser ce qu'on veut voir sur le terrain. Si on invite des voix divergentes et qu'on est capable d'avoir une conversation sur un enjeu, d'en reconnaître la complexité et de dégager des solutions, on modélise quelque chose qu'on veut voir sur le terrain.

J'aimerais dire une dernière chose. Je suis allé à des rencontres citoyennes. Je suis allé à une rencontre, il y a deux semaines, où une personne a monopolisé la moitié du temps en se plaignant, en disant que le quartier n'était plus comme il l'était et qu'elle n'élèverait pas ses enfants aujourd'hui dans ce quartier. Elle a cheminé et, à un moment donné, elle a dit qu'elle ne voulait pas passer les 20 prochaines années à se plaindre et qu'elle voulait savoir ce qu'elle pouvait faire. Je crois fermement que la vaste majorité du monde veut s'impliquer et que les gens veulent juste savoir quoi faire. Il s'agit de les inviter et d'ouvrir des espaces où on est capable de se parler.

● (1720)

Marie-Hélène Gaudreau: Ça prend de la volonté politique.

Merci.

[*Traduction*]

Le président: Merci.

Nous allons maintenant céder la parole à M. Bailey pour cinq minutes.

Allez-y.

Burton Bailey (Red Deer, PCC): Merci, monsieur le président.

Docteur Azar, en dehors d'un contexte hospitalier, où la prescription et la surveillance sont strictes, la consommation de fentanyl est-elle sans danger?

Pouya Azar: Faites-vous référence au fentanyl non prescrit, au fentanyl illicite?

Burton Bailey: Oui, c'est cela.

Pouya Azar: Le fentanyl est une substance extrêmement dangereuse. Il présente un risque très élevé de décès par surdose. À mon avis, sa consommation n'est pas du tout sans danger en l'absence de surveillance.

Burton Bailey: Merci.

Selon une étude récente publiée dans le Journal de l'Association médicale canadienne, l'expérience sur la décriminalisation des drogues dangereuses menée en Colombie-Britannique n'a pas réduit les taux d'hospitalisation liée à la drogue et les taux de décès par intoxication, par rapport au reste du Canada, où la législation en matière de stupéfiants n'avait pas été modifiée.

Pensez-vous qu'il n'est pas prudent de décriminaliser les drogues dures?

Pouya Azar: Je n'ai pas vu de données probantes. Je suis chercheur clinique, donc je m'appuie sur des données et sur des preuves. Je n'ai vu aucune preuve susceptible de me convaincre que la stratégie de décriminalisation mise en œuvre en Colombie-Britannique ait été bénéfique. Je suis ouvert à l'examen des preuves et à leur analyse, mais je n'en ai vu aucune.

Burton Bailey: Merci.

Connaissez-vous un peu le modèle de l'Alberta?

Pouya Azar: Oui, bien sûr.

Burton Bailey: Très bien.

Il vise à cesser d'encourager la consommation et à favoriser le rétablissement en offrant plus de 10 000 lits financés par les pouvoirs publics.

Pensez-vous que l'on devrait étendre cette mesure à d'autres provinces du Canada, comme la Colombie-Britannique, qui fait face à de graves épidémies?

Pouya Azar: Oh oui. Comment l'accès à un plus grand nombre de lits et au rétablissement offerts en Alberta pourraient-ils ne pas être utiles?

Je le répète, je dénonce depuis longtemps les traitements pharmacologiques sophistiqués que l'on applique dans des établissements, pour ensuite renvoyer les patients dans la rue. Comment cela peut-il être éthique, alors que l'on sait pertinemment qu'ils vont rechuter et qu'ils finiront par mourir d'une surdose?

Alors, comment ce modèle pourrait-il ne pas être utile?

Burton Bailey: Merci.

Êtes-vous au courant de l'étude que le Dr Nathaniel Day a menée pour le Canadian Centre of Recovery Excellence à Red Deer? La connaissez-vous?

Pouya Azar: Non.

Burton Bailey: Cette étude se base sur une comparaison de la situation à Red Deer et à Lethbridge, qui sont deux villes de taille similaire. Après avoir fermé le centre d'injection d'opioïdes pendant un an, les chercheurs ont comparé les résultats. Ils ont constaté que l'absence de ce site de consommation surveillée n'avait pas causé une augmentation du nombre de décès et d'hospitalisations. En fait, la suppression de ce site leur a permis de consacrer plus de fonds au rétablissement et de mettre fin aux troubles de l'ordre public dans le centre-ville.

Pensez-vous que les centres d'injection d'opioïdes sauvent des vies?

Pouya Azar: Je ne suis pas au courant de cette étude, et je ne connais pas non plus le contexte psychosocial de ces collectivités par rapport à celui d'une population que je connais bien, celle du quartier du Downtown Eastside de Vancouver.

J'ai remarqué que la dépendance s'inscrit dans un continuum. À mon avis, il est critique d'en réduire les méfaits. Je ne pense pas qu'il soit mauvais qu'une partie de la population qui consomme des substances, des gens qui ne cesseront pas de consommer, puissent se rendre dans un lieu sûr pour consommer, y recevoir des soins et petit à petit gravir les étapes menant à leur rétablissement, mais je crois que…

● (1725)

Burton Bailey: Je vais aborder un sujet qui vous est plus familier.

Vous avez corédigé un article dans lequel vous affirmez que la logique d'un approvisionnement dit « propre » est claire. Toutefois, vous précisez que « le diable est dans les détails », en soulignant l'absence de preuves systématiques des bienfaits des opioïdes pharmaceutiques en dehors d'un contexte thérapeutique.

Pourquoi, en l'absence de preuves, certaines autorités, y compris le gouvernement fédéral, continuent-elles d'approuver ces méthodes qui favorisent la dépendance et n'aident pas ces gens à se rétablir?

Pouya Azar: Je tiens à souligner que nous devons nous fonder sur des données scientifiques. Nous devons respecter les principes de la santé publique.

De nombreuses données probantes démontrent que les opioïdes à libération immédiate, mis en circulation sans surveillance, peuvent être nocifs s'ils se propagent dans la société. Nous l'avons constaté avec l'affaire Purdue Pharma aux États-Unis. Nous l'avons également constaté avec le programme d'approvisionnement sûr mis en place ici, en Colombie-Britannique.

Je ne peux pas vous dire pourquoi d'autres personnes approuvent ces stratégies. Tout ce que je peux dire, c'est que nous devons nous en tenir aux données scientifiques. Nos interventions doivent reposer sur des données scientifiques, et je ne pense pas que cette approche repose sur des données probantes.

Le président: Merci.

Le dernier député de ce tour de questions est M. Sidhu. Vous avez cinq minutes, monsieur.

Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Merci, monsieur le président. Merci, docteur Kaiser et docteur Azar, pour votre travail auprès de cette population.

Ma question s'adresse au Dr Kaiser.

Vous avez évoqué l'éducation. Quel rôle l'école, les médecins de famille et les organismes de santé communautaires devraient-ils assumer pour déceler les risques liés à la consommation de substances avant qu'ils ne se transforment en problèmes de santé plus graves?

David Kaiser: Il existe déjà de nombreux programmes scolaires mis en place par des écoles, par des organismes communautaires ou en collaboration avec des systèmes de santé. Je pense que ces programmes peuvent être systématisés afin de garantir aux élèves l'accès à des milieux sûrs et confidentiels pour recevoir des soins, par exemple s'ils veulent essayer des drogues ou s'ils ont un problème de santé mentale ou de dépendance. Il faut qu'ils puissent accéder à un fournisseur de soins en toute sécurité et en toute confidentialité.

Ensuite, il y a l'éducation. Nous devons montrer aux jeunes et aux adolescents comment vivre en toute sécurité dans leur milieu. Nous devons leur enseigner comment se maintenir en bonne santé et les aider à gérer les conflits et les conversations difficiles du monde particulièrement complexe dans lequel ils évoluent.

Oui, nous leur enseignons comment se maintenir en santé et à promouvoir la bonne santé. Cependant, à mon avis, une partie de notre système éducatif doit préparer nos adolescents et nos jeunes adultes à survivre dans un monde complexe où la drogue est souvent une réponse à la détresse, aux problèmes de santé mentale et aux difficultés insurmontables.

Sonia Sidhu: Merci.

Alors, voici ma prochaine question: comment mieux aligner les investissements fédéraux dans la prévention communautaire et dans les traitements avec les priorités des autorités sanitaires provinciales et municipales?

