CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

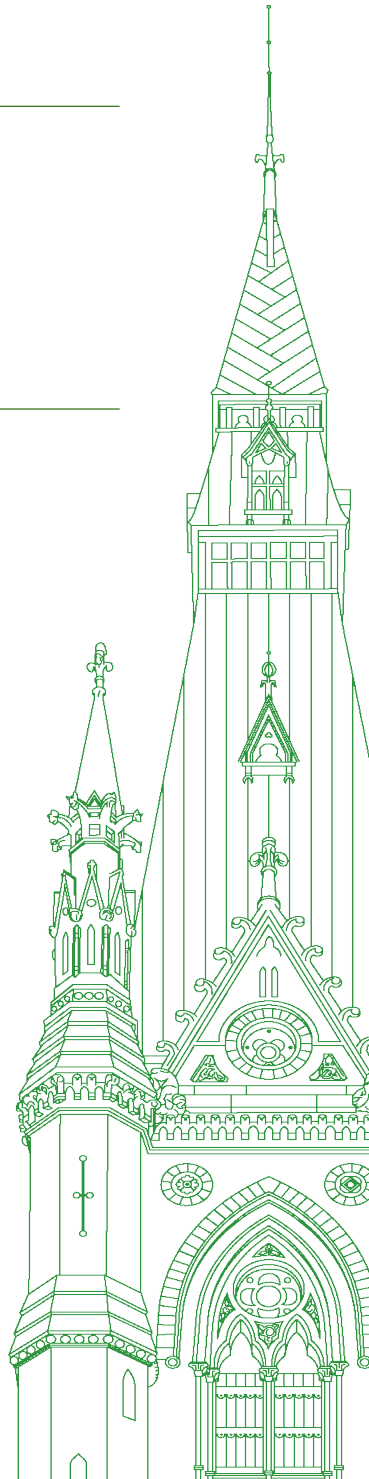
45e LÉGISLATURE, 1re SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 039

Le lundi 26 octobre 2026



Président : Sukh Dhaliwal

Comité permanent de la santé

Le lundi 26 octobre 2026

● (1105)

[*Traduction*]

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

Bienvenue à la 39e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

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

Je voudrais rappeler aux participants quelques consignes.

D'abord, avant de prendre la parole, attendez que je vous désigne nommément.

Si vous participez par vidéoconférence, veuillez cliquer sur l'icône du microphone pour activer votre micro, et le mettre en sourdine lorsque vous ne parlez pas. Au bas de l'écran, vous pouvez sélectionner le canal approprié pour l'interprétation: le parquet, le français ou l'anglais.

Si vous participez dans la salle et que vous souhaitez prendre la parole, veuillez lever la main. Si vous êtes sur Zoom, veuillez utiliser la fonction « Main levée ».

Je vous rappelle que toutes les interventions doivent être adressées à la présidence, mais je vous laisserai une grande liberté à cet égard. Tant que le témoin et le député seront en contact visuel, je n'interromprai pas la conversation.

J'ai une suggestion à faire aux témoins. Si vous voyez une main levée, que ce soit par moi ou par le député qui a la parole, tâchez de vous arrêter ou de conclure immédiatement. Cela nous aidera.

La greffière et moi-même allons gérer l'ordre des interventions de notre mieux. Nous vous remercions de votre patience et de votre compréhension à cet égard.

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

Je voudrais maintenant souhaiter la bienvenue à nos témoins pour cette première heure.

À titre personnel, nous accueillons M. Adam Zivojinovic, journaliste. Du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, nous accueillons le Dr Caudarella. De l'Association canadienne pour la santé mentale, nous accueillons Sarah Kennell, vice-présidente, et David Smith, directeur général, qui participe par vidéoconférence.

Madame Kennell et monsieur Smith, vous disposerez de cinq minutes; vous devez donc décider qui prendra la parole ou si vous souhaitez vous partager ce temps.

Je tiens à vous rappeler 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 le canal d'écoute dont vous avez besoin.

Comme je l'ai mentionné, chaque organisation disposera de cinq minutes pour prononcer son discours d'ouverture.

Nous allons donner la parole à M. Zivojinovic.

Monsieur Zivojinovic, la parole est à vous pendant cinq minutes, s'il vous plaît.

Adam Zivojinovic (journaliste, à titre personnel): Je vous remercie de m'avoir invité à m'exprimer devant le Comité aujourd'hui. Je viens de terminer ma chimiothérapie la semaine dernière; je m'excuse donc par avance si je fais preuve d'un certain brouillard cérébral au cours de mon témoignage.

Je m'appelle Adam Zivo. Je suis journaliste indépendant, surtout connu pour mes chroniques hebdomadaires dans le *National Post* et pour mes reportages sur les politiques canadiennes en matière de drogues. Je suis l'un des principaux détracteurs du mouvement de réduction des méfaits au Canada et, plus particulièrement, de l'approvisionnement sécuritaire. Entre autres, mes travaux ont été largement cités par des responsables politiques canadiens aux niveaux fédéral, provincial et municipal, et ils ont également été mentionnés de manière élogieuse par d'éminents experts américains en matière de politique des drogues, ainsi que par les services d'enquête et la division du crime organisé de la GRC de Colombie-Britannique.

Début 2023, le *National Post* a publié un reportage d'investigation de 10 000 mots que j'ai rédigé à partir d'entretiens menés auprès d'une douzaine d'experts en toxicomanie, principalement des médecins de première ligne. Ils m'ont expliqué que, d'après ce que leur confiaient leurs patients, il était évident que l'hydromorphone fournie dans le cadre du programme d'approvisionnement sécuritaire était largement détournée vers le marché noir. Pourquoi cela se produisait-il? L'hydromorphone est certes aussi puissante que l'héroïne, mais elle est environ 50 fois moins puissante que le fentanyl. Comme la plupart des bénéficiaires de l'approvisionnement sécuritaire sont dépendants au fentanyl, l'hydromorphone qui leur est fournie gratuitement ne leur procure généralement pas d'effet euphorisant, même à des doses maximales; ils vendent donc, en toute logique, leurs comprimés ou les échangent contre la drogue de leur choix. De cette manière, le programme d'approvisionnement sécuritaire ne réduit pas la consommation de fentanyl illicite, mais la subventionne au contraire.

Les personnes que j'ai interrogées ont toutes affirmé qu'en raison du détournement de l'approvisionnement sécuritaire, le prix d'un comprimé d'hydromorphone de 8 milligrammes était passé de 15 à 20 $ pièce à 1 à 5 $ pièce, soit moins qu'une canette de bière. Pour vous donner une idée, deux ou trois de ces comprimés suffisent à provoquer une surdose chez une personne n'ayant jamais consommé d'opioïdes. Pire encore, la disponibilité de cette source d'approvisionnement sécuritaire semble dissuader les personnes dépendantes de se tourner vers des traitements fondés sur des données scientifiques et axés sur le rétablissement. Gardez à l'esprit que les médecins que j'ai initialement interrogés exerçaient à Vancouver, Toronto, Hamilton et Ottawa. Leurs témoignages étaient remarquablement cohérents, malgré la diversité de leurs lieux d'exercice.

Lorsque mon rapport a été publié, les défenseurs de la réduction des méfaits ont rejeté mes conclusions en les qualifiant d'anecdotiques, ce qui correspondait — et ce n'est peut-être pas un hasard — à la même tactique utilisée pour discréditer les premiers rapports sur la crise de l'OxyContin dans les années 2000. Bien que je reconnaisse que les preuves anecdotiques ne soient pas idéales, elles ont comblé une lacune laissée par les chercheurs en réduction des méfaits, qui ont refusé de déployer le moindre effort sérieux pour mesurer le détournement. La plupart des études qui soutiennent l'approvisionnement plus sécuritaire ne consistent en rien de plus que des entretiens ou des enquêtes menés auprès de toxicomanes receveurs qui jurent sur leur vie que le programme est fantastique et que le détournement est négligeable, voire bienveillant. Les militants de la réduction des méfaits ont, de manière inexplicable, présenté ces témoignages de clients, présentés sous un jour flatteur, comme des preuves objectives de réussite et, dans certains cas, ont même affirmé, malgré toutes les preuves, que l'inondation des communautés par des opioïdes pharmaceutiques détournés est une bonne chose, comme si la crise de l'OxyContin n'avait pas démontré le contraire.

J'ai ensuite rédigé plus de 50 chroniques et reportages de suivi sur l'approvisionnement plus sécuritaire. J'ai interviewé une demi-douzaine d'anciens consommateurs de drogue à London, en Ontario, qui ont déclaré que, dans leur entourage, entre 50 % et 80 % de l'approvisionnement sécuritaire avait été détourné. J'ai interrogé deux adolescents de la région de Vancouver qui avaient tragiquement développé une dépendance au fentanyl après être devenus accros à des produits de l'approvisionnement sécuritaire détournés. J'ai ensuite interrogé leur ancien trafiquant de drogue — un adolescent alors en cure de désintoxication — qui m'a longuement expliqué comment il avait écoulé des milliers de comprimés d'hydromorphone issus du programme d'approvisionnement sécuritaire dans le secteur du Downtown Eastside de Vancouver, pour le compte du tristement célèbre gang des Brothers Keepers. J'ai trouvé des dizaines d'exemples de trafic de cet approvisionnement sur Reddit — parfois des centaines, voire des milliers de comprimés à la fois, souvent photographiés dans leurs flacons d'origine. Les revendeurs en ligne présentaient le programme comme une machine à faire de l'argent et plaisantaient en disant que le gouvernement distribuait de l'hydromorphone « comme des bonbons ». Je les ai cités textuellement à ce sujet.

Après avoir insisté, j'ai obtenu de trois services de police de l'Ontario qu'ils me communiquent leurs données annuelles relatives aux saisies d'hydromorphone. Ces données ont montré qu'entre 2020 — l'année où l'approvisionnement sécuritaire s'est généralisé — et 2023, ces saisies ont explosé d'environ 3 000 % à London, de 1 000 % dans la région de Waterloo et de 1 500 % dans la région de Niagara. La police de London a explicitement attribué cette tendance au détournement des stocks destinés à l'approvisionnement sécuritaire, et elle a confirmé lors d'une conférence de presse que le crime organisé était impliqué à tous les niveaux.

Aussi bien intentionné que puisse être l'approvisionnement sécuritaire, il s'est clairement révélé être un désastre pour le Canada. L'Ontario, la Colombie-Britannique et l'Alberta ont tous restreint l'accès à ce programme, mais il faut aller plus loin au niveau fédéral, y compris en allant jusqu'à son abolition totale ou son interdiction, si nécessaire.

Merci de m'avoir accordé un peu de votre temps. Je me ferai un plaisir de répondre à toutes vos questions.

● (1110)

Le président: Merci, monsieur Zivo, et je vous souhaite un prompt rétablissement.

Nous allons maintenant passer au Dr Caudarella pendant cinq minutes.

Je vous en prie, allez-y.

Dr Alexander Caudarella (premier dirigeant, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances): Monsieur le président, mesdames et messieurs les vice-présidents et membres du Comité, je vous remercie d'avoir invité le CCDUS, qui est le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, à comparaître devant vous aujourd'hui.

C'est la quatrième fois que nous nous présentons devant ce comité depuis qu'il a commencé à se pencher sur la crise des opioïdes en décembre 2023. Nous avons communiqué des données. J'ai fait part de mon expérience en tant que médecin généraliste.

Notre vision a toujours été claire. Nous souhaitons coordonner une réponse nationale qui garantisse que chaque porte soit une porte vers l'aide. Cette réponse doit être fondée sur la compassion et guidée par des données factuelles, mais en étant véritablement centrée sur les besoins des communautés et sur leur désir d'être en bonne santé, de rester solidaires et de vivre en toute sécurité.

Depuis le début de cette étude, près de 14 000 personnes sont décédées au Canada des suites d'une intoxication apparente aux opiacés. Nous avons publié, pas plus tard que la semaine dernière, un communiqué soulignant que 70 % des personnes décédées en Ontario l'année dernière l'ont été dans des résidences privées. Je partage ces informations pour vous rappeler que cette crise va bien au-delà de ce que nous considérons trop souvent comme un problème qui touche les autres et ne se produit que dans la rue, alors qu'en réalité, elle tue nos voisins, nos amis et nos proches. Chacune de ces personnes représente quelqu'un qui doit désormais faire face à une perte incommensurable.

Dans notre précédent témoignage, nous avons souligné qu'aucune mesure isolée ne permettrait de résoudre cette crise.

[*Français*]

On a besoin d'un accès aux traitements, au rétablissement, à la réduction des méfaits et aux mesures qui vont protéger la sûreté du public. Ces éléments ne se font pas concurrence.

[*Traduction*]

On oublie souvent la prévention. On la considère comme un plus ou comme quelque chose de secondaire.

Cela fait plus de dix ans que nous avons commencé à tirer la sonnette d'alarme à ce sujet. Ceux qui meurent aujourd'hui n'étaient alors que des enfants. Entretemps, nous avons laissé passer des milliers d'occasions d'agir pour sauver la vie de chacun d'entre eux.

Cette approche doit également s'appliquer à la sécurité publique. C'est pourquoi le CCDUS consacre depuis peu beaucoup plus de temps à réfléchir à la manière dont nous pouvons contribuer à empêcher que les jeunes ne soient recrutés par le crime organisé.

[*Français*]

Nous avons souligné que le traitement des troubles liés à l'usage de substances doit faire partie intégrante des soins de santé courants, plutôt que de relever d'un système parallèle dans lequel les personnes ont de la difficulté à s'orienter.

C'est quelque chose que nous avons vécu. Nous travaillons avec des cardiologues, des médecins de famille et des pédiatres de partout au pays pour nous assurer qu'on traite toute personne qui se rend dans un hôpital pour enfants en lui posant des questions pour lui donner des réponses et lui donner de l'aide.

[*Traduction*]

L'amélioration des services ne suffit pas à elle seule. En réalité, l'un de nos plus grands défis consiste à mettre ces données en pratique de manière cohérente et à grande échelle. C'est pourquoi le CCDUS travaille directement avec les collectivités afin de contribuer à combler le fossé entre les connaissances et l'action. Nous avons collaboré avec plus de 30 petites villes afin d'identifier des solutions concrètes adaptées à leurs besoins. Nous avons publié un guide d'action qui répertorie plus de 50 de ces mesures fondées sur des données probantes, mais qui explique également comment déterminer si elles sont adaptées à leur collectivité.

Il n'y a pas de héros dans cette histoire. Il n'y aura pas de statues érigées en l'honneur de dirigeants victorieux après tout cela. S'il y a des héros, ils sont totalement méconnus et vivent au sein de leurs communautés, s'efforçant de faire naître l'espoir, mais vous ne les verrez jamais aux informations.

