

ISSN 2818-9884



ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE-TROISIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des relations avec les citoyens**

Le mardi 24 octobre 2023 — Vol. 47 N° 32

Consultations particulières sur le projet de loi n° 36 — Loi
sur le recouvrement du coût des soins de santé et des
dommages-intérêts liés aux opioïdes

**Présidente de l'Assemblée nationale :
Mme Nathalie Roy**

2023

Commission des relations avec les citoyens

Le mardi 24 octobre 2023 — Vol. 47 N° 32

Table des matières

Remarques préliminaires	1
M. Lionel Carmant	1
Mme Elisabeth Prass	2
Mme Manon Massé	3
Auditions	3
Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ)	3
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)	10
Mme Marie-Ève Goyer	19
Spectre de rue	27
Mémoires déposés	34

Autres intervenants

Mme Lucie Lecours, présidente

Mme Valérie Schmaltz
Mme Marie-Belle Gendron
M. Pascal Paradis
Mme Marie-Louise Tardif
Mme Marilyne Picard

- * M. Louis Letellier de St-Just, AIDQ
- * Mme Sandhia Vadlamudy, idem
- * M. Pierre-Gerlier Forest, INSPQ
- * M. Jean-Bernard Gamache, idem
- * M. François Gagnon, idem
- * Mme Alexandra Pontbriand, Spectre de rue

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 24 octobre 2023 — Vol. 47 N° 32

Consultations particulières sur le projet de loi n° 36 — Loi sur le recouvrement du coût des soins de santé et des dommages-intérêts liés aux opioïdes*(Neuf heures cinquante minutes)*

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : ...plaît! La Commission des relations avec les citoyens commence... Voyons, je m'excuse. Ayant constaté le quorum... Pardon, j'étais déjà sur la fin de l'autre. Ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission des relations avec les citoyens ouverte. Bienvenue à tous et à toutes.

La commission est réunie aujourd'hui afin de procéder aux consultations particulières et aux auditions publiques sur le projet de loi n° 36, Loi sur le recouvrement du coût des soins de santé et des dommages-intérêts liés aux opioïdes.

Mme la secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements?

La Secrétaire : Oui, Mme la Présidente. M. Bérubé (Matane-Matapédia) est remplacé par M. Paradis (Jean-Talon).

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci beaucoup. Alors, nous allons débiter ce matin avec les remarques préliminaires, puis nous... nous continuerons avec les groupes suivants : Me Louis Letellier de St-Just, conjointement avec Mme Sahida... Vadlamudy... J'espère que j'ai bien prononcé votre nom. Ensuite, nous allons poursuivre avec l'Institut national de santé publique du Québec et Dre Marie-Ève Goyer.

Remarques préliminaires

Alors, j'invite maintenant le ministre responsable des Services sociaux à faire ses remarques préliminaires. M. le ministre, vous allez bénéficier d'une période de six minutes. Et le micro est à vous.

M. Lionel Carmant

M. Carmant : Merci beaucoup, Mme la Présidente. Bon matin, tout le monde. Merci à nos deux invités d'être là ce matin. Je tiens à remercier mes collègues d'être présents, les députées de Soulanges, de Vimont, d'Abitibi-Ouest, de Laviolette—Saint-Maurice et de Châteauguay. Merci d'être là. Les députés de l'opposition également, merci beaucoup de vous joindre à nous ce matin pour cette importante commission.

Mme la Présidente, d'abord, j'aimerais souligner qu'il s'agit du premier projet de loi que je dépose dans cette 43e législature et que je suis très content d'être ici avec vous dans le cadre de son étude. J'aimerais aussi prendre le temps de saluer les... nos invités ce matin, qui vont avoir une contribution importante, là, à l'avancement de ce projet de loi. Plusieurs de mes collègues ont eu, d'entrée de jeu, de bons mots sur le projet de loi et ses objectifs, et je tiens à les remercier. Puis j'espère qu'on va savoir faire avancer ensemble le... ce projet de loi le plus rapidement et le plus efficacement possible, Mme la Présidente. Le sujet, visiblement, nous touche tous, et il est important que l'on s'y penche.

D'abord, j'aimerais remettre en contexte rapidement le dépôt de ce projet de loi. Il faut rappeler que cette situation qu'on reconnaît comme la crise des surdoses n'est pas unique au Québec. En août 2018, la Colombie-Britannique, durement frappée par cette crise, a pris l'initiative de déposer une demande d'autorisation à exercer une action collective contre une quarantaine de fabricants et de distributeurs d'opioïdes ainsi que leurs consultants. Leurs... Les comportements de ces fabricants et distributeurs auraient conduit, entre autres, à la mort et à l'hospitalisation de milliers de Canadiens suite à des surdoses.