David Kaiser: Comme je l'ai dit dans ma déclaration préliminaire, je pense qu'il s'agit simplement d'avoir confiance. Faisons confiance aux personnes qui œuvrent sur le terrain, qui accomplissent le véritable travail. Fournissons-leur les outils dont elles ont besoin pour mener à bien leur tâche.

Nous devons évidemment nous appuyer sur des données probantes. Je pense que le gouvernement fédéral a le rôle important de traduire ces données en actions concrètes. Nous devons être en mesure d'orienter le financement et l'évaluation en fonction de ce que les personnes qui font le véritable travail nous indiquent.

Je tiens à souligner qu'en traduisant les preuves en actions concrètes, il est crucial d'éviter de tirer des conclusions à partir d'un élément isolé de ce système complexe. L'étude de Red Deer, que nous venons de mentionner, conclut que:

> Les effets à court terme sur le recours aux soins actifs et sur la mortalité semblent stables, mais restent peu concluants à cause de la durée limitée du suivi — 26 semaines — et du faible nombre d'événements.

À mon avis, le gouvernement fédéral ne devrait pas prendre des décisions uniquement en fonction de ce genre d'étude. Je m'attends plutôt à ce que nous basions nos décisions sur ce qui se passe sur le terrain. Nous devons tenir compte des différentes perspectives de l'ensemble des données scientifiques.

● (1730)

Sonia Sidhu: Ma question suivante s'adresse au Dr Azar.

Docteur Azar, la stigmatisation incite très souvent les gens qui ont un problème de consommation de substances à ne pas demander d'aide. Selon vous, que peuvent faire les organismes de santé publique pour réduire cette stigmatisation? Comment encourager les gens à accéder aux traitements dont ils ont besoin et à s'y tenir?

Pouya Azar: C'est une excellente question.

Jusqu'à maintenant, nous avons mal mené nos initiatives de prévention. Je pense notamment aux campagnes moralisatrices et alarmistes. Nous connaissons bien les campagnes *Just say no* et « Voici ce que fait la drogue à votre cerveau ». Quand on réfléchit à ce que vit réellement un jeune, s'il se trouve à une fête en proie au doute et à l'angoisse, alors que la drogue circule, il ne va pas se dire: « Oh, Nancy Reagan m'a dit de simplement dire non. »

Je pense que nous devrions mener nos campagnes avec plus de subtilité. Pour réduire la stigmatisation, mon laboratoire s'inspire de certaines stratégies de marketing qu'utilisent les entreprises pour atteindre les jeunes par les médias sociaux et par la messagerie entre pairs. Nous souhaitons utiliser cette approche pour réduire la stigmatisation liée à la santé mentale et à la dépendance. Elle est déjà efficace dans le domaine du marketing d'entreprise, et je crois bien qu'elle nous aidera aussi.

Nous menons un programme pilote intitulé *The Natural Stance*. Nous l'avons déjà lancé dans les médias sociaux. Nous allons l'évaluer et nous espérons en retirer des données intéressantes.

Le président: Merci.

Sur ce, au nom des membres du Comité, je tiens à remercier le Dr Kaiser et le Dr Azar pour leurs contributions précieuses et professionnelles. Je vous en suis très reconnaissant.

Je vais suspendre brièvement la séance, puis nous accueillerons le deuxième groupe de témoins.

● (1730)

(Pause)

● (1735)

Le président: Nous reprenons notre séance

Au nom des membres du Comité, je souhaite la bienvenue aux témoins qui se joignent à nous pour cette deuxième heure.

Le chef régional devait initialement se joindre au premier groupe de témoins, mais nous avons eu des problèmes techniques. Il est présent parmi nous maintenant. Nous accueillons donc le chef régional Wendell LaBobe, de l'Assemblée des Premières Nations. Bienvenue.

À titre personnel, nous accueillons le Dr Nickie Mathew, psychiatre spécialisé en toxicomanie, ainsi que M. Julian Somers, psychologue clinicien. Bienvenue.

De la nation métisse de Saskatchewan, nous accueillons aussi Mme Beverly Fullerton-Trotchie, ministre de la Santé, de la Santé mentale et des dépendances, ainsi que M. Brennan Merasty, ministre de l'Autodétermination et de l'Autogouvernance. Bienvenue.

J'ai quelques remarques à présenter à nos témoins.

Avant de prendre la parole, veuillez attendre que je vous appelle par votre nom ou qu'un député pose directement une question à l'un d'entre vous.

Les témoins qui participent par vidéoconférence devront cliquer sur l'icône du microphone pour activer leur micro et pour le mettre en sourdine quand ils ne parlent pas. Au bas de l'écran, vous pouvez choisir le canal d'interprétation qui vous convient: parquet, français, ou anglais.

Les personnes présentes dans la salle peuvent utiliser leurs oreillettes et sélectionner le canal qu'ils désirent. Les membres du Comité pourront poser leurs questions en français ou en anglais. Si vous avez besoin du service d'interprétation, veuillez dès maintenant préparer vos oreillettes et sélectionner le canal d'écoute qu'il vous faudra afin de profiter pleinement du temps alloué aux questions et réponses.

Je vous rappelle que toutes les interventions doivent être adressées au président du Comité. Je fais preuve d'une grande souplesse, mais je prie les témoins de garder un œil sur le député qui leur pose ses questions et de cesser de parler dès qu'il lève la main, car il leur fait signe que son temps de parole a pris fin.

Chers députés, si vous pouvez préciser le nom du témoin à qui s'adresse votre question, vous nous faciliterez considérablement la tâche.

Sur ce, chaque organisme dispose de cinq minutes pour prononcer sa déclaration préliminaire, après quoi nous passerons aux tours de questions. Nous commencerons par le chef régional LaBobe, de l'Assemblée des Premières Nations.

Chef, vous avez la parole.

[*Difficultés techniques*]

Nous ne vous entendons pas.

Bon. Ils vont vérifier. En attendant, nous pouvons passer au témoin suivant.

Je suis désolé, chef. Nous vous reviendrons très bientôt.

Nous allons maintenant écouter les témoins qui comparaissent à titre personnel. Nous commencerons par le Dr Mathew.

Docteur Mathew, vous disposez de cinq minutes. Vous pouvez commencer.

● (1740)

Dr Nickie Mathew (psychiatre spécialisé en toxicomanie, à titre personnel): Je tiens à remercier le Comité de m'avoir invité à comparaître pendant cette réunion.

Je vais vous parler de l'augmentation de l'offre de drogues de synthèse sur le marché canadien de la drogue et de ses répercussions sur la santé mentale et sur la sécurité de la population canadienne.

Comment en sommes-nous arrivés là? En 1958, le psychiatre Arthur Sackler a lancé la campagne de promotion de la Terramycine et a créé le marketing direct auprès des médecins. En 1959, le Dr Paul Janssen a mis au point le fentanyl. Arthur Sackler et ses frères ont tiré de tels bénéfices de la campagne de promotion de la Terramycine qu'ils ont racheté le laboratoire Purdue. En 1980, Jane Porter et le Dr Hershel Jick ont envoyé une lettre de cinq lignes à la rédaction, affirmant qu'un très petit nombre seulement de personnes à qui l'on prescrivait des stupéfiants développaient une dépendance. En 1996, James Campbell, président de l'American Pain Society, a lancé la campagne intitulée « la douleur est le cinquième signe vital ». La même année, Purdue Pharmaceuticals a lancé l'OxyContin sur le marché en suivant la méthode de marketing direct auprès des médecins inventée par Arthur Sackler et en citant la lettre de cinq lignes que Porter et Jick avaient envoyée à la rédaction. Cela a préparé le terrain pour une population présentant une tolérance au fentanyl. En 2010, l'OxyContin a été remplacé par le fentanyl.

En 2006, le Canada a limité la vente d'éphédrine. Les cartels mexicains ont réagi en perfectionnant la méthode d'utilisation de la phényl-2-propanone. En utilisant la méthode à base d'éphédrine, ils produisaient une molécule de L-méthamphétamine et une molécule de D-méthamphétamine. La L-méthamphétamine était un décongestionnant nasal, tandis que la D-méthamphétamine était psychoactive. Cette nouvelle méthode leur a généré une version très puissante de la méthamphétamine sous forme de cristaux. Ces deux substances ont envahi le marché canadien de la drogue.