Il n'existe pas de modèle parfait, ni de solution parfaite. Simplifier à l'extrême des situations complexes n'aide personne. En réalité, cela ne fait qu'aggraver considérablement le problème.

En réalité, il existe de nombreuses solutions dont nous savons qu'elles fonctionnent. Nous devons cesser de dire aux gens laquelle, parmi ces solutions, est la bonne pour leur communauté. Nous devons plutôt les aider à mettre en œuvre un grand nombre de solutions efficaces et à les appliquer au mieux.

Nous devons également soumettre ces idées à un examen rigoureux par le biais d'une évaluation indépendante et transparente, afin de nous assurer que nous ne causons pas de préjudice, ou de préjudice supplémentaire, car, en fin de compte, il y a toujours un certain préjudice inhérent à toute action. C'est là qu'un leadership national peut faire la différence.

● (1115)

[*Français*]

Pour réaliser des progrès durables, il ne suffit pas que les organisations travaillent chacune de leur côté. Il faut des objectifs clairs et communs, une collaboration entre les gouvernements et les secteurs et une responsabilisation à l'égard des résultats et des indicateurs mesurables, notamment pour déterminer si davantage de personnes ont accès aux soins, si les méfaits diminuent et si les communautés deviennent plus saines et plus sécuritaires.

[*Traduction*]

Nous avons tous un rôle à jouer pour faire face à cette crise. Chaque conversation est une occasion de faire preuve de compassion. Pour une personne qui a peur de demander de l'aide, quelques mots peuvent faire toute la différence. Les communautés nous disent qu'elles sont prêtes. Certains directeurs d'établissement affirment vouloir collaborer avec les chefs de police. Des entreprises souhaitent collaborer avec les services d'urgence. Chacun reconnaît qu'il a un rôle à jouer et souhaite s'impliquer davantage.

Tout ce que je veux dire, c'est que nous devons jouer notre rôle. Le CCDUS est là et se fera un plaisir d'apporter son aide, conformément à sa mission. Nous souhaitons aider votre comité et atteindre ces objectifs tous ensemble.

Merci beaucoup.

Le président: Merci beaucoup, docteur Caudarella.

Nous allons maintenant donner la parole à Mme Kennell et à M. Smith pendant cinq minutes.

Je vous en prie, allez-y.

Sarah Kennell (vice-présidente, Politique, Partenariats et Développement, Association canadienne pour la santé mentale - National): Merci beaucoup, monsieur le président.

Bonjour, et merci de nous avoir invités à comparaître devant le Comité.

L'Association canadienne pour la santé mentale offre des services de première ligne gratuits en matière de santé mentale et de toxicomanie dans plus de 330 collectivités à l'échelle du pays, dans les dix provinces et au Yukon. Nous constatons les répercussions de la toxicomanie sur les personnes, les familles, les lieux de travail et les communautés, et nous savons ce qu'il faut faire pour trouver la voie du rétablissement.

Pour bâtir un Canada fort, il faudra que le gouvernement fédéral fasse preuve de leadership afin de s'attaquer à la crise des opioïdes et de soutenir une main-d'œuvre productive, tout en consolidant les progrès réalisés dans ce domaine. Les secteurs de la construction, des métiers spécialisés, de l'exploitation minière et de l'agriculture, qui emploient majoritairement des hommes, représentent plus d'un tiers des décès par intoxication aux opioïdes, ce qui aura un impact direct sur notre capacité à mener à bien les grands projets prévus.

Nous pouvons faire face à cette crise grâce à des services pérennes s'inscrivant dans un continuum de prise en charge communautaire, allant de la prévention et du traitement à la demande jusqu'au rétablissement à long terme, comme le logement avec services de soutien.

Les ententes fédérales bilatérales de 2017 relatives à la santé mentale et aux addictions comblent une lacune importante en permettant l'accès à des soins qui ne sont pas pris en charge par notre assurance maladie publique. Cet investissement élargit l'accès aux services de proximité et renforce les liens avec les soins de première ligne, mais ce financement est menacé.

La récente prolongation d'un an du financement fédéral bilatéral apporte un soulagement temporaire, mais elle ne permet pas de passer d'interventions à court terme à des solutions durables. Un financement prévisible et à long terme est essentiel pour maintenir les services et retenir le personnel qualifié qui les assure.

Mon collègue Dave Smith, directeur général de l'ACSM de Peel Dufferin, vous présentera des exemples de ces services, qui constituent une priorité dans le cadre de la feuille de route vers le mieux-être de l'Ontario, laquelle bénéficie d'un soutien financier fédéral par le biais d'un financement bilatéral.

Monsieur Smith, c'est à vous.

David Smith (directeur général, Bureau régional Peel Dufferin, Association canadienne pour la santé mentale - National): Merci.

L'ACSM de Peel Dufferin dessert une zone d'environ 1,7 million d'habitants à l'ouest de Toronto, couvrant la région de Peel et le comté de Dufferin, notamment les villes de Mississauga, Brampton, Orangeville et Bolton, ainsi que l'aéroport Pearson de Toronto et une vaste zone rurale au nord-ouest de Toronto. Nous proposons une gamme de services communautaires en santé mentale et en toxicomanie, avec plusieurs programmes axés sur les addictions.

Notre programme de médecine des addictions à accès rapide propose une évaluation, un traitement assisté par la médication et du counseling. Ces services sont implantés au sein des communautés locales, et les usagers y ont accès depuis leur lieu de résidence. Une fois leur état stabilisé, les personnes sont orientées vers des soins primaires et communautaires continus. Le principal avantage de ces programmes réside dans le fait qu'une clinique est ouverte, tous les jours, quelque part dans la région, ce qui permet aux patients d'obtenir l'aide dont ils ont besoin au moment précis où ils sont prêts à la recevoir. Le personnel entretient également des liens au sein des communautés où vivent les patients, ce qui les aide à accéder aux soins de santé primaires, à l'alimentation et au logement.

Nous dirigeons également un pôle de prise en charge de l'itinérance et de la désintoxication, qui s'inscrit dans une approche à l'échelle de l'Ontario visant à lutter contre les addictions et l'itinérance. Ces pôles offrent des soins intégrés en un seul lieu, réunissant sous un même toit des pairs aidants, des professionnels de soins primaires, des spécialistes de la santé mentale et des experts en logement. Des services pratiques utiles sont également proposés, tels que la blanchisserie, des douches, de la nourriture et des vêtements. Le pôle met l'accent sur la stabilisation du logement en aidant les personnes à surmonter les obstacles qui les empêchent de réussir.

Par ailleurs, nous assurons des services d'intervention auprès des personnes sans-abri dans la région de Peel et proposons, au sein de nos équipes de santé mentale, des services dédiés aux troubles concomitants, le tout dans le but d'apporter un soutien immédiat aux personnes dès qu'elles sont prêtes à changer.

Tant dans la région de Peel que dans celle de Dufferin, nous continuons à faire face à des problèmes de capacité d'accueil. Bien que nous ayons constaté une baisse de 15 % à 30 % du nombre de décès liés aux opiacés et de consultations hospitalières, nous observons toujours des changements constants dans les drogues de prédilection et les mélanges, ce qui nécessite une attention et une compréhension particulières, et nos services restent sollicités à plein régime. En raison des contraintes budgétaires, nous ne pouvons assurer le fonctionnement des cliniques dans les communautés locales qu'un jour par semaine, ce qui oblige les usagers soit à parcourir de longues distances, soit à reporter leur traitement à un autre jour. Un financement supplémentaire nous permettrait d'étendre notre action à des zones où nous n'offrons actuellement pas de services et d'améliorer encore le niveau de prise en charge, la rapidité d'intervention et les chances de réussite.

● (1120)

Le président: Merci beaucoup, monsieur Smith et madame Kennell.

Avant d'entamer le tour de questions, j'aimerais souhaiter la bienvenue à la députée Leslie Church. Je suis certain que vous interviendrez un peu plus tard.

Je demande aux députés, lorsqu'ils posent des questions — étant donné qu'il y a plusieurs témoins —, de nommer le témoin à qui la question s'adresse.

Je demande une nouvelle fois aux témoins de bien vouloir maintenir un contact visuel avec le député qui pose les questions, car c'est son temps de parole. Dès qu'il lève la main, veuillez vous interrompre.

Merci.

Sur ce, nous pouvons commencer le premier tour et donner la parole à Mme Konanz pendant six minutes.

Je vous en prie, allez-y.

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

Ma première question s'adresse à M. Zivo.

Merci d'être parmi nous aujourd'hui. Comme vous l'avez évoqué dans votre introduction, la Colombie-Britannique est en état d'urgence sanitaire depuis maintenant une décennie en raison de la crise mortelle liée à la toxicomanie qui la frappe. Des milliers de personnes ont perdu la vie. Cela ne fait aucun doute.

Samedi, les habitants de la Colombie-Britannique ont massivement choisi un nouveau gouvernement qui évaluera les politiques antérieures du gouvernement néo-démocrate Eby et des libéraux fédéraux en matière de toxicomanie. Ayant couvert ces sujets depuis un certain temps, en ce qui concerne des mesures telles que les lieux de consommation de drogues ou ce qu'on appelle l'approvisionnement sécuritaire, dans quelle direction les gouvernements devraient-ils s'orienter pour apporter des changements visant à lutter contre la crise de la toxicomanie et à réduire le nombre de décès par surdose et liés à la consommation de drogues toxiques?

Adam Zivojinovic: Je vais me concentrer plus particulièrement sur l'approvisionnement sécuritaire et ne pas aborder la question des sites de consommation surveillés.

En ce qui concerne l'approvisionnement sécuritaire, je pense que sa suppression totale constitue une réponse raisonnable. En 2025, une étude publiée dans le JAMA a montré que la mise en place de ce programme en Colombie-Britannique était associée à une augmentation significative des hospitalisations liées aux opiacés et n'était pas associée à une diminution de la mortalité due aux opioïdes.

Or, la méthodologie sous-jacente présentait certains problèmes. Il s'agissait d'une analyse synthétique de type « différences dans les différences ». Concrètement, les auteurs ont examiné ces deux indicateurs en Colombie-Britannique et les ont comparés à ceux d'autres provinces. Le problème était qu'il n'y avait pas ici de groupe témoin comparable, car l'Ontario disposait également, dans une certaine mesure, d'un programme d'approvisionnement sécuritaire. Cette méthodologie pose toujours des problèmes. Elle n'est pas comparable aux essais contrôlés randomisés ou ECR, ni à rien de ce genre. Cela dit, elle suggérait fortement que l'approvisionnement sécuritaire ne sauve pas de vies. Je pense que nous pourrions réduire le nombre d'hospitalisations si nous supprimions l'approvisionnement sécuritaire ici.

Si nous voulons maintenir un approvisionnement sécuritaire d'une manière ou d'une autre, je pense que les changements recommandés au CPSO, le Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario, au début de cette année, seraient tout à fait efficaces. L'une des principales recommandations était de limiter la fourniture d'un approvisionnement sécuritaire à six semaines. En substance, l'idée est que si l'on fournit ces produits pendant une période limitée, cela peut servir à inciter les personnes à suivre un traitement, au lieu de leur fournir une solution de rechange qui les dissuade de se soigner.

● (1125)

Helena Konanz: Je vous remercie.

Monsieur Zivo, je sais que vous avez passé beaucoup de temps à discuter avec des défenseurs des droits et des médecins, mais vous avez également pris le temps de parler à des personnes souffrant d'une addiction qui vivent dans des campements ou dans la rue. Celles et ceux qui souffrent dans nos rues, comme je peux le voir, car je viens de la Colombie-Britannique — ce phénomène touche l'ensemble du pays, mais la situation semble plus grave en Colombie-Britannique, du moins pour le moment — ont-ils accès à des ressources leur permettant de se rétablir?

Adam Zivojinovic: Non, pas à ma connaissance. Lorsque je m'entretiens avec des personnes qui se sont sorties de la dépendance, et avec des élus municipaux qui plaident en faveur d'un renforcement des ressources, ce que j'entends sans cesse, c'est qu'il existe de nombreuses possibilités qui entretiennent la dépendance, comme l'accès gratuit aux opioïdes, alors que l'accès aux programmes de rétablissement est très limité.

Par exemple, Stéphanie Plante est conseillère municipale à Ottawa. Sa circonscription regroupe la plupart des sites de consommation supervisés de la ville. Nous sommes amis, elle et moi. Elle s'est plainte à plusieurs reprises du fait que les usagers de drogues de sa circonscription disent qu'ils peuvent se rendre dans un site pour consommer sous surveillance, mais que lorsqu'ils souhaitent accéder à des services axés sur le rétablissement, ceux-ci ne sont tout simplement pas disponibles sur place.

Helena Konanz: J'ai moi-même été conseillère municipale à Penticton, en Colombie-Britannique. On m'a dit, il n'y a pas si longtemps, que si quelqu'un entrait dans notre salle du conseil et disait: « Je dois retourner dans ma famille, et j'ai besoin d'aide », il faudrait deux ans pour franchir la première étape menant à une place en désintoxication. Deux ans. Autrement dit, cela ne fonctionne pas.

Je me demande si vous connaissez peut-être, monsieur Zivo, l'affaire judiciaire récente en Colombie-Britannique dans laquelle un groupe connu sous le nom de Drug User Liberation Front a vu sa condamnation pour trafic de stupéfiants initialement annulée pour des motifs constitutionnels. Santé Canada avait, en fait, rejeté la demande de ce groupe visant à gérer un lieu de consommation, mais celui-ci a néanmoins reçu 200 000 $ de Vancouver Coastal Health pour exploiter ce lieu illégalement. Il stockait de manière inappropriée des drogues provenant du marché noir, vendues à des fins lucratives. La juge a déclaré que cette pratique était absolument nécessaire pour faire face à une crise de santé publique aux proportions épiques.

À votre avis, monsieur Zivo, est-il urgent de tolérer le trafic de drogue pour faire face à une crise de santé publique?

Adam Zivojinovic: Non. Je pense que le problème sous-jacent réside dans le fait que la juge qui a examiné cette affaire avait une très mauvaise compréhension de la crise de la toxicomanie et de la politique en matière de drogues en général. J'ai d'ailleurs lu cette décision très attentivement. J'avais l'intention d'écrire une chronique à ce sujet dans le National Post, mais mon cancer m'en a empêché.

La juge a déclaré qu'il existait un besoin urgent d'un approvisionnement plus sûr et non médicalisé, ce qui revient essentiellement à prôner la légalisation des drogues. Elle n'a, en réalité, cité aucune preuve à l'appui. Elle a mentionné quelques rapports. Par exemple, il y avait un rapport publié par la Dre Bonnie Henry, qui est la médecin-chef de la Colombie-Britannique. Dans ce rapport, la Dre Bonnie Henry affirme explicitement qu'il n'existe aucune preuve tangible en faveur de la légalisation des drogues, mais elle a souhaité extrapoler à partir des données disponibles concernant l'approvisionnement « médicalisé » sécuritaire, qui est le système dont nous disposons actuellement. Les données probantes en faveur d'un approvisionnement sécuritaire et médicalisé sont déjà très faibles. Elles sont pratiquement inexistantes. On ne peut pas en déduire la légalisation des drogues.