Aussi, il faut faire face à de fausses représentations quant aux risques de dépendance, aux effets secondaires et aux symptômes de sevrage. Ces médicaments, normalement utilisés pour les douleurs... les douleurs aiguës et sévères, sont devenus le traitement physique de douleurs chroniques de nombreux patients. De ces manquements a résulté un marché inondé de ces puissantes drogues, alors que la demande ne l'a jamais justifié.

Cette crise au fil des ans, il ne fait aucun doute qu'elle est maintenant rendue au Québec. Aujourd'hui, on voit de plus en plus de gens qui ont besoin d'aide à Montréal, mais partout au Québec, et c'est très préoccupant. En 2020, on comptait 319 décès attribuables à une intoxication aux opioïdes comparativement à 263 décès en 2016, une augmentation significative et qui dépasse, par exemple, les accidentés de la route, Mme la Présidente. Le problème s'est amplifié. Avec ces centaines de décès viennent aussi des hospitalisations, des visites aux urgences, des visites en centre de traitement de dépendance, bref, une charge réelle pour notre réseau de la santé et des services sociaux. La présence de la crise au Québec est donc maintenant une évidence, Mme la Présidente.

Aujourd'hui, il est temps pour nous de déposer ce projet de loi et de mettre en place les mécanismes non... pour non seulement soutenir cette action collective de la Colombie-Britannique, mais aussi à rendre imputables envers les Québécois ces entreprises qui ont causé tant de dommages.

Ce projet de loi vise notamment à prévoir un recours direct contre les fabricants et distributeurs d'opioïdes ainsi que les entreprises de consultation les ayant conseillés afin de recouvrer les coûts des soins de santé engagés et de faire assumer à l'industrie la responsabilité de ses agissements, aménager des règles particulières au régime général

de la responsabilité civile, qui trouve habituellement application au Québec pour cette situation particulière, et permettre au Québec d'agir comme membre d'une action collective initiée par la Colombie-Britannique. Par ce projet de loi, le Québec rejoint donc les autres provinces, les territoires et le gouvernement fédéral, qui considèrent tout autant que nous complètement inacceptables les fautes commises par ces grosses compagnies pharmaceutiques.

Au-delà des aspects plus techniques, c'est une démarche qui s'inscrit en totale continuité avec l'engagement de notre gouvernement à lutter contre la surdose des opioïdes. Au printemps dernier, on annonçait 36,9 millions de dollars sur cinq ans pour soutenir des mesures de prévention et de réponse aux surdoses. Ces sommes s'ajoutaient aux 15 millions de la Stratégie nationale de prévention des surdoses de substances psychoactives 2022-2025. Plusieurs mesures de ce plan visent à prévenir les surdoses, notamment auprès des personnes vulnérables qui peuvent souffrir de problèmes de santé mentale ou être en situation d'itinérance. On a investi pour renverser la tendance de la crise des surdoses dans les dernières années et pour offrir plus de services aux gens qui en ont besoin, et nous allons continuer à le faire, Mme la Présidente. Ce projet de loi est un pas, je crois, dans la bonne direction.

Tout au long du processus, je pense qu'il sera important de toujours garder une chose en tête : le projet de loi, on le fait au nom de tous les citoyens qui ont été victimes de la crise des surdoses et qui en ont souffert, on le fait pour les Québécois et leurs proches. C'est important de se le rappeler.

Je remercie, donc, les équipes qui nous ont accompagnés dans le cadre de cette démarche, d'abord pour le travail accompli jusqu'à maintenant, et ensuite pour tout ce qu'il reste à faire. Je tiens à nommer les gens du ministère de la Santé, les gens de la Santé publique également, qui ont joué un rôle important. Je suis heureux de pouvoir compter sur mes collègues de l'Assemblée nationale et sur l'ensemble des personnes concernées par cet enjeu pour ce qui est à venir dans le processus de bonification du projet de loi que nous débutons aujourd'hui. Notre plus grand désir est de poser des gestes forts et de joindre la parole aux actes pour améliorer, de manière notable et durable, la santé des Québécoises et des Québécois.

Aujourd'hui, nous aurons la chance d'écouter divers groupes et organismes qui ont développé une expertise particulière sur le sujet. Je les remercie... je les remercie pour leur présence. Merci de contribuer aux réflexions et discussions qui entourent ce projet de loi et son adoption.