En examinant ces drogues, on constate qu'elles sont souvent coingérées. On a trouvé des stimulants dans les corps d'environ 70 % des victimes de surdoses survenues en Colombie-Britannique en 2021-2022.

En 2017, en Colombie-Britannique, la drogue la plus consommée par les détenus était la méthamphétamine. En quoi cela pose-t-il problème? Eh bien, il y a la question de la psychose induite par une substance, qui est un événement neurotoxique. Autrement dit, les personnes ne développent pas tout de suite de symptômes psychotiques quand elles commencent à consommer de la méthamphétamine. Ces symptômes apparaissent pendant l'intoxication, puis pendant le sevrage, puis pendant la phase d'abstinence. À chaque épisode psychotique, le risque de récidive augmente, le traitement devient plus difficile, et les symptômes s'aggravent.

En 2022, le premier ministre David Eby a commandé le rapport Butler-LePard. Ce rapport porte sur les actes de violence commis au hasard par des inconnus. Il souligne trois causes principales: les troubles mentaux, les lésions cérébrales causées par la consommation de drogues toxiques et la consommation de méthamphétamine.

Cette consommation a également une incidence sur la récidive. On appelle « troubles concomitants » le fait que des personnes souffrent à la fois de troubles psychiatriques et de troubles liés à la consommation de substances. Parmi les détenus en Colombie-Britannique, 72 % présentaient des troubles concomitants. Ils étaient vraisemblablement susceptibles de récidiver pendant cette période. Il s'agissait donc du facteur de risque le plus grave.

En 2021, on a compté que, de toute la population de la Colombie-Britannique, environ 75 000 personnes souffraient d'un trouble de consommation d'opioïdes. Or, 80 % d'entre elles souffraient aussi d'un trouble psychiatrique. En Colombie-Britannique, les troubles concomitants sont la règle et non l'exception. Environ 12 000 personnes souffrant d'un trouble de consommation d'opioïdes présentent aussi un trouble psychotique.

Je ne sais pas si vous avez visité le quartier de Downtown Eastside de Vancouver. Environ 18 000 personnes y vivent. Une étude intitulée « The Hotel Study » a révélé qu'environ 95 % des répondants souffraient de troubles liés à la consommation de substances, environ les trois quarts souffraient d'une maladie mentale, 47 % souffraient de psychose, et 45 % présentaient des troubles neurologiques diagnostiquables. On faisait face à une triade clinique associant des troubles liés à la consommation de substances, à des troubles psychiatriques et à des lésions cérébrales.

Que faire face à une telle situation? Le traitement des dépendances est complexe. La crise des opioïdes a été abordée comme s'il s'agissait d'un manque d'opioïdes: pour régler la crise, il suffirait d'en prescrire davantage. On s'est concentré presque exclusivement sur l'objectif de fournir à cette population une quantité suffisante d'opioïdes de différentes sortes.

Le trouble lié à l'usage d'opioïdes n'est pas un manque d'opioïdes. Les pays qui ont cherché à régler cette crise ont suivi des approches multiples qui ne recourraient que très peu au traitement médicamenteux. Les thérapies psychologiques ne sont pas prises en charge. On dispose du plus grand nombre de données probantes sur le trouble lié à l'usage d'amphétamines grâce à la gestion des contingences. Nous devons examiner un vaste éventail de données et de solutions. Il est peu probable que nous trouvions une intervention miracle. Compte tenu de la diversité de la population concernée, nous aurons besoin, entre autres choses, de l'apport d'experts en santé publique, en médecine des toxicomanies et en psychiatrie des toxicomanies.

● (1745)

Des données recueillies au Canada confirment que le traitement simultané des problèmes de santé mentale et des problèmes de dépendance contribue à préserver la vie de cette population. La psychose multiplie par quatre le risque de violence, et il est donc essentiel de la traiter pour le prévenir. Un accès précoce au traitement simultané des divers troubles peut contribuer à modifier l'évolution de la maladie et à réduire les risques connexes. Les usagers, notamment les clients à haut risque, ont besoin d'un accès rapide aux traitements. Outre ces traitements, ils ont besoin d'un logement stable et d'un accompagnement adapté. Des possibilités de réadaptation professionnelle doivent également être offertes. En Colombie-Britannique, on a le modèle des « foyers agréés », un type de service visant deux objectifs principaux. D'abord d'offrir un hébergement à long terme et, ensuite, proposer un traitement et un accompagnement vers le rétablissement dans un cadre sécurisé et accessible. Ces personnes présentent de graves...

Le président: Merci, docteur Mathew. Cela fait cinq minutes et 30 secondes. Vous aviez cinq minutes pour vous exprimer.

Monsieur Somers, vous avez cinq minutes.

Allez-y, je vous en prie.

Julian M. Somers (psychologue clinicien, professeur titulaire, à titre personnel): Merci.

Je suis psychologue clinicien et chercheur. J'ai débuté ma carrière en 1986 à l'hôpital Riverview, en Colombie-Britannique, à l'époque de la désinstitutionnalisation. Depuis 1996, j'ai participé à la conception et à l'évaluation d'initiatives fédérales, provinciales et territoriales visant à prévenir et à traiter les dépendances.

Je demande aujourd'hui au gouvernement du Canada de s'appuyer sur les travaux menés au niveau fédéral qui avaient anticipé la crise actuelle et tracé la voie pour en sortir. Je parle entre autres du rapport historique du Sénat intitulé « De l'ombre à la lumière », des investissements fédéraux dans les soins collaboratifs, et des tribunaux spécialisés dans le traitement de la toxicomanie, ainsi que des essais « At Home/Chez Soi », qui sont les plus grands essais randomisés au monde sur l'itinérance, la toxicomanie et la sécurité publique. Dans le cadre des essais menés à Vancouver, les logements axés sur le rétablissement ont permis de réduire de 71 % le nombre de condamnations pénales et de diviser par deux le nombre d'urgences médicales, sans que cela coûte plus cher que de laisser les gens dans l'itinérance.

La Colombie-Britannique, où plus de 18 000 personnes ont perdu la vie, est en situation d'urgence santé publique depuis une décennie en raison d'intoxications médicamenteuses. Il n'y a que deux moyens de sortir d'une crise de santé publique: prévenir les nouveaux cas et traiter les cas existants. La Colombie-Britannique devrait aujourd'hui être à l'avant-garde mondiale aux deux titres, mais elle a adopté des politiques dont on savait qu'elles aggraveraient les préjudices, lesquels se sont effectivement aggravés au regard de la sécurité publique, des campements, des entreprises, des familles et des communautés autochtones.

À mon sens, la raison en est qu'on n'a pas tenu compte des leçons dont les Canadiens avaient déjà payé le prix et que la politique a été adoptée sans garanties suffisantes contre les conflits d'intérêts. Voici quatre exemples, accompagnés chacun d'une question.

Tout d'abord, en 2020, un an après que le responsable provincial de la santé publique de la Colombie-Britannique s'était prononcé pour la dépénalisation et l'approvisionnement sécurisé, quatre des plus éminents promoteurs de cette politique ont annoncé la création d'entreprises dans le même domaine: un ancien responsable provincial de la santé publique, un ancien directeur général du Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique, et deux figures de proue du milieu de la recherche sur le VIH/sida dans la province. L'entreprise de l'ancien directeur général distribuait des opioïdes via des distributeurs automatiques et a obtenu au moins 4,5 millions de dollars de financement fédéral. Je ne prétends pas que tout cela était illégal. Et c'est bien là le problème. Quelles sont les règles fédérales qui s'appliquent aux hauts fonctionnaires qui élaborent une politique, puis créent des entreprises en conséquence?

Deuxièmement, ces politiques n'ont jamais fait l'objet d'une évaluation sérieuse. La vérificatrice générale de la Colombie-Britannique a constaté des lacunes dans la définition des objectifs, l'évaluation, et la communication au public des informations relatives à l'approvisionnement sécurisé. Une semaine après que j'ai présenté à de hauts fonctionnaires de la Colombie-Britannique les résultats d'une recherche financée par le gouvernement fédéral sur le rétablissement, la province a ordonné à mon université de détruire l'intégralité de notre base de données de recherche, dont les données relatives à une étude approuvée et financée portant sur les décès liés à la consommation de drogues. Pourquoi les données qui auraient pu permettre d'évaluer ces politiques ont-elles été détruites au lieu d'être utilisées?