Helena Konanz: Puis-je vous poser une petite question? S'agit-il du seul exemple de ces sites de trafic de drogues pseudo-légalisés, ou y en a-t-il d'autres?

Adam Zivojinovic: Je ne saurais pas répondre à cette question.

Le président: Merci, madame Konanz.

Nous allons maintenant donner la parole au Dr Eyolfson pendant six minutes.

Je vous en prie, allez-y.

Doug Eyolfson (Winnipeg-Ouest, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je tiens à vous remercier tous d'être venus ici. Ce sont là des témoignages très précieux.

Docteur Caudarella, je me suis un peu renseigné sur ce sujet. J'ai exercé en tant que médecin urgentiste pendant 25 ans; c'est donc un domaine qui m'intéressait déjà avant que je ne me lance en politique.

Lorsque l'on examine les pays — en particulier ceux d'Europe du Nord, mais pas uniquement — qui ont des politiques en matière de drogues très différentes, d'après ce que j'ai compris, en plus de leurs programmes de prise en charge de la toxicomanie, ils disposent de programmes de protection sociale très, très robustes visant à réduire la pauvreté, à lutter contre l'itinérance, etc.

Ne pensez-vous pas que ce sont là des éléments essentiels pour lutter contre la crise des opioïdes et l'ensemble des problèmes liés à la toxicomanie?

Dr Alexander Caudarella: Oui, merci pour cette question.

En réalité, nous collaborons beaucoup avec nos homologues européens — l'année dernière, nous avons signé une entente de coopération avec la Commission européenne —, car nous estimons précisément qu'il ne s'agit pas ici d'une question relevant de la politique ou de l'approche d'un seul pays en matière de drogues. C'est un enjeu plus vaste. Vous avez tout à fait raison et il est donc essentiel d'aborder cette question de manière globale.

Ce qui est particulièrement intéressant, c'est que lorsque vous commencez à travailler avec des communautés ou des médecins de première ligne comme vous-même, cela saute aux yeux. Ils comprennent immédiatement qu'il faut l'ensemble des aides, qu'il faut tout mettre en œuvre pour aider les gens à s'en sortir, et que tous ces éléments sont étroitement liés, du logement au traitement, en passant par divers autres aspects.

● (1130)

Doug Eyolfson: Très bien, merci.

Au cours de ma carrière parlementaire, j'ai eu l'occasion de visiter le pénitencier de Stony Mountain, situé juste au nord de Winnipeg. L'une des choses que m'ont confiées les personnes qui y travaillent — les agents correctionnels et même le directeur de l'établissement —, c'est qu'un grand nombre de personnes ayant des problèmes de toxicomanie se retrouvent dans le système judiciaire, soit parce qu'elles sont en possession de substances illégales ou en font le trafic, soit à cause d'actes qu'elles commettent, comme un vol pour s'acheter ces substances illégales. Toujours selon les responsables correctionnels, les traitements et les programmes de réadaptation sont tout à fait insuffisants dans les établissements. Selon un agent correctionnel à qui j'ai parlé, nous ne faisons essentiellement que regrouper ensemble des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de dépendance.

Ne pensez-vous pas qu'un autre élément qui pourrait être utile dans ce cas serait que, une fois que les personnes se trouvent dans le système judiciaire, nous tirions le meilleur parti de leur incarcération en leur offrant une réadaptation adéquate, un traitement adapté et les conditions nécessaires pour mener une vie productive au sein de la communauté?

Dr Alexander Caudarella: Oui, je suis certain qu'il est possible de mettre en place un système de sécurité publique qui permettrait d'éviter que les personnes ayant réellement besoin d'aide et de soins de santé soient traitées comme des criminels et de disposer en même temps d'un plan solide pour lutter contre le crime organisé, en particulier la criminalité transnationale organisée.

Je voudrais en outre ajouter que nous sommes toujours à la recherche de modèles parfaits. Dans le cas des pénitenciers et des prisons, nous constatons qu'il existe des mesures dont nous savons depuis 20 ans qu'elles ont fait leurs preuves, mais qui ne sont pas mises en œuvre de manière généralisée, et cela même si nous appliquons des mesures dont nous savons qu'elles fonctionnent et nous le faisons vraiment bien dans ces établissements, qui sont nombreux. Vous avez tout à fait raison. Nous savons que la sortie de détention est l'un des moments où le risque de décès par surdose est le plus élevé. Les personnes n'ont plus la même tolérance; elles courent un risque élevé. Il est vraiment inacceptable, à ce stade, qu'une personne ayant un trouble lié à la consommation d'opioïdes ne se voie pas proposer de traitement ni de soutien en milieu carcéral, absolument.

Doug Eyolfson: Merci.

Vous venez de dire quelque chose qui m'a fait penser à une autre question.

L'un des aspects que j'ai appris à mieux comprendre, c'est que la désintoxication ne représente qu'une partie du processus. J'ai entendu parler des dangers liés aux programmes de désintoxication rapide qui ne sont pas suivis d'une réadaptation. D'après ce que j'ai compris, les personnes qui suivent un programme de désintoxication perdent, comme vous l'avez dit, leur tolérance. Si leur dépendance n'a pas été correctement traitée, dès qu'elles sortent de la désintoxication et qu'elles consomment à nouveau, elles courent un risque accru de surdose en raison de leur tolérance réduite.

Dr Alexander Caudarella: Vous avez raison. C'est difficile à quantifier avec précision, mais cela pourrait en réalité doubler le risque de décès chez les personnes qui ne suivent qu'un programme axé sur l'abstinence, surtout si elles y sont contraintes.

Je pense que la nécessité d'un traitement… C'est l'un des points sur lesquels il faut communiquer clairement avec le public. C'est très difficile à comprendre pour les personnes qui ont un proche, surtout un proche ayant une dépendance aux opiacés, et qui se disent: « Il suffit de le sevrer, de l'enfermer quelque part et de l'aider à s'en sortir. » Comme vous l'avez dit, nous savons depuis longtemps que cela ne fonctionne pas. Ces personnes ont besoin de services globaux. Elles ont besoin de soutien. Elles ont besoin de moyens pour faire face à leur situation. Souvent, oui, elles ont besoin de médicaments et de différents niveaux d'intervention. Cela ne fait aucun doute.

Doug Eyolfson: Très bien, merci. Comme je manque un peu de temps, je vais poser une dernière question rapidement.

En ce qui a trait aux sites permettant la réduction des méfaits, c'est-à-dire les sites de consommation supervisée, nous savons bien que, lorsque les personnes ne sont pas prêtes à arrêter, ces sites contribuent à leur permettre de rester en vie.

On a beaucoup parlé de la désintoxication obligatoire. Le fait d'imposer à une personne de suivre un programme de désintoxication est-il efficace?

Dr Alexander Caudarella: Nous avons publié des données à ce sujet il y a environ six mois. Le problème est qu'on ne sait pas clairement où et quand cette approche pourrait fonctionner, si tant est qu'elle puisse fonctionner.

Le président: Merci beaucoup. Vous avez terminé juste à temps.

Avant de céder la parole à Mme Gaudreau, j'aimerais souhaiter la bienvenue à notre cher collègue, de North Island — Powell River, en Colombie-Britannique. C'est bien cela?

● (1135)

Aaron Gunn (North Island—Powell River, PCC): C'est exact.

Le président: Bienvenue au sein du Comité, monsieur Gunn. Je sais que vous prendrez part à la discussion un peu plus tard.

Madame Gaudreau, vous avez la parole pour six minutes. Je vous en prie.

[*Français*]

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

Nous faisons une étude. Je parlais à mon ancien collègue Luc Thériault, qui me disait que nous étions encore en train d'étudier la question alors que ça fait des décennies que nous parlons de la croissance de la fragilité, notamment en ce qui a trait à l'accessibilité à un logement. Dans le fond, il s'agit de l'aggravation des problèmes lorsqu'on vit une situation difficile. J'ai l'impression qu'on fait du surplace et je vous ai entendus.

Madame Kennell et monsieur Smith, quand une organisation met en place une façon de faire de la prévention, d'offrir du soutien et de faire des suivis, comment se fait-il, selon vous, que le financement puisse durer un an, trois ans, puis disparaître par la suite, même si vous avez la solution? Comment gère-t-on ça?

Sarah Kennell: Je vous remercie beaucoup pour la question, madame Gaudreau.

C'est exactement la question qu'on se pose partout au pays.

[*Traduction*]

Il y a les sections de l'Association canadienne pour la santé mentale qui procèdent à des interventions fondées sur des données probantes et empreintes de compassion. Ces interventions sont assurées par des employés de première ligne, qui comptent parmi les personnes les plus dévouées de ce pays. Ce personnel veille à la sécurité de nos collectivités et apporte soins et soutien aux personnes directement touchées, aux membres de leurs collectivités et à leurs proches.

Ces organisations sont financées de manière fragmentaire et disparate par un ensemble de sources de financement diverses, à court terme et axées sur des indicateurs à très court terme. Cela a pour effet que la précarité dans laquelle nous dispensons les soins nous empêche de faire face à cette crise comme nous le devrions.

Comme l'a dit M. Caudarella, nous savons ce qui fonctionne. Il est temps d'investir dans cela à plus long terme. Compte tenu de la nature de cette crise, il s'agit d'un enjeu pancanadien, relevant de plusieurs secteurs de compétence, qui nécessite une approche de ce genre pour réussir.

[*Français*]

Marie-Hélène Gaudreau: On investit dans le logement et on va donner un toit aux gens. Par contre, d'après ce que je comprends, ce n'est pas parce qu'on donne accès à un logement qu'une personne est capable de le louer ou de l'acheter. Au Québec, il y a des logements abordables et il y a aussi des logements sociaux, qui servent expressément à garder un lien. Malheureusement, trop de législateurs ici autour de la table et ailleurs se disent qu'ils injectent de l'argent et que c'est réglé, et ils passent à autre chose.

Docteur Caudarella, est-il vrai qu'en ce qui concerne la santé mentale et la toxicomanie, ce n'est pas quelque chose qui se règle d'un seul coup?

Dr Alexander Caudarella: Comme vous l'avez dit, il s'agit de problèmes qui sont naturellement très compliqués. Par exemple, on a vu que des adaptations aux maisons et aux logements devaient être faites pour les personnes qui consomment des drogues.

Ce que j'essaie d'expliquer, c'est que ce n'est pas un modèle en particulier qui va sauver la situation. Il doit y avoir quelqu'un qui peut voir dans une communauté comment les liens se tissent, comment la police travaille avec ceux qui aménagent les logements. Ils veulent travailler ensemble. Comment va-t-on aider les gens? Il y a des programmes où les personnes ont commencé, par exemple, des traitements médicaux liés aux opiacés, et de 50 à 60 % d'entre elles avaient un emploi un an plus tard. Donc, comment allons-nous faire le lien tous ensemble?

Comme vous l'avez dit, on regarde les effets à court terme. C'est pour ça que j'ai dit qu'il fallait que les évaluations soient faites d'une manière indépendante, où les données sont ouvertes et accessibles, pour que les communautés puissent décider ce qui est bien pour elles.

Marie-Hélène Gaudreau: On va se dire les vraies affaires: on veut mesurer les résultats pour dire qu'on l'a eu. Donc, si on n'est pas capable de mesurer le travail de terrain qui fait qu'on a justement une réduction du nombre de personnes en difficulté, politiquement, ce n'est pas payant. Il faut se demander si nous sommes capables de lâcher prise et de faire confiance aux spécialistes, aux gens du terrain. Je vous dis ça parce que j'ai travaillé en première ligne il y a 30 ans.

Je pense aussi à la Maison Lyse-Beauchamp, qui est un modèle dans les Hautes-Laurentides. Elle emploie maintenant 60 personnes, autant dans la halte-chaleur que dans l'accompagnement d'urgence et dans l'accompagnement à moyen terme. C'est ce dont les gens se rendent compte. Ils me disent que c'est un continuum de services, et la personne peut faire une certaine rechute. Tous ceux et celles ici qui ont déjà fumé ont peut-être eu sept rechutes avant de se dire que c'était fini pour la vie.

Il me reste 25 secondes de temps de parole. Êtes-vous d'accord pour dire qu'il faut lâcher prise dans un contexte où on veut régir, conformer et circonscrire, mais que vous avez besoin d'une enveloppe, parce que vous savez ce que vous avez à faire?

● (1140)

Dr Alexander Caudarella: Je dirais: soyez courageux. La seule chose que les législateurs ont, souvent, c'est un accès aux fonds, aux bourses. Comment est-ce qu'on va tenir les personnes responsables, au-delà des phrases-choc? Fixez des buts. Quels sont les buts qu'on veut atteindre? On ne va pas arrêter les surdoses. C'est tragique, mais il n'y a pas un monde où le nombre de surdoses est de zéro. Cependant, est-ce qu'on peut s'assurer qu'il y a 30 % de plus de personnes qui ont accès au traitement? Est-ce qu'on peut s'assurer que le temps d'attente pour recevoir le traitement est réduit de deux mois?

[*Traduction*]

Merci.

Le président: Merci.

Comme nous avons dépassé de 20 secondes les six minutes, nous allons maintenant donner la parole à M. Gunn pour cinq minutes. La parole est à vous. Je vous en prie.

Aaron Gunn: Merci, monsieur le président.

Monsieur Zivo, le gouvernement libéral fédéral a-t-il assuré le financement direct de la distribution de drogues mortelles, dangereuses et par ailleurs illégales, notamment du fentanyl ou d'autres opioïdes, à des personnes dépendantes de ces mêmes substances?

Adam Zivojinovic: Effectivement. Les libéraux fédéraux sont d'ailleurs très fiers d'avoir investi environ 100 millions de dollars dans des programmes pilotes d'approvisionnement plus sécuritaire, destinés à encourager la prescription de médicaments issus de ce type d'approvisionnement.

Aaron Gunn: Si l'on prend beaucoup de recul pour avoir un meilleur aperçu d'ensemble, on constate qu'ici, au Canada, nous avons enregistré plus de 50 000 décès par surdose depuis l'arrivée au pouvoir des libéraux. Cela représente un plus grand nombre de Canadiens que ceux qui ont perdu la vie pendant toute la Seconde Guerre mondiale. Lorsque vous examinez leurs politiques visant à inonder nos rues de drogues — notamment le projet pilote de décriminalisation du fentanyl, de la méthamphétamine en cristaux et du crack dans ma province, la Colombie-Britannique —, pensez-vous qu'elles ont contribué à ces résultats dévastateurs?

Adam Zivojinovic: Je dirais que oui, mais, en même temps, je pense que le problème sous-jacent réside peut-être dans le fait que certains des législateurs qui ont soutenu ces politiques au départ n'avaient malheureusement pas les connaissances scientifiques nécessaires, et pensaient que cette intervention reposait sur des données probantes. Ils n'ont pas compris que les études s'appuyant sur des données d'enquêtes autodéclarées par des consommateurs de drogues peuvent ne pas être fiables dans les faits. Je ne leur en tiens pas rigueur, car ils ont été, d'une certaine manière, induits en erreur.

Cependant, je suis très en colère face au fait qu'après la publication, à partir de 2023, de rapports faisant état d'un détournement généralisé des programmes d'approvisionnement plus sécuritaire, les libéraux fédéraux ont adopté une attitude défensive et qu'il leur a fallu plus de deux ans pour supprimer le financement de ces programmes pilotes. Au cours de ces deux années, de nombreuses personnes ont développé des dépendances inutiles, en raison d'un accès facile et bon marché à l'hydromorphone détournée, issue du programme d'approvisionnement plus sécuritaire.

Aaron Gunn: Oui, je comprends ce que vous voulez dire concernant le fait que... Je ne cherche pas à attribuer de mauvaises intentions à quiconque. Cependant, en même temps, ne pensez-vous pas que, dès le début, on aurait dû noter les signaux d'alerte évidents et les contradictions inhérentes? Par exemple, le gouvernement libéral fédéral a pris part à un recours collectif contre Purdue Pharma, vraisemblablement en raison du rôle que cette entreprise a joué dans l'aggravation de la crise des opioïdes, en produisant et en distribuant une quantité mortelle d'opioïdes — principalement de l'OxyContin —, tout en présentant à la population ces produits comme sûrs. Notre propre gouvernement ne faisait-il pas exactement la même chose en même temps? Ne finançait-il pas lui aussi la production et la distribution massive d'opioïdes — en l'occurrence, un produit encore plus puissant, le Dilaudid, ou hydromorphone —, tout en le présentant à notre population, en particulier aux jeunes, comme provenant d'un approvisionnement plus sécuritaire?

Adam Zivojinovic: Je suis d'accord avec vous. Je trouve le concept même d'approvisionnement plus sécuritaire quelque peu déroutant. Je ne comprends pas pourquoi des gens l'ont soutenu, étant donné que c'est précisément la crise de l'OxyContin qui est à l'origine de la crise des opioïdes. L'OxyContin était très largement accessible. Aux États-Unis, il était souvent remboursé par Medicaid, ce qui faisait en sorte qu'il représentait une forme d'approvisionnement plus sécuritaire. Les obstacles à l'accès étaient minimes. Il suffisait de se procurer de fausses radiographies et de prétendre que vous souffriez de douleurs chroniques. Si vous aviez de faibles revenus, vous pouviez obtenir des opioïdes à un prix très bas, quand ce n'est pas gratuitement. Nous avons vu les conséquences de cette situation. Pourquoi alors avons-nous cru que donner aux gens un accès gratuit aux opioïdes pharmaceutiques aurait un résultat différent ici?

Par ailleurs, ce n'est pas la première fois que le concept d'approvisionnement plus sécuritaire est mis à l'essai. La Suède a en effet expérimenté ce système de 1965 à 1967, et les résultats ont été désastreux. À Stockholm, une centaine de patients bénéficiaient de ce programme. On leur fournissait des quantités quasi illimitées de stimulants et d'opioïdes, des médicaments pharmaceutiques propres, en croyant qu'il s'agissait d'une approche bienveillante et libre de la politique en matière de drogues. La majeure partie de ces produits a fini par être détournée. Les environs de la clinique sont alors devenus un véritable foyer de criminalité. Le pourcentage de personnes arrêtées présentant des signes de consommation de drogues par voie intraveineuse a augmenté, passant de 20 % en 1965 à environ 33 % en 1967, ce qui représente une hausse considérable en l'espace de deux ans. Les décideurs politiques suédois ont fini par mettre fin à leur programme pilote d'approvisionnement plus sécuritaire après seulement deux ans.

Il n'est pas difficile de trouver ces informations. Je ne comprends pas pourquoi les décideurs politiques canadiens et les chercheurs spécialisés dans la réduction des méfaits n'ont pas examiné cet exemple et ne se sont pas dit qu'il s'agissait peut-être d'une mauvaise idée.

● (1145)

Aaron Gunn: Je suis également préoccupé par certains incitatifs financiers pervers qui ont fait leur apparition. Ici, à Ottawa, certaines pharmacies sont essentiellement installées juste à côté des cliniques où ces médicaments sont prescrits. Dans certains cas, il y a un chevauchement entre leurs conseils d'administration, et bon nombre des mêmes personnes reçoivent des subventions fédérales. Vous inquiétez-vous des incitatifs financiers dont bénéficient certaines cliniques susceptibles de prescrire ces médicaments ou les pharmacies qui les délivrent?

Adam Zivojinovic: Oui, évidemment. Il est très facile de gagner beaucoup d'argent grâce à l'approvisionnement plus sécuritaire.

Imaginons, par exemple, que vous soyez propriétaire d'une pharmacie et que vous ayez un patient dont l'état est stable sous méthadone. Il vient chercher sa méthadone de temps en temps ou il vient chercher ses doses de Suboxone. Comme cette personne ne vient pas souvent à la pharmacie, vous ne percevez pas beaucoup de frais de dispensation.

Par contre, si vous avez un patient bénéficiant d'un programme d'approvisionnement plus sécuritaire dont la situation est instable, qui se présente tous les jours pour retirer trois ordonnances différentes, et que vos frais de dispensation s'élèvent à environ 10 $ par médicament, avec 100 patients bénéficiant de ce programme, vous pouvez percevoir environ 1 million de dollars de frais de dispensation par année. En Ontario...

Excusez-moi?

Le président: Merci beaucoup. Vous avez dépassé votre temps de parole de 20 secondes.

La parole va à Mme Sidhu pour cinq minutes. Je vous en prie.

Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Merci à tous les témoins d'être ici avec nous.

Nous savons que la crise des opioïdes est un problème très complexe, et qu'aucune organisation ni aucun palier de gouvernement ne peut y faire face seul.

Monsieur Caudarella, vous avez abordé de nombreux aspects de cette question.

Madame Kennell, vous avez déclaré que du financement et une approche pancanadienne étaient essentiels.

Monsieur Caudarella, pourriez-vous nous dire qui doit être davantage impliqué dans la réponse à la crise des opiacés? Dans vos remarques liminaires, vous avez dit que le plus grand défi est de mettre les données probantes en pratique. Pourriez-vous nous en dire davantage à ce sujet?

Dr Alexander Caudarella: Oui. Je pense qu'il est vraiment encourageant de constater que beaucoup de gens souhaitent s'impliquer. Ces gens veulent simplement savoir comment s'y prendre.

Dans les prochaines semaines, nous allons publier un rapport qui montre que les coûts des méfaits liés à la consommation de substances s'élèvent à environ 15 millions de dollars par jour pour les entreprises, ne serait-ce qu'en termes d'invalidité de courte durée et d'absentéisme. Je pense que les entreprises ont un rôle important à jouer pour intervenir de façon précoce, pour soutenir les personnes concernées et pour aider celles qui ont vécu ce genre de situation à trouver un emploi. C'est en partie pour cette raison que nous nous efforçons de contribuer à l'éducation et au soutien… ainsi qu'à divers autres aspects.

Nous encourageons notamment les maires des petites villes à s'impliquer davantage lorsque vient le temps d'agir. Ils se retrouvent souvent à jouer le rôle de coordinateurs, un peu comme des agents de circulation… concernant les différents aspects.

Je pense sincèrement qu'au bout du compte, les gens qui ne sont pas impliqués devraient se demander quel rôle ils peuvent jouer. L'ampleur de cet enjeu civique le justifie.

Sonia Sidhu: Merci.

Monsieur Smith, je sais que Peel est l'une des collectivités qui connaissent la plus forte croissance au Canada. La section Peel-Dufferin de l'ACSM gère une clinique de prise en charge rapide des dépendances aux substances. Dans quelle mesure ces points d'accès faciles à utiliser sont-ils importants pour aider les personnes qui souhaitent se faire soigner, avant qu'une situation d'urgence ne survienne?

David Smith: Merci.

Le principe même d'un accès facile réside dans le fait qu'une personne peut être prise en charge dès qu'elle souhaite changer. Lorsque des personnes recherchent de l'aide, la disponibilité est essentielle pour assurer la réussite de l'intervention. Il est également très important de pouvoir s'appuyer sur un éventail complet de mesures de soutien. Il ne s'agit pas seulement du problème de dépendance en soi, mais aussi de s'attaquer à certains des déterminants sociaux de la santé: l'alimentation, le logement, la sécurité et l'emploi.

La mise en place de centres de traitement des dépendances faciles d'accès, au sein d'organismes capables d'offrir également l'ensemble de ces autres formes de soutien, sera essentielle à la réussite à long terme — et nous constatons effectivement que des succès sont obtenus régulièrement. Il arrive toutefois que nous ne puissions pas aider certaines personnes, parce que nous n'avons pas suffisamment de ressources.

● (1150)

Sonia Sidhu: Votre bureau régional a mis en place des programmes culturellement adaptés, notamment à l'intention des communautés noires, afro-caribéennes et sud-asiatiques, dans le but notamment de lutter contre la stigmatisation et d'améliorer l'accès aux services de prise en charge des dépendances au sein des communautés multiculturelles de Brampton. Dans quelle mesure ce programme contribue-t-il à lutter contre la stigmatisation et à offrir de meilleurs traitements à ces communautés?

David Smith: Il s'agit de rassembler toute une gamme de ressources différentes. Nous travaillons en étroite collaboration avec les Punjabi Community Health Services. Nous sommes des partenaires du Black Health and Social Services Hub. Il va sans dire que nous évoluons dans une région très diversifiée, avec plus de 50 % de diversité visible sur l'ensemble de notre secteur d'intervention. Il est donc essentiel de collaborer avec ces communautés, afin d'intégrer nos interventions en matière de toxicomanie aux autres approches culturellement adaptées dont elles disposent, ainsi qu'aux liens qu'elles entretiennent au sein de ces communautés. Il s'agit pour ces organisations de travailler ensemble, afin de développer des relations, puis d'orienter les personnes issues de ces communautés vers les aides dont elles ont besoin.

Sonia Sidhu: Merci.

Madame Kennell, souhaitez-vous ajouter quelque chose?

Sarah Kennell: Merci beaucoup, monsieur Smith.

J'ajouterais simplement que la nouvelle société d'État fédérale, Maisons Canada, nous offre une autre occasion d'examiner comment tirer parti des financements fédéraux, notamment en fixant des objectifs en matière de logement abordable — c'est-à-dire de logement hors marché — et en identifiant les leviers fédéraux susceptibles de débloquer un financement opérationnel pour mettre en place des programmes comme Logement d'abord ou le Programme des logements en milieu de soutien.

Le président: Merci, madame Sidhu.

La parole va maintenant à madame Gaudreau pour deux minutes et demie. Je vous en prie.

[*Français*]

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

J'ai très peu de temps de parole et je pense que je vais aller à l'essentiel. Comme on l'a entendu il y a quelques minutes, on implore le gouvernement de faire preuve de courage. Donc, là, le message est passé. Maintenant, j'invite les témoins — et j'aimerais les entendre nous parler de cette proposition — à soumettre au Comité de l'information sur ce à quoi les programmes pourraient ressembler.

Par exemple, ça pourrait être de réduire le nombre colligé de 30 % après 18 mois de quelque chose. Vraiment, je voudrais avoir des détails. Je souhaite qu'on dise au gouvernement ce dont on a besoin, parce que le 5 novembre s'en vient, et la seule chose dont on a besoin, c'est que l'argent soit sur la table et que ça soit remis particulièrement aux prestataires de services pour qu'ils soient capables de faire leur travail.

J'aimerais entendre les témoins à tour de rôle. Vous avez une minute pour tout le groupe. Rapidement, docteur Caudarella, vous pouvez commencer.

Dr Alexander Caudarella: Peut-être que ce serait mieux que je donne ma réponse par écrit. Je dirais qu'une des choses que je veux souligner, par contre, c'est que tous les partis ont appuyé la création de notre centre en 1988. Donc, je vous encourage aussi à trouver ce qu'il y a en commun autour de cette table. Les Canadiens demandent ça. Ils veulent voir de l'action, mais de l'action unifiée.

Marie-Hélène Gaudreau: Dans le fond, vous ne pourrez pas répondre, mais la question, c'est qu'on aimerait avoir vos documents, vos recommandations, que vous pourrez nous transmettre dans les prochains jours. Vous avez tout ce qu'il faut. Sachez qu'il y a des modèles, comme le Québec, présentement, qui a décidé de prendre le taureau par les cornes et d'investir 28 millions de dollars d'urgence pour cet hiver. On va voir après ce qui se passera, mais il y a eu une volonté politique. Donc, donnez-nous le goût d'appuyer sur le bouton parce que, le 5 novembre, c'est demain.

Merci beaucoup, monsieur le président. Ça fait deux minutes trente secondes pile, et je ne suis pas journaliste.

[*Traduction*]

Le président: Merci, madame Gaudreau. Votre temps de parole est écoulé.

Nous allons donner la parole à M. Strauss pour quatre minutes.

Allez-y, je vous en prie.

● (1155)

Matt Strauss (Kitchener-Sud—Hespeler, PCC): Merci, monsieur le président.

Ma première question s'adresse à M. Caudarella.

Vous avez entendu tout comme moi le témoignage de M. Zivo. Je me demande si vous adhérez à ses déclarations et aux éléments de preuve qu'il a rassemblés, selon lesquels des médicaments issus d'un approvisionnement plus sécuritaire ont fait l'objet d'un détournement important au sein des communautés.

Dr Alexander Caudarella: Je pense que, malheureusement, on simplifie à l'excès ce qui s'est passé. Je crois que ces questions sont plus complexes.

En matière d'approvisionnement sécuritaire, comme pour toute autre intervention, nous devons être très clairs sur le fait qu'il y aura des effets indésirables. Nous devons être transparents à ce sujet auprès du public. Nous devons préciser clairement quel type de recherche est nécessaire.

Parallèlement, je pense que lorsque l'on aborde la question de la réduction des méfaits de manière plus générale, et que l'on examine les sites de consommation supervisée, il faut distinguer clairement les cas où il existe des données probantes de ceux où il n'y en a pas. Par exemple, des sites de consommation supervisée ont vu le jour pour contribuer à réduire la propagation du VIH, etc.

Matt Strauss: Ma question était assez simple. Pensez-vous que des médicaments du programme d'approvisionnement plus sécuritaire ont fait l'objet d'un détournement important au sein des communautés?