Troisièmement, les organismes subventionnaires fédéraux ont versé des millions de dollars au Centre on Substance Use de la Colombie-Britannique, principal défenseur universitaire de l'approvisionnement sécurisé. Ce centre bénéficie également de fonds provenant du secteur pharmaceutique, dont les montants ne sont pas rendus publics. Les Canadiens ne devraient-ils pas savoir qui finance les recherches qui déterminent leur politique en matière de drogues?

Quatrièmement, des chercheurs affiliés à ce même centre ont procédé à une évaluation du « Drug User Liberation Front », ou DULF, dont les exploitants ont depuis été reconnus coupables de trafic de stupéfiants. Le 29 juillet 2022, Santé Canada a adressé un courrier pour rejeter la demande de dérogation du DULF et a fait une mise en garde faisant valoir que ce modèle enfreignait la législation fédérale. Selon les propres publications des chercheurs, la collecte de données a débuté quatre jours plus tard. Quand, par la suite, le DULF a contesté la décision du gouvernement fédéral en vertu de la Charte, le juge a fait remarquer qu'il était particulièrement significatif que la Couronne n'ait présenté aucun élément de preuve, sous la forme d'un témoignage d'expert ou autre, pour contester les éléments de preuve produits par les demandeurs. Quelle sorte de contrôle s'applique donc quand une recherche financée par des fonds publics se prolonge malgré un refus fédéral, et pourquoi la Couronne n'a-t-elle présenté aucun élément de preuve?

Pour mettre fin à cette crise, il faut une vision fédérale de la prévention et du rétablissement, assortie d'indicateurs pertinents permettant d'évaluer les progrès réalisés. Cela exige la divulgation obligatoire des paiements versés par les laboratoires pharmaceutiques aux chercheurs, aux cliniciens et aux associations de patients; des règles en matière de conflits d'intérêts applicables à ceux qui passent de la fonction publique à une entreprise privée; des recherches financées par le gouvernement fédéral qui respectent la législation fédérale; et un État qui défend l'intérêt général devant les tribunaux. Cela exige des soins communautaires axés sur le rétablissement, comme on l'avait promis pour remplacer les établissements institutionnels, c'est-à-dire des soins qui servent à la fois les patients et les communautés plutôt que de les opposer les uns aux autres.

Merci.

● (1750)

Le président: Merci beaucoup. Vous êtes juste à l'heure.

Écoutons maintenant les représentants de la nation métisse.

Vous disposez de cinq minutes à vous deux. Allez-y, je vous en prie.

● (1755)

Brennan Merasty (Ministre de l'Autodétermination et de l'Autogouvernance, Métis Nation-Saskatchewan): Merci, monsieur le président.

Bonsoir, mesdames et messieurs. Je vous remercie de me donner l'occasion de m'adresser à vous tous aujourd'hui.

Je m'appelle Brendan Merasty. Je suis le ministre responsable de l'autonomie gouvernementale, de l'autodétermination et de la justice, ainsi que le représentant de la Région du Nord 3 de la Nation métisse de la Saskatchewan.

Je tiens tout d'abord à dire que les concepts institutionnels ne guériront pas notre peuple. C'est la découverte de notre esprit à travers notre identité, notre culture, nos valeurs et notre langue qui nous permettra d'avancer. C'est ce qui nous enracinera. C'est ce qui nous apportera l'équilibre dont nous avons besoin au quotidien et, surtout, un sens à notre vie. Nous pourrons alors dire:

[*Le témoin s'exprime en mitchif et fournit le texte suivant:*]

Kay nantaw itihta.

[*Traduction*]

Cela signifie: « Ne vous inquiétez pas. »

Pendant plus de 25 ans, j'ai vécu les conséquences des traumatismes intergénérationnels, de la dépendance, de la violence, du harcèlement et de la rupture sociale et j'en ai tiré des enseignements. J'apporte mon expérience personnelle en ce lieu et dans cette conversation en m'appuyant sur une communauté et une identité liées à une culture et à la responsabilité d'aider les autres à se relever tout en progressant moi-même.

La Nation métisse de la Saskatchewan représente fièrement les citoyens métis de toute la province bénéficiant des droits prévus à l'article 35. Elle œuvre à la promotion de nos droits, au renforcement de nos communautés et à la préservation de notre culture, de notre langue et de nos traditions pour les générations à venir.

Le 19 août 2025, notre conseil provincial des Métis a déclaré l'état d'urgence en matière de drogue, de gangs, de violence et d'alcool sur l'ensemble du territoire métis de la Saskatchewan. Cette résolution atteste que ces enjeux, qui sont étroitement liés, touchent les Métis de toute la Saskatchewan, et de façon plus particulièrement urgente dans les régions du nord et de l'est.

Cette déclaration n'avait rien de symbolique. Elle traduit la prise de conscience que les problèmes auxquels nous sommes confrontés ne peuvent être résolus par un seul ministère, un seul gouvernement ou une seule mesure. La toxicomanie, la santé mentale, l'itinérance, la violence, les démêlés avec la justice et l'instabilité familiale sont étroitement liés.

Jusqu'ici, nous n'avons fait que réagir. Notre réponse doit être profondément enracinée, cohérente et guidée par un objectif précis. Il ne s'agit pas simplement d'une situation d'urgence en toxicomanie. Il s'agit d'une situation d'urgence mettant en jeu la sécurité communautaire, la santé, le logement, la justice et les familles. Il s'agit de redéfinir notre avenir.

Il faut, entre autres, reconnaître que la dépendance est étroitement liée aux gangs, à la violence et à la sécurité communautaire, et que c'est ce qui engendre ce chaos. Il ne s'agit donc pas seulement d'appliquer la loi. L'objectif est de changer la donne et de fournir aux gens les moyens nécessaires pour agir et ouvrir un chemin leur permettant de réfléchir sur eux-mêmes et de prendre leur destin en main, au lieu de devenir une statistique de plus.

Sur ce, je passe la parole à ma collègue la ministre Fullerton.

Beverly Fullerton-Trotchie (ministre de la Santé, de la Santé mentale et des Dépendances, Métis Nation-Saskatchewan): Merci, monsieur Merasty, et merci, monsieur le président, de cette occasion qui m'est offerte.

Je m'appelle Beverly Fullerton. Je suis ministre de la Santé, de la Santé mentale et des Dépendances, ainsi que directrice régionale de la région ouest n^{o} 2A.

Je suis métisse, mère de sept enfants et kokum de deux petits-fils. Je me présente à vous après 14 ans de rétablissement. Avant d'occuper ce poste, j'ai été victime de maltraitance, et j'ai connu le placement en famille d'accueil, les gangs, la toxicomanie et l'incarcération. Aujourd'hui, je mets ces expériences de vie au service de ma mission: défendre nos citoyens et le Canada. La femme que j'étais à l'époque méritait autant de sécurité et d'attention que la ministre qui se tient devant vous aujourd'hui.

La Saskatchewan continue d'être confrontée à de graves problèmes liés à la toxicité médicamenteuse. Au 1er octobre, selon le service médico-légal de la Saskatchewan, on dénombrait 193 décès confirmés ou présumés liés à la toxicité médicamenteuse entre janvier et décembre. Saskatoon a enregistré plus de 2 500 appels d'urgence, et nous savons que ces chiffres concernent en grande majorité des membres de notre communauté.

Notre approche repose sur un continuum complet comprenant la prévention, l'intervention, le traitement, le rétablissement, le logement, la réinsertion sociale et la sécurité communautaire. Notre première démarche consiste à aller à la rencontre des gens là où ils se trouvent.

Nous proposons des programmes pour les gens là où ils sont: nous apportons une réponse accessible à tous face aux crises de surdose. Notre programme de sensibilisation mobile « Wiichihew Li Moond » compte 28 006 personnes accompagnées et comprend la distribution de 1 500 trousses de naloxone, 903 mises en relation avec des solutions de logement, 390 réintégrations dans le système de santé et plus de 12 000 transferts vers des centres d'accueil, des services médicaux et des structures de prise en charge de la toxicomanie.

Le travail qui permet d'assurer la sécurité et la prise en charge offre la possibilité d'intervenir avant qu'une situation ne débouche sur une admission aux urgences, une arrestation ou un décès. Cependant, des programmes fragmentaires qui dépendent d'ententes de contribution à court terme ne peuvent pas garantir la continuité dont nos concitoyens ont besoin. C'est également la raison pour laquelle nous faisons la promotion d'un centre de rétablissement spécialement destiné aux Métis, ancré dans le territoire, près de Batoche, sur notre territoire ancestral. Le projet actuel prévoit 60 places: 10 pour la prise en charge médicale du sevrage et de la stabilisation, et 50 pour un traitement structuré de 90 jours en établissement.