Dr Alexander Caudarella: On a constaté un détournement de l'approvisionnement sécuritaire. Est-ce cela qui est à l'origine des décès? Je ne le pense pas. Sinon, nous aurions constaté l'apparition de ce phénomène à différents endroits, et la situation aurait été très différente entre le Canada et les États-Unis.

Faut-il aborder cette question? Absolument…

Matt Strauss: Je suis titulaire d'un permis d'exercice en Ontario. Récemment — il y a à peine quelques semaines —, mon ordre professionnel, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, a publié une nouvelle directive limitant la possibilité pour les médecins de délivrer des médicaments dans le cadre d'un programme d'approvisionnement sécuritaire.

Le communiqué de presse publié indique que des spécialistes des dépendances de tout le pays ont été consultés. Votre bureau a-t-il participé à ces consultations?

Dr Alexander Caudarella: Je ne pense pas que nous ayons été consultés, mais je ne peux pas parler au nom de tous mes collègues.

Nous participons à des initiatives comme Medify et à diverses plateformes de partage des connaissances à travers le pays, mais je ne suis pas sûr que nous ayons été consultés pour celle-ci en particulier.

Matt Strauss: Êtes-vous conscient que cette politique est généralement plus restrictive?

Dr Alexander Caudarella: Oui, je le suis, et c'est là également qu'il nous faut déterminer quel est ce juste équilibre, expérimenter et essayer différentes approches. Il fut un temps, par exemple, où la méthadone était en cause dans 30 % de la mortalité due aux opioïdes en Ontario.

Puis, les règles sont devenues très strictes et, tout à coup, les taux de prise en charge à la méthadone ont chuté pour s'établir à un quart de ceux observés en Europe. Quelle est donc la meilleure façon de permettre aux personnes d'accéder aux traitements dont elles ont besoin? En tant que pays, je ne pense pas que nous ayons même défini avec précision qui a besoin d'un approvisionnement sécuritaire et dans quel contexte, ni qui tire davantage profit de traitements plus traditionnels, notamment des traitements aux agonistes des opioïdes injectables…

Matt Strauss: Je m'excuse, mais je dispose de très peu de temps.

Lors de notre dernière réunion sur ce sujet, le Dr Azar, qui est spécialiste en médecine des dépendances à l'hôpital St. Paul's de Vancouver, a laissé entendre qu'un traitement comme la buprénorphine à libération prolongée réduisait d'environ 100 % les décès par surdose d'opioïdes et permettait de traiter les envies irrépressibles associées au sevrage. Pourriez-vous m'expliquer brièvement pourquoi un programme d'approvisionnement plus sécuritaire serait nécessaire, alors que la buprénorphine à libération prolongée existe déjà?

Dr Alexander Caudarella: Sublocade est un médicament très prometteur, mais nous constatons que son taux de rétention pourrait être plus bas dans certains cas et qu'il ne fonctionnera tout simplement pas. Encore une fois, en ce qui concerne… Vous êtes médecin. Lorsqu'il s'agit, par exemple, du cancer ou du diabète, les patients ont besoin de médicaments et de traitements différents.

Il s'agit de proposer l'option présentant le moins de risques possible et offrant les meilleurs résultats, compte tenu de la situation et des besoins de la personne concernée et, en fin de compte, d'essayer de l'orienter vers des traitements plus conservateurs, moins coûteux et plus efficaces. Je pense qu'au bout du compte, cela est possible à l'intérieur du système. Il ne faut tout simplement pas adopter une approche idéologique, et on doit cesser de faire semblant…

Matt Strauss: La nouvelle politique de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario exige qu'un traitement aux agonistes des opioïdes, comme la buprénorphine, soit administré en association avec un approvisionnement sécuritaire lorsque celui-ci est disponible. Êtes-vous d'accord avec cet aspect de la politique? Cela vous semble-t-il logique?

Dr Alexander Caudarella: Je pense qu'il est vraiment nécessaire que ces interventions soient proposées conjointement et simultanément, mais d'après ce que montrent les données disponibles concernant, par exemple, les programmes de traitement aux agonistes des opioïdes injectables et les programmes de traitement de l'héroïne à travers l'Europe, est-ce que tout le monde va obtenir des résultats avec ce genre de traitement? Non, pas nécessairement. Est-ce que la grande majorité y parviendra? Oui. Faut-il veiller à ce que la grande majorité y ait accès? Oui. Cela signifie-t-il qu'il y a potentiellement une place pour des approches innovantes? Oui. Doivent-elles faire l'objet d'évaluations plus robustes? Oui.

Matt Strauss: Je m'excuse, mais je suis vraiment limité dans le temps…

Le président: Merci, monsieur Strauss. Votre temps est écoulé. Nous avons déjà dépassé le temps imparti de 20 secondes.

Nous allons passer à Mme Church pour quatre minutes.

Vous avez la parole. Je vous en prie.

Leslie Church (Toronto—St. Paul's, Lib.): Merci, monsieur le président, de m'accueillir aujourd'hui au sein de ce comité.

Voyons si je peux caser quelques questions avant la fin de cette heure.

Tout d'abord, je tenais simplement à dire à M. Smith que j'ai eu le plaisir de rencontrer les responsables de votre bureau régional de l'Ontario au printemps dernier. J'ai trouvé que votre modèle, qui permettrait d'économiser les ressources des services d'urgence en orientant directement les cas liés à la santé mentale et aux dépendances vers certaines de vos sections de l'ACSM, est très novateur.

Je souhaiterais tout d'abord que vous me disiez ce que vous constatez globalement en ce qui concerne les avantages de cette approche et que vous me parliez de certains des obstacles à sa mise en œuvre à plus grande échelle.

● (1200)

David Smith: Nous mettons en place diverses mesures, afin de détourner ces cas des services d'urgence.

Il est intéressant de noter que j'ai eu une conversation il y a quelques mois avec le service des urgences le plus proche de chez nous, celui de l'hôpital William Osler. Pour la première fois depuis de nombreuses années, on y accueille moins de patients ayant des problèmes de santé mentale ou de dépendances. Je pense que cela tient en grande partie à la rapidité avec laquelle nous parvenons à orienter ces patients vers nos services d'intervention d'urgence, grâce à nos actions de terrain menées dans les campements et les refuges. Nous nous rendons sur les lieux où les personnes consomment et nous leur proposons des solutions médicales en matière de toxicomanie, ainsi que des solutions sociales et de counseling qui peuvent les aider.

Leslie Church: Oui, il semble que ce soit un moyen de fournir des soins et un accompagnement très ciblés, de différentes façons, en complément d'autres aspects du processus de guérison et de traitement.

Je vous en remercie.

Je tiens à saluer la présence dans cette salle de M. Howard Sapers, dont je suis la carrière dans la fonction publique depuis plus de 30 ans. Je siégeais au conseil.

Ma prochaine question s'adresse à M. Caudarella, du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.

Merci pour votre témoignage d'aujourd'hui. Je souhaiterais vous interroger sur le guide pratique d'intervention destiné aux petites collectivités que vous avez mentionné, qui présente l'éventail des mesures politiques nécessaires pour remédier à ce problème.

Pourriez-vous nous en dire un peu plus sur la manière dont ce guide doit être utilisé? Selon vous, quel est le rôle de l'État fédéral? Que peut faire ce comité? Y a-t-il un aspect particulier sur lequel nous pourrions vraiment nous concentrer pour aider les collectivités à s'engager dans cette démarche, afin de s'assurer de disposer de solutions adaptées?

Dr Alexander Caudarella: Il est évident que l'on a toujours besoin de plus d'argent.

En réalité, de nombreuses collectivités disposent de ressources et souhaitent renforcer leurs capacités. Il s'agit de déterminer comment le gouvernement fédéral peut contribuer à garantir que, lorsque des personnes trouvent des solutions qui leur conviennent, elles puissent bénéficier d'un soutien tout au long du processus. Au Canada, nous ne disposons pas de personnel spécialisé dans la prévention. Comment pouvons-nous mettre cela en place? Comment pouvons-nous assurer un soutien?

Au Canada, beaucoup de difficultés se posent lorsque des personnes souhaitent intervenir dans deux ou trois secteurs différents. Il y a les acteurs du monde des affaires. Il y a la police. Toutes nos sources de financement sont spécifiques à un ministère donné. Elles répondent aux besoins de la Sécurité publique, à ceux de Santé Canada ou à d'autres besoins. Comment pourrait-on harmoniser tout cela de manière plus cohérente? Comment le gouvernement fédéral peut-il imposer une reddition de comptes plus claire aux personnes qu'il finance, afin que, là encore, cela produise les résultats attendus?

En fin de compte, les collectivités souhaitent collaborer avec leurs provinces et le gouvernement fédéral, mais elles aspirent également à davantage d'uniformité. Si vous demandiez à quelqu'un de vous citer tous les différents programmes fédéraux mis en œuvre dans une ville de 150 000 habitants, il y en aurait probablement des dizaines. Il est donc difficile d'en dresser la liste. Comment le gouvernement fédéral peut-il jouer un rôle de coordination, afin que tous ceux qui reçoivent des fonds fédéraux au sein d'une collectivité collaborent entre eux et œuvrent à la réalisation d'objectifs communs?

C'est à ce niveau que le CCDUS souhaite jouer un rôle d'accompagnement pour aider les gens à aller un peu plus loin, en les encadrant et en les soutenant. En fin de compte, nous ne serons jamais les bailleurs de fonds de ces initiatives. Nous n'allons jamais dire que nous pouvons vous aider à recueillir des données. Le gouvernement fédéral devrait comprendre que bon nombre de ces collectivités disposent de données précieuses à fournir. Elles savent ce qui se passe. Elles sont au courant de la situation.

Le président: Merci beaucoup.

Sur ce, je tiens à remercier les témoins pour le temps qu'ils nous ont consacré aujourd'hui.

Nous allons maintenant suspendre la séance. Nous allons accueillir notre deuxième groupe de témoins dans quelques instants.

● (1200)

_____(Pause)_____

● (1210)

Le président: Nous reprenons nos travaux.

Je tiens à souhaiter la bienvenue aux témoins qui se joignent à nous pour cette deuxième heure.

Nous accueillons, à titre personnel, Mme Conrod, psychologue clinicienne et professeure en psychiatrie et addictologie au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine de l'Université de Montréal.

Nous accueillons également Mme Ali, chercheuse et chercheuse principale, Canadian Research Initiative in Substance Matters, Population and Global Health Institute, du Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Bienvenue à Mme Conrod et à Mme Ali.

Voici quelques directives à votre intention. Veuillez attendre que je vous nomme avant de parler. Les personnes qui participent à la réunion par vidéoconférence peuvent activer leur microphone en cliquant sur l'icône prévue et le mettre en sourdine lorsqu'ils ne parlent pas. Au bas de votre écran, vous pouvez choisir le canal approprié pour l'interprétation: l'anglais, le français ou le parquet.

Les personnes présentes dans la salle peuvent utiliser leur oreillette et sélectionner le canal souhaité. Les députés connaissent très bien cette procédure. Les membres du Comité peuvent poser leurs questions en français ou en anglais. Si vous avez besoin de l'interprétation, veuillez prendre un moment dès maintenant pour préparer votre oreillette et sélectionner le canal dont vous avez besoin.

Je tiens à vous rappeler que toutes les interventions doivent être adressées à la présidence, mais je passe généralement cette règle sous silence. Je demanderais aux témoins de maintenir un contact visuel avec la ou le député qui pose la question… Ce temps leur appartient. Dès qu'un d'eux ou moi levons la main, je vous demanderais de bien vouloir arrêter de parler.

Mesdames et messieurs les députés, si vous pouviez préciser à qui vous adressez votre question, cela faciliterait également les choses.

Sur ce, nous allons passer aux déclarations préliminaires. Je vais accorder cinq minutes à Mme Ali.

Vous avez la parole. Je vous en prie.

● (1215)

Farihah Ali (scientifique et chercheuse principale, Canadian Research Initiative in Substance Matters, Population and Global Health Institute, Centre de toxicomanie et de santé mentale): Je vous remercie, monsieur le président et distingués membres du Comité, de me donner l'occasion de m'exprimer aujourd'hui.

Je m'appelle Farihah Ali. Je suis chercheuse au Centre de toxicomanie et de santé mentale, professeure adjointe à l'Université de Toronto et chercheuse principale désignée de la section ontarienne de la Canadian Research Initiative in Substance Matters.

Je vais vous présenter aujourd'hui les conclusions de notre évaluation indépendante, financée par les Instituts de recherche en santé du Canada, de la politique de décriminalisation des drogues en Colombie-Britannique, pour laquelle j'ai agi comme cochercheuse principale.

Notre évaluation s'appuie à la fois sur des données administratives issues du secteur de la santé et de la police, des entretiens menés auprès de personnes consommant des drogues, de membres des forces de l'ordre et de prestataires de services, des sondages d'opinion publique, ainsi que des travaux de recherche sur la mise en œuvre.

La politique de décriminalisation de la Colombie-Britannique est entrée en vigueur en janvier 2023. Elle autorise les adultes à détenir jusqu'à 2,5 grammes de certaines drogues illicites à des fins personnelles sans encourir de sanctions pénales, sous réserve de certaines conditions.

Cette exemption a été considérablement restreinte en mai 2024, afin d'exclure la plupart des espaces publics, et elle a pris fin en janvier 2026. Le cadre initial n'est donc resté en vigueur que pendant environ 15 mois, ce qui constitue un élément important à prendre en compte au moment de l'interprétation de ses effets.

Je vais vous faire part de quatre conclusions principales découlant de notre évaluation.

Tout d'abord, la décriminalisation a considérablement réduit les mesures répressives liées à la possession de drogues, mais ces progrès ont été annulés par suite des modifications apportées. Les effets les plus directs et les plus mesurables ont concerné les mesures répressives en matière de possession. Nos analyses ont révélé une baisse de 68 % du nombre total de saisies pour possession et une baisse de 87 % des saisies portant sur des quantités inférieures ou égales à 2,5 grammes pendant la période de décriminalisation. Le nombre de cas de possession chez les personnes poursuivies a également diminué par rapport aux autres provinces. Par suite des modifications de mai 2024, les saisies pour possession et le nombre de cas sont revenus à des niveaux statistiquement indiscernables de ceux observés avant la décriminalisation. Ces résultats démontrent que les protections juridiques peuvent réduire de manière significative les mesures répressives liées à la possession, mais que ces avancées dépendent de la portée et de la continuité de la politique.

Deuxièmement, les protections juridiques n'ont pas toujours été appliquées de façon uniforme. Certaines personnes consommant des drogues ont déclaré avoir moins craint d'être arrêtées et avoir eu de meilleures interactions avec la police au cours de la période initiale de la politique de décriminalisation. D'autres ont fait état de saisies même en dessous du seuil de 2,5 grammes, de situations stigmatisantes et de conséquences dépendant du pouvoir discrétionnaire de chaque agent.

De leur côté, les agents de police ont fait état d'une formation inégale, de directives peu claires et de difficultés à interpréter et à mettre en œuvre cette exemption tout en continuant d'assumer leurs responsabilités de maintien de l'ordre public.

Le seuil de 2,5 grammes ne tenait pas compte non plus des habitudes de consommation de certaines personnes, de leur niveau de tolérance ou de leur consommation de plusieurs substances.

Par suite des modifications apportées, les personnes en situation d'itinérance se sont retrouvées confrontées à un accès particulièrement restreint aux lieux où la possession restait protégée. Certaines expliquent s'être réfugiées dans des endroits plus isolés pour échapper à la police, ce qui soulève des inquiétudes quant aux surdoses survenant à l'abri des regards.

Troisièmement, nous n'avons pas constaté de changements statistiquement significatifs concernant les indicateurs de santé généraux, notamment le traitement, la réduction des méfaits, les hospitalisations, les services d'intervention d'urgence ou les décès par intoxication médicamenteuse. Toutefois, la suppression des sanctions pénales n'entraîne pas en soi le développement de services de traitement ou de réduction des méfaits, la création de logements, ou une modification de la toxicité de l'approvisionnement non réglementé.

Les prestataires de services ont fait état de ressources insuffisantes, d'une formation spécifique aux politiques limitée et de peu de changements dans la prestation des services. Certaines personnes ayant consommé des drogues ont initialement fait état d'une diminution de la stigmatisation et d'un regain de dignité, mais elles ont fait état d'un renversement de situation par suite des modifications.

Quatrièmement, nos sondages d'opinion ont révélé une opposition croissante à la décriminalisation. De nombreux répondants ont évalué cette politique en fonction des attentes au chapitre de la réduction des surdoses, de la criminalité et de la consommation de drogue en public, ou encore de l'amélioration de la sécurité dans les quartiers — des résultats plus larges que ceux que l'exemption touchant la possession était susceptible de produire. Nos travaux sur la communication de la politique et la couverture médiatique ont également fait ressortir des lacunes dans l'information accessible au public et un cadrage de plus en plus négatif.

Les préoccupations du public concernant les conditions de vie et la sécurité dans les quartiers méritent d'être prises au sérieux. Parallèlement, il faut faire une distinction entre les perceptions quant aux effets de cette politique et les données empiriques démontrant que certains changements ont été provoqués par la décriminalisation.

J'aimerais présenter au Comité trois points essentiels à retenir.

Tout d'abord, la décriminalisation doit être évaluée dans le contexte des objectifs visés. La réduction de la criminalisation représente un résultat important.

Deuxièmement, la conception et la mise en œuvre des politiques jouent un rôle déterminant. Les seuils de possession, les pratiques en matière d'application de la loi et l'accès à des espaces protégés par la loi ont une influence sur les bénéficiaires de ces politiques.

Troisièmement, la décriminalisation à elle seule ne saurait résoudre la crise liée aux drogues toxiques. Pour améliorer la santé de manière plus globale, il faut investir de façon durable dans les traitements, la réduction des méfaits, le logement et d'autres mesures d'accompagnement.

L'expérience de la Colombie-Britannique fait ressortir à la fois le potentiel et les limites de la décriminalisation et souligne l'importance d'une conception adéquate des politiques, d'une mise en œuvre cohérente et de mesures d'accompagnement complémentaires dans le domaine de la santé et dans le domaine social.

● (1220)

Merci. J'attends avec impatience les questions du Comité.

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons donner la parole à Mme Conrod pour cinq minutes.

Allez-y. Je vous en prie.

Patricia Conrod (psychologue clinicienne et professeure en psychiatrie et addictologie, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Université de Montréal, à titre personnel): Je vous remercie sincèrement, monsieur le président et distingués membres du Comité, de m'avoir invitée à m'adresser à vous aujourd'hui.

Je m'appelle Patricia Conrod. Je suis psychologue clinicienne et professeure en psychiatrie et addictologie à l'Université de Montréal. Je suis titulaire d'une chaire de recherche du Canada de niveau 1 en santé mentale préventive et en toxicomanie. En juin 2025, j'ai été nommée directrice scientifique de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies des IRSC.

Je m'adresse à vous aujourd'hui depuis Montréal, qui est reconnue comme le territoire non cédé de la nation Kanien'kehà:ka.

Je m'exprime aujourd'hui en tant que scientifique comptant plus de 30 ans d'expérience dans l'étude des parcours de développement menant aux troubles liés à la consommation de substances et dans l'évaluation des stratégies de prévention visant à réduire les risques chez les enfants, les jeunes et les adultes. Bien qu'une grande partie des recherches dont je vais parler ait été financée par les IRSC, je ne m'exprime pas aujourd'hui en leur nom. Les opinions exprimées ici n'engagent que moi et s'appuient sur des données probantes. Je n'ai par ailleurs aucun conflit d'intérêts financier à déclarer.

Les troubles liés à la consommation de substances restent les principales causes d'invalidité, de mortalité prématurée et de perte de potentiel humain au Canada. Une étude menée par le Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto estime les coûts économiques liés à la consommation de substances à environ 60 milliards de dollars par année. Toutefois, moins de 1 % de ces coûts va à la prévention. Au fil de plusieurs décennies de recherche, nous avons appris que les troubles liés à la consommation de substances résultent d'une interaction complexe entre la biologie, le développement, les expériences de vie, les relations sociales et les influences environnementales. L'un des facteurs prédictifs les plus significatifs d'un futur trouble lié à la consommation de substances et des préjudices qui en découlent est le début précoce de cette consommation.

Cette situation est particulièrement préoccupante, les jeunes Canadiens continuant de faire état de niveaux importants de consommation de substances. Les résultats d'enquêtes nationales récentes indiquent que davantage de jeunes retardent le début de leur consommation d'alcool et de tabac, ou choisissent de ne jamais en consommer, que la consommation de cannabis et de drogues illicites chez les jeunes s'est stabilisée au fil du temps, tandis que la consommation de médicaments d'ordonnance à des fins non médicales est en hausse. C'est pourquoi les stratégies visant à prévenir ou à retarder le début de la consommation de substances chez les jeunes doivent rester une pierre angulaire de la réponse du Canada à la crise des opioïdes.

Une prévention efficace agit en amont en s'attaquant aux risques avant que les problèmes liés à la consommation de substances ne s'installent. La consommation de substances chez les jeunes ne se produit pas de façon isolée. Elle est influencée par des facteurs personnels, familiaux, sociaux, économiques et communautaires, notamment le bien-être mental, le soutien familial, le sentiment d'appartenance à l'école, l'identité culturelle et l'accès aux opportunités.

Les jeunes d'aujourd'hui sont confrontés à des défis de plus en plus importants en matière de santé mentale, à des modes de consommation de substances en constante évolution et à une offre de drogues toxiques imprévisible. Ces réalités renforcent la nécessité de mettre en place des approches de prévention fondées sur des données probantes, qui tiennent compte des étapes du développement, qui sont adaptées culturellement et qui répondent aux besoins de communautés diverses.

Les données scientifiques relatives à la prévention sont claires dans plusieurs domaines. Les politiques à l'échelle de la population, comme les lois sur l'âge minimum, l'application des restrictions d'âge, la délivrance graduelle des permis de conduire, les lois sur la conduite avec facultés affaiblies, le prix minimum et les limites régissant la publicité, ont toutes pour effet de réduire l'exposition des jeunes aux substances addictives et contribuent à l'émergence de normes sociales plus saines. Il existe également des données étayant l'efficacité des interventions psychologiques qui visent à renforcer la résilience et l'autorégulation. Ces interventions sont souvent mises en œuvre en milieu scolaire, mais la validité de ces données dépend du type d'intervention mis en place et du stade de développement de la population concernée.

Les programmes universels de prévention destinés aux enfants en âge de fréquenter l'école primaire, qui favorisent les compétences sociales, la maîtrise de soi, la résolution de problèmes et la prise de décisions saines, présentent certains avantages, mais leurs effets restent modestes. À l'adolescence, période durant laquelle les jeunes explorent leur identité et se préparent à prendre des décisions de manière autonome, les interventions cognitivo-comportementales s'avèrent les plus efficaces, en particulier lorsqu'elles ciblent des facteurs de risque individuels.

En revanche, les données concernant les interventions motivationnelles brèves auprès des jeunes plus âgés — même si celles-ci semblent tout à fait pertinentes — ainsi que les initiatives à l'échelle de la communauté, restent pour l'instant limitées.

Mes recherches montrent que le fait de se concentrer sur cette période cruciale du développement de l'adolescent constitue une approche très prometteuse, et ce, pour deux raisons principales: premièrement, nos recherches montrent que la consommation précoce de substances perturbe le développement cognitif et cérébral; et deuxièmement, le risque est facile à évaluer à ce stade et peut être modifié au cours de cette fenêtre de développement.

Nos recherches montrent que les troubles liés à la consommation de substances ne résultent pas de processus totalement distincts. Ils découlent de variations au sein des mêmes systèmes de personnalité et neurocognitifs que ceux qui façonnent des traits comme la curiosité, la prise de risque, la sensibilité émotionnelle, l'impulsivité et la pensée indépendante. Je crois que nous sommes tous d'accord pour dire que ces qualités constituent souvent d'énormes atouts, mais que les jeunes ont également besoin d'aide pour les gérer.

● (1225)

J'aimerais prendre encore un instant pour vous dire qu'il existe des interventions conçues pour aider les jeunes à apprendre à gérer ces atouts…

Le président: Madame Conrod, je dois vous interrompre, car nous avons déjà dépassé le temps imparti de 25 secondes. Je suis désolé. Vous pourrez toujours revenir sur ces points lorsque les députés poseront leurs questions.

Sans plus attendre, nous allons donner la parole à M. Strauss pour six minutes.

Allez-y. Je vous en prie.

Matt Strauss: Merci, monsieur le président.

Madame Ali, j'ai trouvé intéressant d'entendre parler [*difficultés techniques*] de l'expérience menée en Colombie-Britannique en matière de décriminalisation. Si j'ai bien compris, d'après ce que vous avez dit, il était légal de posséder 2,5 grammes de différentes drogues, y compris du fentanyl. Selon ce que j'en sais, 2,5 grammes de fentanyl sont suffisants pour tuer 1 000 personnes. Est-ce bien ce que vous comprenez?

Farihah Ali: La quantité de 2,5 grammes constitue un seuil cumulatif. Elle englobe d'autres types de substances, et pas 2,5 grammes de fentanyl seulement.

Matt Strauss: Serait-il légal de transporter 1 000 doses mortelles de fentanyl dans ce cadre?

Farihah Ali: Je n'irais pas jusqu'à assimiler 2,5 grammes à 1 000 doses létales... comme vous le suggérez, mais je dirais que, oui, c'est une quantité létale — ou qu'elle pourrait l'être.

Matt Strauss: D'après mon expérience, je dirais que 2,5 milligrammes correspondent à peu près à une dose létale. N'êtes-vous pas de cet avis?

Farihah Ali: Oui, je pense que c'est effectivement une dose susceptible d'être létale...

[*Français*]

Marie-Hélène Gaudreau: J'invoque le Règlement, monsieur le président.

Marie-Hélène Gaudreau: Monsieur le président...

[*Traduction*]

Farihah Ali: ... tout dépendant de sa puissance et de sa concentration, notamment...

Le président: Il y a un rappel au Règlement.

Il y a eu quelques interruptions pendant l'intervention de M. Strauss. Je crois que cela devient difficile pour les interprètes de... alors, s'il vous plaît...

Je vais arrêter le chronomètre. Pourriez-vous répéter votre question, monsieur Strauss, puis nous écouterons Mme Ali.

Monsieur Strauss, allez-y.

Matt Strauss: Je suis vraiment désolé. Je crois que les TI m'ont effectivement demandé de parler plus fort.

Vous conviendrez que 2,5 milligrammes constituent une dose létale. Donc, 2,5 grammes représenteraient 1 000 doses. C'est une simple question mathématique. N'est-ce pas une quantité suffisante de fentanyl pour tuer 1 000 personnes?

Farihah Ali: Tout à fait. Je pense que cette dose de fentanyl peut être absolument létale, compte tenu, notamment, de sa puissance, de sa concentration et du degré de tolérance de la personne.

Il faut vraiment préciser que la politique de dépénalisation de la Colombie-Britannique n'a pas rendu ces substances légales ni sans danger. Elle a supprimé les sanctions pénales en cas de possession de petites quantités dans des conditions bien définies. Le seuil de 2,5 grammes correspondait à une limite de possession cumulée pour plusieurs substances, et non à une quantité recommandée ou sans danger à consommer. Il est important de...

● (1230)

Matt Strauss: Oui, j'espère vraiment que personne ne recommandait cela.

J'essaie simplement de faire une analogie avec la réglementation des armes à feu. Si je transportais une quantité d'explosifs ou de munitions suffisante pour tuer 1 000 personnes, ce serait généralement considéré comme un délit au Canada, mais laissons cela. Ce seuil me semble tout simplement absurde.

Vous avez dit que la dépénalisation visait à réduire la criminalisation. N'est-ce pas là une tautologie? Si on cesse d'arrêter des personnes pour possession, il y aura forcément moins d'arrestations pour possession.

Farihah Ali: Oui, tout à fait, mais cette politique n'a pas été mise en œuvre de manière cohérente. De nombreux problèmes se sont posés du côté du pouvoir discrétionnaire des policiers, de la formation et de l'application de la loi. Dans certaines régions, on a effectivement constaté une baisse globale du nombre de poursuites et des taux de possession. Parallèlement, la mise en œuvre a soulevé d'autres problèmes, et c'est ce qui a fait l'objet de notre évaluation.

Matt Strauss: Cette question s'adresse à Mme Conrod.

Pour me préparer à ces réunions, j'ai consulté une carte du nombre de décès liés aux opioïdes par tranche de 100 000 habitants au Canada. À quelques exceptions près, la courbe semble presque rectiligne. C'est dans l'Ouest que le taux de mortalité par surdose est le plus élevé. Puis, à mesure qu'on se dirige vers l'est, le taux diminue, et c'est au Québec et dans les provinces de l'Atlantique que les taux sont les plus bas.

Compte tenu de vos 30 années d'expérience, avez-vous une explication gestaltiste à cette configuration géographique observable?

Patricia Conrod: Je dirais que, au départ, le Québec, notamment, était moins visé par les stratégies de marketing visant à promouvoir les opioïdes d'ordonnance et que les pratiques étaient un peu plus prudentes en matière de prescription d'opioïdes aux patients ambulatoires.