Ce modèle associe les approches thérapeutiques cliniques et traditionnelles ancrées dans le territoire, l'implication de la famille et un suivi structuré. Pour moi, ce lien est essentiel. Nous accompagnons une personne qui a besoin de trouver sa place, de relations en lesquelles elle peut avoir confiance et de la possibilité de se construire une vie au-delà de la dépendance.

L'état d'urgence déclaré par la Nation métisse de la Saskatchewan est un appel au partenariat et à l'action. La Saskatchewan a besoin d'une réponse coordonnée qui permette à toute personne de passer d'une situation de crise à la sécurité, au traitement, au logement et au rétablissement, et qui favorise son lien avec sa famille et sa communauté.

Nous nous présentons devant vous avec une expérience vécue. Nous sommes passés par là.

Merci.

● (1800)

Le président: Merci beaucoup.

Pour gagner du temps, nous pouvons passer directement à M. Bailey.

Vous avez six minutes, monsieur. Allez-y, je vous en prie.

Burton Bailey: Merci, monsieur le président.

Monsieur Somers, je vais vous poser quelques questions auxquelles j'aimerais que vous répondiez par oui ou par non, parce que j'ai très peu de temps et que et vous nous avez déjà fourni une excellente introduction. Je tiens à vous souhaiter à nouveau la bienvenue à ce comité.

En dehors du cadre hospitalier, où les ordonnances et la surveillance sont rigoureuses, la consommation personnelle de fentanyl est-elle sans danger, oui ou non?

Julian M. Somers: Non.

Burton Bailey: Pensez-vous que la dépénalisation des drogues dures soit une erreur, oui ou non?

Julian M. Somers: Oui.

Burton Bailey: Merci.

Vous connaissez bien le modèle de l'Alberta. Nous avons déterminé une norme de rétablissement pour les personnes souffrant de dépendance. Ma première question est la suivante: si l'on étendait ce modèle à d'autres provinces, par exemple en Colombie-Britannique, de combien de lits aurait-on besoin?

Pour vous donner une idée, l'Alberta en compte 10 000.

Julian M. Somers: J'ai travaillé en Alberta à la conception et à la mise en œuvre du modèle de rétablissement. Je dirais — mais je n'ai pas fait le calcul — que ce serait au moins du même ordre pour ce seul volet, et on ne parle que d'un seul volet.

Burton Bailey: L'autre question est la suivante: au-delà des conclusions selon lesquelles aucun changement significatif n'a été observé en matière d'hospitalisations ou de décès liés à une intoxication médicamenteuse, quels sont les autres indicateurs de santé publique, de justice pénale ou sociaux dont les variables ont changé en Colombie-Britannique après la dépénalisation?

Julian M. Somers: Il a fallu environ un an avant que les municipalités n'entament des poursuites contre la province pour demander que celle-ci prenne des mesures pour lutter contre la consommation de drogues dans les parcs, dans les aires de jeux et dans les transports en commun. Et même, finalement, dans les hôpitaux. Les répercussions immédiates ont été spectaculaires, flagrantes et alarmantes. La conclusion a été que la province avait fait preuve de négligence dans son évaluation de ces politiques. Ces informations nous viennent de la vérificatrice générale de la Colombie-Britannique.

Nous nous sommes principalement appuyés sur ce que nos sens nous révélaient et sur ce que nous pouvions constater dans nos rues, et c'est terrible.

Burton Bailey: Je veux d'abord vous remercier de votre travail en Alberta. Je suis très fier de ce que notre province fait pour aider les gens à se rétablir et pour ne pas favoriser les dépendances.

J'aimerais vous parler un peu d'une étude menée par le Dr Nathaniel Day au Centre of Recovery Excellence. Connaissez-vous cette étude?

Julian M. Somers: Oui.

Burton Bailey: En résumé, Red Deer a fermé ce centre d'injection d'opioïdes, et on n'a constaté aucune augmentation du nombre d'hospitalisations ou de décès. On a plutôt observé une augmentation du nombre de personnes en voie de rétablissement. À Lethbridge, le centre d'injection d'opioïdes a continué à fonctionner.

Ma question est la suivante: pensez-vous que les centres d'injection d'opioïdes devraient continuer à fonctionner?

Julian M. Somers: Je crois qu'on peut faire mieux. Le modèle qui s'est révélé efficace pour réduire la transmission des maladies infectieuses dans les années 1980 et 1990 est désormais supplanté par des mesures plus efficaces et plus immédiates qui n'exigent plus l'étape intermédiaire du soutien aux personnes consommant des drogues.

Le danger que représentent les sites de consommation est avéré en Colombie-Britannique. Il y avait autrefois dans cette province le seul lieu de ce genre au monde, Insite, et, depuis les dernières années, on est passé à 58 sites. Le problème de cette multiplication est qu'on sait parfaitement que les personnes qui fréquentent ces sites consomment la majeure partie de leurs drogues ailleurs. Cela explique en partie pourquoi une administration comme la Colombie-Britannique peut multiplier considérablement le nombre de sites de consommation, mais que le nombre de décès augmente. C'est parce qu'on ne répond pas aux besoins des personnes dans tous les contextes où elles ont besoin d'aide. Il faut donc aborder immédiatement la question des logements plus sûrs et des mesures d'accompagnement permettant aux personnes de se réinsérer socialement.

Burton Bailey: Merci de cette réponse, parce que, à Red Deer, les millions de dollars destinés à ce centre d'injection d'opioïdes pour aider une centaine de personnes… Cet argent a été réacheminé à des programmes de réinsertion, et cela aide ces mêmes personnes. Nous estimons que l'argent des contribuables est ainsi bien mieux utilisé.

Du côté des conservateurs, nous ne nous contentons pas de formuler des critiques. Nous voulons trouver et mettre en œuvre des solutions qui permettront d'endiguer l'épidémie d'opioïdes au Canada et de ramener nos proches chez eux, libérés de la dépendance.

À cet égard, je m'intéresse à ce qui se fait au Portugal. Dans vos travaux, vous avez évoqué l'importance qu'on y accorde à l'intégration sociale et les résultats positifs de cette approche. Le Canada obtient-il des résultats satisfaisants en matière d'insertion sociale, ou notre priorité accordée à l'approvisionnement sécurisé a-t-elle peut-être encore davantage marginalisé l'impact individuel?

● (1805)

Julian M. Somers: Je partage la réflexion qui sous-tend votre question. Où la réinsertion sociale s'opère-t-elle? Quelle politique nationale de lutte contre la dépendance met-elle l'accent sur l'importance de la réinsertion sociale?

Selon la stratégie du Portugal, il n'existe pas, à proprement parler, de traitement de la dépendance sans réinsertion sociale. Les Portugais ont fait preuve d'une grande lucidité à cet égard. Ils ont créé environ 63 communautés thérapeutiques et n'ont ouvert aucun site de consommation entre 2000 et 2010, période durant laquelle la plupart des changements majeurs ont été obtenus. La Colombie-Britannique, en revanche, n'a créé aucune communauté thérapeutique et a ouvert, je le rappelle, 58 sites de consommation.

Je ne vois pas où, à l'heure actuelle, les autorités fédérales se concentrent sur la promotion de la réinsertion sociale telle que le fait valoir le rapport « De l'ombre à la lumière » et dont l'efficacité et la faisabilité ont été démontrées durant les essais « At Home/Chez Soi » effectués à travers le pays.

Le président: Merci. Vous êtes juste à l'heure.

Monsieur Rana, vous avez six minutes.

Allez-y, monsieur, je vous en prie.

Aslam Rana (Hamilton-Centre, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci aux témoins de nous consacrer un peu de leur précieux temps.

Madame Fullerton-Trotchie, depuis le mois d'août, le Fonds de soins d'urgence a attribué plus de 139 millions de dollars à plus de 141 projets réalisés dans des municipalités et dans des communautés autochtones, notamment à des projets dirigés par les Métis en Colombie-Britannique et au Manitoba. Quels sont les types de projets qui ont le plus d'impact pour les citoyens métis de la Saskatchewan?