Mais, comme vous le savez, la situation a radicalement changé. En effet, le Québec et certaines autres provinces maritimes — je pense notamment au Nouveau-Brunswick — enregistrent actuellement une hausse plus rapide du nombre de décès par surdose d'opioïdes. Même si les chiffres absolus sont inférieurs, ces provinces ont en réalité, depuis deux ans, connu des hausses plus importantes que d'autres provinces, qui, elles, enregistrent une baisse.

Il me semble très difficile, en ce moment, de tirer des conclusions générales sur les facteurs à l'origine de ces hausses ou de ces baisses.

Matt Strauss: Je suis curieux de connaître votre point de vue sur la question. Quand vous parlez des facteurs en amont, il me semble que l'isolement social et l'aliénation culturelle sont les facteurs les plus déterminants du risque de développer une dépendance aux opioïdes. Il me semble que certaines provinces où le sentiment d'appartenance et l'identité culturelle sont plus marqués pourraient être mieux protégées. Considérez-vous que ce genre de facteurs pourraient avoir un effet protecteur?

Patricia Conrod: Je ne suis pas certaine que les données actuelles permettent d'étayer cette hypothèse. La question mériterait d'être étudiée, mais je dirais que la santé mentale est un facteur déterminant dans la consommation précoce de substances psychoactives et les problèmes qui y sont liés. Les jeunes du Québec se disent effectivement dans un état de bien-être mental légèrement supérieur à celui de leurs homologues d'autres régions du pays, et c'est très bien documenté dans certaines enquêtes de population, mais l'écart est très faible et ne suffirait pas à expliquer le phénomène. Les facteurs à l'origine des préjudices liés à la consommation de substances dans le cadre de la crise des opioïdes sont multiples, et ils ont considérablement évolué au fil du temps.

Matt Strauss: D'accord, mais je n'ai pas beaucoup de temps, et donc...

Patricia Conrod: Le Québec a pris des mesures plus restrictives en matière de réglementation des drogues et cela pourrait contribuer à la protection de la population. Je pourrais parler de certaines d'entre elles si cela vous intéresse.

Matt Strauss: Eh bien, en fait, je voudrais passer à autre chose. Nous avons vraiment peu de temps.

Je crois que vous deux, ainsi que beaucoup des intervenants précédents, avez parlé de services complets, c'est-à-dire, selon moi, un hébergement assorti d'un counselling et d'un traitement de la dépendance, et parfois d'un service d'ordonnance médicale.

D'une manière générale, n'offre-t-on pas déjà ces services aux détenus? On donne un logement aux gens incarcérés à la suite d'infractions liées à un trouble de consommation d'opioïdes. Je crois aussi que des traitements contre les dépendances, du counselling et d'autres services de réinsertion sont disponibles en prison. N'est-ce pas votre avis?

● (1235)

Le président: Monsieur Strauss, vous avez dépassé votre temps de parole de 15 secondes, je suis désolé. Je dois passer la parole à la députée Chi. Vous avez six minutes, madame. Allez-y, je vous en prie.

Maggie Chi (Don Valley-Nord, Lib.): Merci, monsieur le président, et merci aux deux témoins d'être venues aujourd'hui.

Cette étude, et notamment cette séance, a, selon moi, vraiment permis de souligner le fait que, pour faire face à la crise des opioïdes, il faut envisager l'ensemble du spectre et du continuum des soins, depuis la prévention jusqu'à l'aide apportée à ceux qui sont déjà aux prises avec une dépendance et d'autres troubles de santé mentale. Le gouvernement fédéral a beaucoup investi à tous ces égards, notamment un investissement historique de 500 millions de dollars dans le Fonds pour la santé mentale des jeunes, outre un soutien aux services communautaires par le biais du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances et du Fonds d'urgence pour le traitement.

Ma première question s'adresse à Mme Patricia Conrod.

Je crois que vous avez abordé le sujet dans votre exposé préliminaire. Vos recherches portent sur les interventions précoces ciblées et sur la prévention, ainsi que sur la manière dont elles peuvent aider les jeunes et leur permettre d'acquérir les compétences nécessaires pour réduire le risque de développer des troubles liés à la consommation de substances. Dans quelle mesure est-il important d'aborder simultanément la santé mentale des jeunes et la prévention de la consommation de substances, plutôt que d'attendre que les jeunes commencent à développer des problèmes plus graves?

Patricia Conrod: C'est extrêmement important, et je crois que les données disponibles corroborent cette approche. Ce n'est pas une solution qui convient à tout le monde. C'est pourquoi il faut, selon moi, garder les mesures d'accompagnement destinées aux jeunes qui se trouvent dans des situations à risque ou qui présentent eux-mêmes des facteurs de risque. Ils ont besoin d'un accompagnement en santé mentale à différentes étapes de leur développement et, éventuellement, tout au long de leur vie.

J'ajoute que, pour mettre en place des programmes efficaces de prévention de la consommation de drogues et d'alcool, des partenariats avec les services intégrés destinés aux jeunes et le soutien apporté par ces services aux établissements scolaires dans la mise en œuvre de programmes fondés sur des données probantes représentent une approche prometteuse. C'est un modèle en cours de développement. Nous avons conclu des partenariats avec Youth Wellness Hubs Ontario et Foundry pour la mise en œuvre du programme de prévention. Les services intégrés destinés aux jeunes collaborent désormais avec les établissements scolaires pour prendre des mesures de santé mentale en amont, en collaboration avec les conseillers scolaires. Ils sont là pour apporter leur soutien quand c'est nécessaire, et, si les brèves mesures prises en amont ne suffisent pas dans tel ou tel contexte ou pour telle ou telle personne, un soutien supplémentaire est disponible. C'est un modèle vraiment intéressant, à mon avis.

Maggie Chi: Merci beaucoup.

Vous avez parlé des services intégrés destinés aux jeunes et des centres de mieux-être, et c'est précisément dans ces domaines que notre gouvernement a investi par le biais du Fonds pour la santé mentale des jeunes. Des sommes considérables ont été investies dans le développement de services communautaires de santé mentale destinés aux jeunes.

Pour en revenir à vos recherches, quels sont, selon vous, les principaux moyens de continuer à avoir un impact dans la prévention des troubles liés à la consommation de substances chez les jeunes?

Patricia Conrod: Nous savons clairement quelles interventions sont efficaces, mais je m'en voudrais de ne pas parler des difficultés liées à leur mise en œuvre. L'implantation en milieu scolaire est, à mon sens, la voie la plus prometteuse et la meilleure pour garantir l'équité en matière de santé mentale et de prévention de la toxicomanie, parce qu'elle permet de s'adresser à l'ensemble d'une tranche d'âge et de s'assurer que chacun en bénéficie. Mais les collectivités se heurtent à des difficultés quand elles essaient de mettre en œuvre ces programmes à grande échelle. Les ressources sont limitées. Il manque de personnel, et le personnel disponible change souvent. Nous manquons également d'investissements durables dans les infrastructures nécessaires pour soutenir la prévention en santé mentale. Personne n'en assume la responsabilité principale.

Nous avons besoin d'un personnel correctement formé, composé idéalement de membres d'un organisme professionnel ayant accès à la supervision d'experts et intervenant dans le cadre d'une approche de prise en charge en étapes, comme je viens de l'expliquer, pour pouvoir passer de mesures brèves en milieu scolaire à un accompagnement plus serré en santé mentale et en aide psychosociale quand c'est nécessaire.

D'après notre expérience, quand des programmes fondés sur des données probantes sont véritablement intégrés au fonctionnement des conseils scolaires ou des autorités sanitaires, ils sont plus faciles à pérenniser et se révèlent plus efficaces. Mais, pour l'instant, il n'existe pas de véritable système de santé pérenne qui permette de mettre en œuvre des mesures de prévention en santé mentale.

Maggie Chi: Merci beaucoup, madame Conrod.

Vous avez été interrompue une minute pendant votre exposé préliminaire. Auriez-vous quelque chose à ajouter?

● (1240)

Patricia Conrod: Merci beaucoup.

Je tiens à préciser que nous avons publié quelques analyses supplémentaires des études originales pour évaluer directement les mesures prises dans des écoles secondaires et ciblant des jeunes déclarant eux-mêmes présenter des facteurs de risque psychologiques liés à une consommation précoce de substances psychoactives et aux préjudices qui en découlent. Les neurosciences du développement en sont à un stade où les jeunes sont capables de parler de leur niveau de risque et où l'on peut intervenir à l'aide de mesures cognitivo-comportementales très succinctes et légères.

Concernant la consommation d'opioïdes sur ordonnance, les données sont un peu moins claires. Mais nous avons récemment signalé qu'il existait des solutions pour réduire le risque de polyconsommation chez les élèves du secondaire. C'est un facteur de risque très important qui permet de déterminer qui développera par la suite de graves problèmes liés à la consommation de substances. Nous avons un certain nombre de programmes très prometteurs qui ont simplement besoin d'investissement et de soutien plus systématiques pour les déployer à l'échelle nationale.

Le président: Merci beaucoup.

Écoutons maintenant Mme Gaudreau. Vous avez six minutes, madame.

Allez-y, je vous en prie.

[*Français*]

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

Madame Conrod, est-ce que vous pouvez nous parler de la question de mon collègue le Dr Strauss sur la gestion des drogues et des médicaments au Québec?

Patricia Conrod: J'aimerais bien, mais je ne suis vraiment pas une experte du sujet. Je suis beaucoup plus à l'aise de vous parler des facteurs liés au développement impliqués dans les troubles de consommation de substances. Je sais qu'il y a un rapport publié récemment qui indique qu'en ce moment, les pratiques liées aux ordonnances d'opioïdes au Québec augmentent. Dans le passé, nous avons vu qu'il y avait moins de prescriptions sur ordonnance, mais en ce moment, ces pratiques changent, et ce sont des tendances qui vont dans une direction qui souligne des problèmes.

Marie-Hélène Gaudreau: Est-ce qu'il y a une corrélation entre l'augmentation du taux de suicide et la consommation en croissance d'opioïdes?

Patricia Conrod: Je crois que je devrai vous fournir une réponse plus tard.

[*Traduction*]

Madame Ali, vous avez peut-être une réponse à cette question.

Mais je vais devoir vous revenir pour vous fournir un résumé clair des éléments disponibles sur ce sujet.

[*Français*]

Je peux dire que les interventions qui ciblent les jeunes qui présentent des facteurs de risque pour les troubles de consommation les protègent contre les troubles et les pensées suicidaires. Il est très difficile de démontrer qu'on peut prévenir le suicide. Ça prend de très grandes études, mais nous avons déjà publié de l'information sur le fait qu'on peut réduire les pensées suicidaires chez les jeunes en utilisant les programmes de prévention de la consommation de substances chez les jeunes.

Marie-Hélène Gaudreau: Merci beaucoup.

Madame Ali, selon vos travaux auprès des personnes qui consomment des drogues, qu'est-ce qui change lorsqu'une personne obtient, par exemple, un logement stable ou une sécurité matérielle minimale? Est-ce que ça modifie sa capacité à accéder aux soins et est-ce que ça contribue à la réduction des risques?

[*Traduction*]

Farihah Ali: Merci de la question.

Effectivement, un logement stable et une situation financière sûre peuvent faire une énorme différence dans la capacité d'une personne à accéder aux soins de santé, à suivre un traitement et à réduire les risques liés à la consommation de substances. Pour une personne en situation d'itinérance, une grande partie de la vie quotidienne est consacrée à la satisfaction des besoins fondamentaux de survie, comme trouver un endroit où dormir, se procurer de la nourriture, assurer sa sécurité et parfois même gérer le sevrage. Dans ces circonstances, il devient beaucoup plus difficile de se rendre à des rendez-vous médicaux ou de suivre un traitement de manière régulière, et nos données le prouvent.

Nous savons également que la précarité en matière de logement peut accroître l'exposition à des environnements dangereux et à des situations où les personnes peuvent consommer des drogues seules, par exemple, et cela augmente le risque de surdose. Nous l'avons constaté dans nos propres recherches. Les consommateurs de drogues que nous avons interrogés parlent souvent de la précarité en matière de logement, de la pauvreté et de la difficulté à accéder à ces ressources de base comme autant d'obstacles au traitement et au rétablissement. Quand une personne a un logement stable et une certaine sécurité financière, elle est mieux placée pour accéder aux soins de santé, suivre son traitement et nouer des relations d'aide.

● (1245)

[*Français*]

Marie-Hélène Gaudreau: Je vous remercie.

Comment peut-on mettre en place des politiques, voire des programmes, pour s'assurer d'avoir une approche systémique et que les intervenants peuvent avoir la liberté de bien agir auprès de la clientèle qui est, techniquement, à géométrie variable en ce qui a trait à ses processus ou ses difficultés? Qu'est-ce que ça nous prend? Nous avons besoin de ça dans notre rapport d'étude.

[*Traduction*]

Farihah Ali: C'est également un facteur très important. À mon avis, l'une des principales mesures à prendre est de nous éloigner d'une approche rigide et uniforme et d'offrir aux fournisseurs de services la souplesse, les ressources et le budget nécessaires pour répondre aux besoins de leurs clients.

Les consommateurs de drogues sont une population très hétérogène. Une personne en situation d'itinérance peut avoir besoin d'un accompagnement très différent de celui d'une personne ayant un logement stable, mais qui, par exemple, est confrontée à des problèmes de santé mentale ou à une dépendance aux opiacés. C'est ce que nous avons pu constater également dans le cadre de nos propres recherches. Les fournisseurs de soins parlent souvent de financement fragmenté, de critères d'admissibilité restrictifs et de coordination limitée entre les services comme autant d'obstacles à cette prise en charge globale.

Je crois que les gouvernements peuvent remédier à cette situation grâce à un financement plus souple et, surtout, durable, qui permette aux organisations d'intégrer véritablement le traitement des dépendances, la réduction des préjudices, les soins de santé mentale et l'aide au logement, plutôt que de financer chaque service isolément. Il faudrait également associer les personnes ayant vécu ou vivant actuellement cette réalité à la conception de ces programmes, puisque ce sont elles qui savent où se trouvent les lacunes.

[*Français*]

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

Je vous remercie, mesdames Ali et Conrod.

[*Traduction*]

Le président: Merci, madame Gaudreau.

La parole est à M. Bailey pour cinq minutes.

Allez-y, monsieur, je vous en prie.

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

Je voudrais demander aux deux témoins, mesdames Ali et Conrod, si des services complets sont disponibles en prison. Pourriez-vous, s'il vous plaît, faire parvenir vos réponses à la greffière pour qu'elles puissent être versées au dossier de ce rapport?

Merci.

Madame Conrod, je vais faire très vite, parce que j'ai très peu de temps.

Connaissez-vous le CoRE, c'est-à-dire le Canadian Centre of Recovery Excellence?

Patricia Conrod: Oui. C'est en Alberta.

Burton Bailey: Il a récemment publié un communiqué de presse indiquant que la recherche atteste que les surdoses provoquent des lésions cérébrales irréversibles et lançant un appel urgent en faveur d'une refonte des traitements de la toxicomanie.