Beverly Fullerton-Trotchie: Il est vraiment regrettable que notre demande au Fonds des soins d'urgence ait été rejetée.

Nous sommes devant vous, avec les outils nécessaires pour établir le dialogue avec nos concitoyens. Notre communauté métisse est une entité distincte. Contrairement aux Premières Nations, nos proches généralement liés à une réserve ou à un territoire, nous relevons de l'administration provinciale. Vous constaterez que nos concitoyens vivant dans les communautés du nord et isolées n'ont pas aussi facilement accès aux services et aux programmes que beaucoup de ceux qui vivent dans les centres urbains.

Les données démographiques concernant les Autochtones sans abri ou confrontés à la crise des opioïdes et aux dépendances révèlent qu'une grande majorité d'entre eux viennent du nord. Nous essayons donc d'aller à leur rencontre là où ils se trouvent. Si nous avions accès à un financement stable...

C'est le lien culturel. Nous parlons de réinsertion sociale. Nous parlons du modèle portugais. Observez et vous constaterez que la plupart de ceux qui souffrent de dépendance sont des Autochtones. On ne parle pas de nos modes de vie autochtones, de nos pratiques culturelles ni de nos traditions. Nous pouvons en réalité guérir les nôtres et leur permettre de reprendre le chemin de la vie.

S'agissant de financement à court terme ou de coupes budgétaires, on a un programme qui fonctionne — en créant des liens, en réunissant des familles, en allant à la rencontre des*oskâpêwis*, etc. — , et pourtant il faut de nouveau chercher une nouvelle proposition pour trouver des fonds. Malheureusement, il faut aller annoncer à nos concitoyens et à leurs familles que le financement a été réduit et qu'il n'est pas possible de prolonger tel ou tel programme.

Nous faisons tout en notre pouvoir. Nous examinons d'autres modèles mis en œuvre dans les autres provinces. Nous avons un cadre de référence. Nous avons élaboré un modèle de continuum de soins. Il ne nous manque que les partenariats et les soutiens nécessaires. Je peux vous garantir que, d'ici dix ans, vous verrez les chiffres évoluer de manière spectaculaire.

Aslam Rana: Le Programme de prévention de la consommation de substances chez les jeunes de l'Agence de la santé publique du Canada investira 20,2 millions de dollars au cours des cinq prochaines années dans des projets communautaires visant à prévenir ou à retarder la consommation de substances chez les jeunes. Comment un projet de ce genre pourrait-il fonctionner pour les jeunes Métis?

Beverly Fullerton-Trotchie: La prévention est notre priorité absolue. Nos familles sont marquées par le traumatisme intergénérationnel et la situation des survivants des pensionnats. Nous avons des kokums qui font partie de gangs avec leurs petits-enfants. En matière de prévention, il faut créer un lien avec les familles dès le départ et les accompagner tout au long de leur parcours.

Quand j'ai entamé mon parcours de réinsertion, une agente des Services correctionnels m'a appris qu'on prenait vraiment le temps de s'asseoir, de préparer des repas et de créer des souvenirs. Il s'agit de réintroduire les besoins fondamentaux dans nos vies. Ce sont là des choses que les gens tiennent pour acquises ou auxquelles ils n'accordent pas une seconde de réflexion. Beaucoup de nos familles ont simplement besoin d'aide pour subvenir à ces besoins fondamentaux, gérer leur budget et comprendre comment elles peuvent faire les choses différemment.

Cette prévention va commencer dès que nos tout-petits entrent en prématernelle: nous les accompagnerons tout au long de leur scolarité, nous irons à leur rencontre et nous repérerons les signaux d'alerte avant qu'un problème ne devienne... pas tant un problème que... En fait, si, dans notre communauté, on avait ces mesures de soutien sur place, pour renforcer les programmes dirigés par nos aînés et nos jeunes, on verrait sûrement une différence.

● (1810)

Aslam Rana: Le nombre de décès liés aux opioïdes a diminué d'environ 10 % à l'échelle nationale au cours des 12 derniers mois, et la Saskatchewan a également enregistré une baisse.

Quelles sont les initiatives qui portent leurs fruits dans les communautés métisses, et sur quoi devrait-on s'appuyer?

Beverly Fullerton-Trotchie: Je suis désolée. Vous avez bien dit que la consommation d'opioïdes a baissé de 10 %?

Aslam Rana: C'est bien cela.

Beverly Fullerton-Trotchie: Nous enterrons les nôtres, si vous voyez ce que je veux dire.

Quand le nombre de consommateurs diminue, c'est probablement parce qu'ils sont décédés. Nous avons enterré davantage de personnes au cours des deux dernières années. La situation a considérablement changé depuis cinq ans en matière de drogues et de violence. On constate une augmentation dans nos communautés du nord, isolées et rurales. On constate que le phénomène s'étend au-delà des centres urbains.

Je ne sais pas quelle source indique que ces chiffres sont en baisse, parce que, dans notre communauté — et nous la connaissons bien —, ils ne baissent pas.

Aslam Rana: C'est malheureux.

Qu'est-ce qui aide les personnes à rester en bonne santé une fois qu'elles rentrent chez elles après un traitement ou une détention, et comment le gouvernement fédéral pourrait-il apporter son aide?

Beverly Fullerton-Trotchie: Nous nous intéressons aux programmes de vie sobre. Là encore, pour notre pavillon de ressourcement ancré dans le territoire, nous avons besoin d'un soutien financier pour les infrastructures de santé. Nous travaillons avec l'administration provinciale et avec le gouvernement fédéral, et nous sommes en train de construire ce pavillon. Partout au Canada, des pavillons de ressourcement permettent à leurs résidents de renouer avec leur famille et avec leur communauté.

Concernant la Nation métisse de Saskatchewan, pour voir ce qui va fonctionner… Je vais prendre mon propre cas comme exemple. Je suis rentrée chez moi après avoir purgé une peine fédérale de cinq ans. J'étais une droguée. Je m'injectais de la drogue. J'étais toxicomane. J'appartenais à un gang. J'étais la femme du chef du gang le plus violent de la Saskatchewan. À mon retour, je ne connaissais plus ma communauté. Je ne savais pas comment mener une vie différente. J'ai pris la décision de changer. Par la volonté du Créateur, j'ai retrouvé le chemin de la Nation métisse. Je suis allée à Batoche. J'ai renoué avec mon peuple. Un jour, j'ai croisé notre président, qui m'a dit: « Bienvenue chez toi. » J'ai commencé à assister à nos événements culturels. J'ai commencé à avoir envie d'aider les autres. J'ai trouvé une voix que tant de membres de notre peuple n'ont pas. Je suis ici aujourd'hui pour faire entendre la voix de ceux qui n'en ont pas.

Je sais quelles petites attentions font la différence. Cela a été aussi simple qu'un sac d'épicerie juste avant Noël, avec les ingrédients nécessaires pour préparer des biscuits avec mes enfants. Ce sont ces petites choses qui changent vraiment le parcours d'une personne. Nous avons besoin de ressources et de soutien pour être présents sur le terrain, travailler avec les nôtres et veiller à ce qu'ils n'oublient pas qu'ils valent la peine. Ils ne sont pas de simples statistiques simplement parce qu'on leur a collé une étiquette. Ce sont nos proches, et ils valent la peine.

Nous sommes là pour en témoigner. Nous étions les pires parmi les pires. Le Canada, les organisations et les gouvernements voulaient nous enfermer et jeter la clé. Nous nous sommes battus et nous nous en sommes sortis, et nous avons prouvé que le changement est possible. Écoutez ces témoignages vécus et donnez à nos Autochtones la possibilité de créer.

La Compassionate Intervention Act est en voie d'être adoptée. Nous connaissons la population concernée par ces traitements forcés et non consentis... C'est nécessaire pour certains. On ne nous a pas fourni tous les outils nécessaires pour prendre soin des nôtres avant la construction d'un autre établissement institutionnel.

Aslam Rana: Merci beaucoup de votre franchise et de nous avoir relaté votre expérience. C'est très apprécié.

Je pense que mon temps est écoulé.

La vice-présidente (Raquel Dancho (Kildonan—St. Paul, PCC)): Oui. Merci beaucoup.

Chers collègues, mesdames et messieurs les témoins, je suis la vice-présidente de ce comité et j'en assume temporairement la présidence.

Merci beaucoup, madame la ministre, pour cet excellent témoignage. Il va vraiment enrichir notre étude. Donc, merci beaucoup.

[*Français*]

C'est maintenant au tour de Mme Gaudreau, qui a la parole pour six minutes.

Marie-Hélène Gaudreau: Monsieur Somers, vous avez dit dans vos remarques d'ouverture qu'il y avait eu des travaux antérieurs qui annonçaient cette crise d'opioïdes. Ai-je bien compris?

[*Traduction*]

Julian M. Somers: Oui.

● (1815)

[*Français*]

Marie-Hélène Gaudreau: En quelle année est-ce que c'était?

[*Traduction*]

Julian M. Somers: Il y a eu plusieurs études, mais celle qui est probablement la plus importante en Colombie-Britannique date de 2016. Elle a montré une hausse des diagnostics de dépendance de la population carcérale de la province. Cette hausse s'accompagnait non seulement d'une augmentation de la mortalité, mais aussi d'un doublement du nombre moyen de condamnations antérieures de ces personnes. C'était un signal d'alarme clair quant à la récidive.

[*Français*]

Marie-Hélène Gaudreau: Je vous trouve brave de revenir ici, parce qu'en 2019, quand j'ai décidé de faire le saut en politique, c'était parce que je constatais foncièrement qu'il y avait beaucoup de choses à changer. L'une d'entre elles, c'était la situation en matière de pauvreté, d'itinérance et de consommation. C'était exactement ça. J'étais dans des groupes communautaires et je me disais qu'il fallait que j'aide autrement.

Là, force est de constater qu'il y a des modèles qui réussissent à se réguler. On parle de voir dans d'autres pays ce qu'ils font. Non, on a des modèles chez nous, chez vous, dont on peut s'inspirer et, à la base, c'est une volonté politique. En effet, tantôt, dans son témoignage, M. Kaiser nous a dit qu'on pouvait constater que, pendant la pandémie, on avait réussi. On n'a pas attendu de faire 12 millions d'études. Il fallait agir, car les gens mouraient. Quelle crise est-ce que ça prend pour qu'on se dégrouille les foufounes?

Sérieusement, moi, je vous ramène tout un chacun à l'humain qui cherche à sauver sa peau. Sauver sa peau, pour certains, c'est de savoir où ils vont dormir ce soir; pour d'autres, c'est de savoir comment ils vont nourrir leurs enfants demain. Pour moi, je peux le dire — et c'est comme ça pour d'autres également — c'est de voir comment je vais faire pour gagner mes prochaines élections. Sérieusement, c'est ça qu'on vit dans la société. Plus on souffre, plus on se demande ce qui se passe.

Premièrement, je veux vous entendre nous parler de ce qui a fait que vous êtes devenu un modèle et que ça a eu une énorme portée chez vous, et qu'on ne réussit toujours pas à offrir. Quelle est votre recette?

Moi, je suis gênée d'être ici avec mes collègues les 342 députés, et de dire qu'on a vu ça venir, comme la crise du logement. Il y a 10 ans, je me disais que ça s'en venait. On le sait, les gens vieillissent, les gens s'appauvrissent. Qu'est-ce que c'est, ça?

Je vous laisse aller. Je suis très découragée. Donc, je veux vous entendre. Merci d'être là.

[*Traduction*]

Brennan Merasty: Merci, madame la députée.

Nous avons besoin de lieux sûrs pour guérir, pour découvrir les causes profondes de nos problèmes, pour nous regarder dans le miroir et nous demander pourquoi. Seuls des lieux sûrs nous permettront de le faire, comme cela a été le cas pour moi. Je n'ai pas besoin d'endroits où continuer à consommer, car si vous m'approvisionnez toujours en pipes à crack, je vais continuer à fumer.

À cause des modèles institutionnels, la rupture des liens entre les générations est un grave problème pour notre peuple. Mon oncle Robert est un survivant du pensionnat d'Île-à-la-Crosse. Il n'arrive même pas à tenir une conversation avec ses enfants à cause de ce qu'on lui a enlevé. Ce qu'il a vécu au pensionnat a rompu les liens qui l'unissaient à sa femme et à ses enfants — il a divorcé et sa famille a été brisée.

Mon défunt père a emporté son histoire dans la tombe. Il m'a fallu 25 ans avant de ressentir le désir de me regarder dans le miroir et de me demander pourquoi, puis pour pouvoir comprendre les choix qu'il avait faits et les raisons pour lesquelles il avait brisé notre famille. J'avais beaucoup de haine et de colère en moi. Quand j'ai découvert son histoire, j'ai pu me retrouver, comprendre, pardonner sincèrement et avancer dans la bonne direction. Le séjour de 6 mois que je devais faire dans ce lieu sûr s'est transformé en un séjour de 16 mois. Vous ne pouvez pas imposer des restrictions et des échéances au cheminement de guérison des gens, et vous ne pouvez pas continuer à nous offrir des lieux sûrs pour continuer à consommer.

Il ne s'agit pas d'une théorie ni d'une autre étude. Vous avez devant vous deux personnes qui l'ont vécu et qui s'en sont sorties. Il y en a beaucoup d'autres, mais 90 % des gens ne s'en sortent pas. Réfléchissez-y. Nous ne sommes pas une théorie; nous sommes bien réels.

● (1820)

Beverly Fullerton-Trotchie: Vous avez demandé quelle était la recette.

Redonnez des possibilités aux Autochtones grâce à un financement stable. Cessez de placer les membres de nos communautés dans des situations où ils doivent mendier pour se nourrir. Ils n'arrivent pas à joindre les deux bouts et ils peinent à s'en sortir dans une économie qui ne leur permet pas de progresser. Les Autochtones des communautés rurales et éloignées sont désavantagés.

Merci.

Le président: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à Mme Konanz pour quatre minutes.

Vous avez la parole, madame.

Helena Konanz: Merci.

Je tiens à remercier tous les témoins présents aujourd'hui. Cette journée a été très instructive et riche en émotions.

Ma première question s'adresse à Mme Fullerton-Trotchie.

Votre récit est très marquant. Merci de nous l'avoir relaté et de nous avoir fait part de votre vécu.

On nous dit que, selon les statistiques, le nombre de décès et de surdoses a diminué, mais vous n'êtes pas d'accord. Vous dites que ces statistiques sont erronées et qu'elles ne correspondent pas à ce que vous constatez. Je suis d'accord avec vous. Dans nos collectivités, c'est la même chose.

Pourquoi, selon vous, les statistiques diffèrent-elles autant de ce que nous constatons sur le terrain? Que se passe-t-il, à votre avis?

Beverly Fullerton-Trotchie: Nous avons des intervenants de première ligne qui travaillent directement auprès des membres de nos communautés. Ils disposent de nos données. Nous avons des données internes et assurons un suivi, et nous constatons ces besoins. Nous allons rencontrer les gens sur place. Il y a deux semaines à peine, nous avons assisté au démantèlement d'un campement.

Je ne sais pas qui recueille les données et les statistiques qui vous sont transmises. Personne ne m'a posé la question. Personne n'a obtenu de nouveaux chiffres. Vous n'avez peut-être pas reçu les nouveaux chiffres qui tiennent compte de deux adolescents d'une même famille dont la mère vient de faire une surdose et qui se sont mis à consommer. Nous le constatons nous-mêmes, alors je ne sais pas comment nous pourrions contribuer aux statistiques que vous consultez.

Helena Konanz: Je suis d'accord avec vous. Dans mes collectivités, nous constatons nous aussi une augmentation. Tout à l'heure, je vous ai dit que, dans ma ville, Penticton, les statistiques font état d'une baisse des décès. Pourtant, les premiers intervenants ont indiqué que le taux de surdoses à Penticton avait augmenté de 500 % au premier trimestre de 2026 par rapport au premier trimestre de 2025. C'est vraiment stupéfiant.

Merci de ces précisions.

J'ai une question pour M. Somers.

Pouvez-vous nous dire ce que vous pensez des sites de consommation en Colombie-Britannique? Vous l'avez déjà fait, mais on les appelle parfois « sites d'injection sécuritaire ». Les administrations locales sont en train d'en fermer beaucoup parce que ces sites ont eu des effets particulièrement dévastateurs sur les collectivités, surtout ceux des petites villes, et même des grandes villes. Beaucoup de ces villes, de ces collectivités n'ont aucun autre service de soutien. Elles n'ont ni services de soutien en santé mentale ni places de désintoxication. Elles ont seulement un endroit où les gens peuvent aller se faire donner de la drogue ou en consommer, et perpétuer le cycle.