J'aimerais avoir votre avis sur le développement cérébral chez les jeunes et sur ce que vous avez pu observer dans le cadre de vos recherches concernant les effets des drogues sur le cerveau. Même si cela va de soi, on évoque souvent les effets durables sur le cerveau quand on discute de la crise des opioïdes, mais je crois qu'il est important de le souligner officiellement et de l'inclure dans ce rapport.

Patricia Conrod: Merci de votre question. Elle est importante.

Il n'existe pas de données concernant les effets des opioïdes sur le développement cérébral. C'est un domaine qui mériterait sans aucun doute de faire l'objet de recherches plus approfondies.

La plupart des recherches concernant les effets de la consommation de substances psychoactives sur le développement cérébral se limitent à la consommation d'alcool et de cannabis, ces deux substances étant associées à des facteurs de risque neurocognitifs liés au développement, ainsi qu'aux effets potentiels d'une consommation précoce de ces substances sur le développement cérébral.

Quant aux effets de l'anoxie liée à une surdose ou à l'exposition à des concentrations très élevées d'opioïdes extrêmement puissants, les données disponibles sont également assez limitées à l'heure actuelle, et la question mériterait de faire l'objet de recherches plus approfondies.

C'est une question qui m'intéresse beaucoup, mais il n'est pas très facile de vous donner une réponse pour l'instant. Comme vous pouvez l'imaginer, c'est très complexe.

● (1250)

Burton Bailey: Merci de votre réponse.

Nous avons présenté cette étude. Si vous désirez ajouter quoi que ce soit à ce sujet, je vous demanderai de nous faire parvenir votre réponse.

J'ai une question. Quelle est l'approche la plus bienveillante pour les enfants en situation de vulnérabilité: des programmes comme celui que vous avez étudié, qui permettent d'intervenir très tôt pour enrayer les problèmes, ou la distribution d'opioïdes très puissants susceptibles d'être détournés et d'entraîner davantage de jeunes dans la dépendance?

Donnez une réponse simple, s'il vous plaît.

Patricia Conrod: À mon avis, il ne convient pas de réagir de façon manichéenne. Nous devons tout mettre en œuvre à chaque étape et tout au long du processus de résolution du problème. Nous avons absolument besoin des deux.

Burton Bailey: Merci.

Vous avez dit que la crise des opioïdes au Canada coûte 60 milliards de dollars et que 1 % de cette somme est consacré à la prévention. C'est vous qui l'avez dit. N'est-ce pas?

Patricia Conrod: C'est exact, mais ces 60 milliards de dollars sont consacrés aux dommages liés à la consommation de substances en général, pas uniquement d'opioïdes.

Burton Bailey: Effectivement.

Ma distinguée collègue a rappelé que le gouvernement est en train d'investir 500 millions de dollars dans la prévention, soit 0,5 %, c'est-à-dire, littéralement, une goutte d'eau dans la mer. D'après vous, quel pourcentage faudrait-il consacrer à la prévention? Est-ce que 10 % devrait être la base? L'Association canadienne pour la santé mentale nous a fait savoir qu'il n'y avait tout simplement pas de fonds disponibles pour la prévention, ni d'ailleurs pour la recherche.

Patricia Conrod: Je suis tout à fait d'accord. Ces 10 % contribueraient grandement à soutenir les collectivités et les établissements scolaires, où il est très possible, à mon avis, de faire de l'excellent travail de prévention...

Burton Bailey: Merci, madame.

Patricia Conrod: Pour l'instant, nous n'avons tout simplement pas suffisamment d'effectifs pour mener à bien ce projet. Si c'était facile et si c'était une simple conférence ponctuelle, nous le ferions. Mais ce n'est pas une tâche aisée. C'est un travail qui doit être effectué avec beaucoup de savoir-faire, dans le cadre de petits groupes où les jeunes sont encadrés de manière très responsable.

Burton Bailey: Merci, madame.

J'ai 20 secondes et j'ai une question très importante à vous poser. Vous avez créé un programme. Comment pourrait-on l'étendre à d'autres régions, et quel degré d'adhésion pourrait-on espérer d'après vous?

Patricia Conrod: À l'heure actuelle, je crois que nous sommes plus ou moins présents dans sept provinces canadiennes. On constate un intérêt considérable pour la mise en œuvre de programmes de prévention fondés sur des données probantes à travers tout le pays. Tout dépend des ressources disponibles et de notre capacité à accompagner les collectivités dans cette démarche.

Pour revenir à votre question antérieure, comment mieux accompagner les collectivités dans la mise en œuvre des mesures de prévention...

Le président: Merci beaucoup, madame Conrod.

C'est au tour de M. Sawatzky pour cinq minutes.

Allez-y, monsieur, je vous en prie.

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

Merci de votre présence parmi nous aujourd'hui, madame Conrod.

Je veux d'abord vous féliciter pour votre nomination au poste de directrice scientifique de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies des IRSC. Toutes mes félicitations.

Madame Conrod, vos recherches sur la santé mentale et la consommation de substances chez les jeunes, et notamment sur les effets des médias sociaux et du cannabis sur le développement cérébral des adolescents, ont contribué à orienter les politiques au Canada et à l'échelle internationale. Vos recherches dans le cadre du programme PréVenture ont permis de constater que des interventions ciblées en milieu scolaire peuvent réduire le risque à long terme de développer des troubles liés à la consommation de substances. Pourriez-vous nous expliquer plus précisément comment ce programme fonctionne concrètement?

Patricia Conrod: C'est un programme succinct de deux séances de 90 minutes, dispensé dans les établissements scolaires sous forme d'ateliers en petits groupes à l'intention des jeunes qui se portent volontaires pour y participer. Ce qui est remarquable, c'est que 85 à 90 % des jeunes invités à y participer acceptent de le faire. Ils désirent mieux se connaître et acquérir les compétences nécessaires pour favoriser leur autonomie et leur capacité à prendre des décisions de manière autonome et acquérir de bonnes stratégies d'adaptation.

Un animateur formé réunit les jeunes, qui sont d'abord sensibilisés par les récits et les témoignages d'autres jeunes partageant des marqueurs de risque psychologique similaires. Ils découvrent comment ces caractéristiques peuvent, selon le cas, les prédisposer à prendre des décisions problématiques ou les mener vers la réussite.

● (1255)

Jake Sawatzky: Merci beaucoup.

Pourriez-vous nous parler brièvement de l'efficacité de ce programme?

Patricia Conrod: Cette approche a été testée dans le cadre d'au moins huit essais randomisés à travers le monde. Deux d'entre eux ont été réalisés au Canada. L'essai le plus récent était une étude à grande échelle portant sur 4 000 jeunes à Montréal. Nous avons démontré que cette intervention était associée à une réduction significative du risque de développer des troubles liés à la consommation de substances sur une période de cinq ans, ainsi qu'à une diminution significative de la consommation d'alcool, de cannabis et de tabac et de la polyconsommation.

Jake Sawatzky: Vos recherches ont-elles permis de constater l'importance de l'incidence des traumatismes parmi les personnes confrontées à des problèmes de consommation de substances?

Patricia Conrod: Tout à fait. Nous avons également fait certaines recherches à ce sujet, qui ont démontré que les traits psychologiques prédisposant des jeunes à des troubles liés à la consommation de substances interagissent avec les traumatismes, les compliquent et, d'une certaine manière, déterminent la façon dont une personne réagira à un événement traumatisant.

Les conséquences d'un traumatisme ne sont pas les mêmes pour tout le monde. Il ne s'agit pas seulement du TSPT et de symptômes d'anxiété. Il peut également s'agir d'un profil davantage extériorisé, caractérisé par des troubles du comportement et un usage détourné de substances. On sait aujourd'hui que les traits de personnalité ciblés par ce programme influencent la manière dont un jeune réagira face à des expériences éprouvantes, difficiles et traumatisantes.

Jake Sawatzky: Merci.

Pour changer un peu de sujet, pourriez-vous nous parler de l'incidence des problèmes concomitants liés à la santé mentale et à la consommation de substances, ainsi que de la manière dont ils peuvent s'influencer mutuellement?

Patricia Conrod: Chez les jeunes, ces deux phénomènes vont très souvent de pair. Selon les études, on estime qu'entre 60 et 80 % des jeunes confrontés à des problèmes liés à la consommation de substances présentent également une autre forme de trouble psychologique.

Il faut également rappeler que les troubles psychologiques ne doivent pas nécessairement être complètement manifestes pour avoir un impact sur les jeunes. L'apparition d'un ou deux symptômes seulement, tout comme la consommation de substances, peut considérablement perturber le parcours scolaire et psychosocial d'un jeune et avoir des répercussions sur le développement de son cerveau. C'est pourquoi la prévention revêt une telle importance.

Jake Sawatzky: Merci.

Je crois qu'il me reste 30 secondes; ce sera donc ma dernière question. Pourriez-vous nous parler de l'incidence de la consommation de cannabis chez les jeunes et des problèmes que cela peut entraîner, notamment quand ils consomment du cannabis à forte concentration?

Patricia Conrod: Je vous reviendrai avec de l'information sur l'incidence de la consommation chez les jeunes. Évidemment, cela dépend de leur âge. L'incidence augmente avec l'âge, mais elle tourne autour de 50 %. Cela dépend également de la fréquence. Parle-t-on de la consommation au cours de la vie, au cours de l'année écoulée ou au cours des 30 derniers jours?

Oui, la consommation de produits de cannabis à forte concentration est en hausse depuis leur mise sur le marché, et c'est un phénomène dont nous ne comprenons vraiment pas les répercussions sur la santé mentale ou la santé cérébrale.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Sawatzky.

Madame Gaudreau vous avez deux minutes et demie.

Allez-y, je vous en prie.

[*Français*]

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

Je vais m'adresser à Mme Ali et ensuite à Mme Conrod.

En fait, essentiellement, je me posais la question suivante: comme chaque province est très habilitée à offrir des services, qu'est-ce qui devrait apparaître dans l'étude pour que le fédéral puisse changer les choses?

Oui, on a parlé d'offrir des sommes d'argent récurrentes, de se donner le courage de lâcher prise et de faire confiance, entre autres, aux provinces ou aux intervenants. Cela dit, j'aimerais entendre vos recommandations pour que nous puissions les inscrire dans le rapport.

[*Traduction*]

Farihah Ali: Le Comité peut formuler plusieurs recommandations concrètes. Tout en reconnaissant que la prestation des soins de santé relève principalement de la compétence des provinces, le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer pour soutenir et coordonner ces efforts.

Je veux d'abord rappeler avec insistance l'importance d'un financement durable et prévisible au lieu de financements pilotes à court terme. Les organisations ont besoin de stabilité pour fidéliser leur personnel, tisser des liens avec leurs clients et fournir des services à long terme.

Deuxièmement, il nous faut davantage de souplesse dans l'utilisation des fonds. Les collectivités ont des besoins différents. Les fournisseurs de services doivent pouvoir adapter leurs programmes plutôt que de devoir se conformer à des conditions de financement trop restrictives.

Troisièmement, il faudrait peut-être renforcer la coordination entre les gouvernements et entre les différents services de santé, de logement, de santé mentale et de prise en charge des dépendances, pour éviter que certaines personnes soient sans cesse laissées pour compte.

Enfin, votre remarque concernant l'idée de faire confiance aux fournisseurs de services est vraiment importante. Il faut reconnaître l'expertise des organisations de terrain et des personnes ayant vécu ou vivant encore cette réalité, tout en veillant à la responsabilisation et à l'évaluation. C'est pourquoi j'invite le Comité à recommander des modèles de financement durables et souples...

● (1300)

[*Français*]

Marie-Hélène Gaudreau: Madame Conrod, vous avez quelques secondes pour répondre.

[*Traduction*]

Patricia Conrod: Je vais ajouter à ces recommandations. Le gouvernement fédéral devrait attribuer des ressources à des programmes fondés sur des données probantes, et il pourrait également, pour favoriser un soutien plus durable à la prévention, exiger qu'un certain pourcentage des investissements destinés aux provinces soit consacré à la prévention fondée sur des données probantes, car ce domaine est sous-financé, comme on le sait.

Le président: Merci beaucoup.

Au nom des membres du Comité, je tiens à remercier MMes Conrod et Ali des précieuses informations qu'elles nous ont fournies.

Merci également à nos analystes, à notre greffière, à nos interprètes et à notre personnel de soutien du travail qu'ils accomplissent pour assurer le bon déroulement de ces réunions.

Cela dit, avant de vous donner la parole, monsieur Bailey, j'ai un rappel à faire. Notre prochaine réunion aura lieu le mercredi 28 octobre et portera sur le rapport provisoire relatif à l'étude sur l'immigration.

Les témoins en ligne peuvent se retirer. Merci.

À l'avenir, je suggère que les instructions pour la rédaction de nos rapports soient discutées au cours de réunions à huis clos plutôt que par courriel. Cela permettrait au Comité de donner des directives collectives aux analystes et d'éviter les consignes contradictoires. Les membres pourraient toujours soumettre leurs recommandations par courriel par la suite.

C'était la pratique habituelle du Comité, et cela favorise un processus de rédaction plus efficace et plus transparent.

Je recommande aux membres de préparer leurs consignes de rédaction pour cette étude afin que les analystes puissent les avoir mercredi.

Quand la première version du rapport de l'étude sur l'immigration sera terminée, nous donnerons des instructions de rédaction pour l'étude sur les opioïdes.

La parole est maintenant à M. Bailey, qui a une motion de régie interne à présenter.

Burton Bailey: Merci, monsieur le président, de me donner la parole et d'avoir si bien animé la réunion d'aujourd'hui. Je sais que nous avions un peu de retard sur l'horaire prévu.

Je sollicite votre consentement unanime concernant une motion que nous avons présentée à la dernière réunion.

> Que, nonobstant les pratiques habituelles du Comité concernant l'accès aux documents et la distribution des documents,
>
> a) jusqu'à trois membres associés du Comité par parti soient autorisés à recevoir les avis de convocation et les avis de motion et à accéder au cartable numérique;
>
> b) que les noms des membres associés désignés soient communiqués par les bureaux des whips de chaque parti reconnu au greffier du comité; et
>
> c) les bureaux des whips de chaque parti reconnu peuvent chacun désigner un membre de leur personnel pour figurer sur la liste de distribution du comité; et
>
> d) les dispositions de cette motion demeurent en vigueur pour la durée de la 45e législature, à moins qu'il en soit ordonné autrement.

Le président: Merci, monsieur Bailey.

Si j'ai bien compris, la motion a été distribuée dans les deux langues officielles.

Y a-t-il consentement unanime?

Des députés: D'accord.

(La motion est adoptée.)

Le président: Y a-t-il un consensus pour lever la séance?

Merci. 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