Pouvez-vous expliquer pourquoi, selon vous, cela ne fonctionne pas?

Julian M. Somers: Le gouvernement provincial a décidé d'investir en même temps dans les sites de consommation, dans des solutions de rechange pharmaceutiques et, bien sûr, dans la décriminalisation. Or, ces solutions de rechange se sont révélées être des compléments aux drogues illégales plutôt que des substituts. À cela se sont ajoutées toutes les dépenses connexes, notamment pour les premiers intervenants et les services policiers, ainsi que les répercussions négatives sur les entreprises. Tout cela nuit directement ou indirectement à notre économie.

Il l'a fait tout en se désengageant de mesures qui prenaient lentement de l'ampleur, comme les logements dispersés. Tout cela a disparu pour être remplacé par des logements collectifs à faible seuil d'accès. Ce modèle repose sur une idéologie selon laquelle la dépendance, c'est-à-dire la perte de maîtrise d'un comportement qui nuit à la personne, ne devrait pas être considérée comme une maladie mentale, mais plutôt comme un choix de mode de vie. Cette approche était profondément malavisée.

● (1825)

Le président: Merci beaucoup.

Helena Konanz: Merci beaucoup.

Le président: Nous passons maintenant à M. Eyolfson pour quatre minutes ou moins.

Doug Eyolfson: Merci, monsieur le président.

Merci à tous les témoins présents.

Monsieur le ministre Merasty, madame la ministre Fullerton-Trotchie, vos témoignages me touchent beaucoup. J'ai fait ma formation en médecine d'urgence à Winnipeg et j'ai passé huit ans dans un hôpital du centre-ville. Beaucoup de mes patients étaient autochtones, et beaucoup venaient de communautés isolées.

Nous avons notamment constaté qu'il est particulièrement difficile de traiter une personne pour une dépendance si elle ne se sent pas prête. J'ai aussi constaté un autre obstacle majeur: nous pouvons proposer des établissements de traitement aux patients autochtones, mais comme ils viennent d'autres communautés, ils ne se sentent pas chez eux. Ils ont l'impression que ces centres n'ont rien à leur offrir. J'imagine que le problème est encore plus grand dans les régions isolées où il n'y en a pas.

Selon votre expérience, en l'absence de lieux adaptés à leur culture, les membres de vos communautés sont-ils moins susceptibles de demander un traitement et d'accepter d'en suivre un?

Beverly Fullerton-Trotchie: Je vais répondre brièvement à cette question.

Quand vous entrez dans un établissement dont le personnel ne vous connaît pas, ne connaît pas votre culture, n'arrive pas à créer de liens avec vous ni à vous comprendre, et vous aborde de façon très autoritaire, on place la barre très haut: si votre guérison ne suit pas les étapes prévues dans le programme, vous êtes en échec. Dans un programme de ce genre, vous avez constamment l'impression que, si vous faites un faux pas, vous ne méritez pas de guérir.

Les membres de nos communautés ont besoin d'un but. Pour le moment, leur but est de trouver leur prochaine dose et de se droguer de nouveau. Voilà leur but. On place quelqu'un dans un établissement et on lui dit: « Guérissez. Vous êtes en train de changer. » Mais si cette personne n'a pas de but, elle se retrouve sans rien pour occuper son esprit ni ses mains. Encore une fois, si vous êtes autochtone et qu'on vous place dans une communauté avec laquelle vous n'avez aucun lien, comment voulez-vous créer des liens et avoir envie d'essayer de vous rétablir?

Doug Eyolfson: Tout à fait.

Constatez-vous des améliorations, à tout le moins dans les grands centres, même si vous n'avez pas de centres adaptés dans vos communautés? Est-ce qu'on met en place davantage de lieux de traitement adaptés à la culture lorsque les soins ne sont pas offerts dans la communauté d'origine?

Beverly Fullerton-Trotchie: Nous faisons tout notre possible pour les membres de nos communautés. Nous partons de leur réalité. Nous avons des sections locales qui organisent des activités et les y accueillent. Nous avons un programme de transport médical, un programme de services mobiles de proximité, des subventions pour le mieux-être mental et des subventions locales pour le mieux-être des jeunes. Nous utilisons chaque dollar fédéral que nous pouvons obtenir, et cet argent retourne directement à nos citoyens. Nous versons constamment des subventions communautaires pour essayer d'aider les gens en matière de mieux-être mental et de dépendances, et nous espérons continuer à élargir ces mesures.

Chez les personnes avec qui nous arrivons à nouer des liens, nous constatons un changement. Je ne veux pas qu'on pense que, parce que je dis que les chiffres augmentent, nous n'avons rien changé ni aidé personne. Nous avons aidé beaucoup de nos citoyens. Nous sommes la preuve que tout le monde mérite d'être aidé, et nous voyons des changements se produire. Nous voulons simplement que cela puisse durer.

Doug Eyolfson: Merci.

Pour reprendre un cliché un peu usé, « il faut tout un village ». Est-ce bien ce que vous dites?

Beverly Fullerton-Trotchie: Absolument.

Doug Eyolfson: En ce qui concerne l'itinérance, la réponse à ma question va de soi. Diriez-vous qu'il est encore plus difficile de trouver un logement stable aux personnes dans cette situation dans vos communautés isolées?

Brennan Merasty: On ne peut pas continuer à construire des maisons si les gens ne sont pas prêts à y vivre ou à prendre soin d'eux-mêmes. Nous avons avant tout besoin de lieux sûrs pour guérir.

Doug Eyolfson: Très bien. Mon temps est écoulé. Merci beaucoup.

Le président: Je vous remercie.

Nous passons à Mme Gaudreau pour deux minutes.

Vous avez la parole.

[*Français*]

Marie-Hélène Gaudreau: Merci, monsieur le président.

Docteur Mathew, vous le savez probablement, le 5 novembre, nous aurons un budget tout frais. Ce budget ne sera pas imprimé demain, il sera imprimé la veille. Donc, on a le temps et on peut jaser. À la lumière de vos connaissances en matière de santé et de sécurité publique, que souhaiteriez-vous voir dans le prochain budget?

[*Traduction*]

Dr Nickie Mathew: En ce qui concerne la santé et la sécurité publiques, je vais revenir sur certains points que j'ai soulignés dans mon exposé. L'un des grands problèmes qui se posent est celui des agressions commises au hasard contre des inconnus. Elles surviennent parce que des personnes atteintes d'une maladie mentale non traitée ont accès à des substances très puissantes. Il nous faut davantage d'endroits où traiter simultanément leurs maladies psychiatriques et leurs troubles liés à la consommation de substances.

Il nous faut aussi un continuum complet de soins. Cela suppose d'abord de faire de la prévention primaire des troubles liés à la consommation de substances chez les enfants pour réduire la prévalence des dépendances dans la population. Il faut aussi offrir à ces personnes des logements avec services de soutien à leur sortie.

Environ le tiers des personnes atteintes de schizophrénie ne répondront pas aux médicaments. Elles auront besoin de soutien à long terme même une fois stabilisées dans ces milieux de soins aigus et après avoir obtenu leur congé. En combinant toutes ces mesures, nous pourrons réduire considérablement la violence.

● (1830)

[*Français*]

Marie-Hélène Gaudreau: Merci.

Je suis désolée. En fin de journée, il y a l'interprétation et mes collègues parlent. Cependant, le sujet dont on parle est super important.

J'ai très bien entendu, mais j'aimerais l'offrir aux autres, parce que là, on parle de prestation de services et il ne faut pas oublier que les provinces et les territoires sont les spécialistes de la prestation de services.

Mesdames Fullerton-Trotchie et Merasty, qu'est-ce qu'on doit retrouver dans le budget à Ottawa? À quoi vous attendez-vous?

[*Traduction*]

Beverly Fullerton-Trotchie: Nous avons besoin d'un financement réservé aux Métis, qui ne soit pas englobé dans les volets destinés aux Autochtones.

[*Français*]

Marie-Hélène Gaudreau: Parfait, merci.

[*Traduction*]

Le président: Merci beaucoup, madame Gaudreau.

Sur ce, au nom des membres du Comité, je tiens à remercier les témoins pour leurs précieux témoignages et pour le professionnalisme avec lequel ils nous ont fait part de leur vécu.

Merci.

Je constate qu'il y a consensus dans la salle pour lever la séance. La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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