Finalement, je tiens à souligner le travail remarquable des organismes communautaires sur le terrain qui travaillent en réduction des méfaits, en prévention... et en prévention des surdoses. Nous aurons évidemment la chance d'en entendre certains aujourd'hui, en commençant par ce matin. Aux organismes qui sont essentiels, merci pour le travail que vous faites. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci beaucoup, M. le ministre. Alors, j'invite maintenant la porte-parole de l'opposition officielle et députée de D'Arcy-McGee à faire, à son tour, ses remarques préliminaires. Vous avez 4 min 30 s pour ce faire. Le micro est à vous.

Mme Elisabeth Prass

Mme Prass : Parfait, Mme la Présidente. Je voudrais souhaiter la bienvenue à tout le monde et remercier tous ceux qui ont contribué à la rédaction de ce projet de loi et les groupes que nous allons entendre aujourd'hui et qui vont alimenter notre réflexion.

La crise des opioïdes est une tragédie qui a provoqué une souffrance généralisée au sein des familles québécoises et qui n'est pas terminée. Les statistiques sont alarmantes. En 2022, l'Institut national de santé publique du Québec a enregistré plus de 500 décès liés à une intoxication suspecte aux opioïdes ou autres drogues. Au cours des six premiers mois de 2023, ce chiffre a déjà dépassé les 200. Ces décès ne constituent que la partie invisible de l'iceberg d'une crise qui a également entraîné une augmentation des hospitalisations et des visites aux urgences, exerçant une pression de plus en plus insoutenable sur notre système de santé.

Les fabricants, les distributeurs et leurs conseillers ont minimisé intentionnellement, pendant des années, les effets des opioïdes sur la santé des Québécois. Des médicaments conçus à l'origine pour traiter des douleurs aiguës et sévères ont été prescrits pour des maux de dos courants, par exemple, sans une compréhension adéquate des risques liés à une utilisation prolongée. Cette minimisation des risques a eu des conséquences dévastatrices, piégeant de nombreuses personnes dans la dépendance et la toxicomanie, avec des répercussions tragiques pour elles, leur entourage et notre société.

Et donc la raison pour ce projet de loi : pour que le Québec rejoigne les autres provinces canadiennes dans leur recours collectif contre plusieurs grandes compagnies pharmaceutiques, qui ont menti intentionnellement pour voir leurs profits augmenter, afin de les... afin de les poursuivre pour leur... pour leur présumé rôle dans la crise des opioïdes qui a touché notre province, notre pays et le monde entier. Depuis l'action initiale de la part de la Colombie-Britannique, toutes les provinces du Canada se sont jointes à cette poursuite, avec... le Québec étant la dernière province à se joindre.

Cette crise... cette crise brise des vies, et il est de notre devoir d'agir pour protéger nos concitoyens. Cette action collective vise à faire en sorte que l'industrie pharmaceutique assume ses responsabilités, la responsabilité de ses actes, et compense les dommages causés à notre société. Les gains potentiels de cette action collective en termes de dommages-intérêts sont actuellement indéterminés, mais il est évident que cela pourrait se chiffrer en milliards de dollars. Ces fonds pourraient être utilisés pour soutenir ces... les personnes touchées par la crise des opioïdes, pour financer des programmes de prévention et de traitement et pour alléger le fardeau financier qui pèse sur nos hôpitaux québécois.

• (10 heures) •

La crise des opioïdes a coûté la vie à d'innombrables personnes, déchiré des familles et fait... et fait peser sur les communautés le coût social et économique de la toxicomanie. Elle a mis à rude épreuve les systèmes de santé,

submergé les forces de l'ordre et laissé les traces de dévastation dans son sillage. Les personnes qui ont été affectées par des enjeux de dépendance envers des médicaments d'opioïdes dont ils avaient été prescrits sont des gens innocents, qui ont suivi les conseils de leurs médecins et ont pris des opioïdes pour répondre à des douleurs physiques, mais qui se sont retrouvés dépendants. Les gens ont... ont été mal informés et n'ont pas été correctement mis en garde contre le niveau de dépendance et les ravages que les effets des opioïdes ont eus sur ces communautés... sur ces communautés.

Au-delà du bilan humain, la crise des opioïdes a également fait peser une charge énorme sur le système de santé. L'un des principaux coûts pour le système de santé public résultant de la crise des opioïdes est l'augmentation substantielle des dépenses de santé. La dépendance aux opioïdes et les complications qui y sont associées nécessitent une intervention médicale importante, notamment des visites aux urgences, des hospitalisations et des soins de longue durée. Les coûts associés aux traitements des affections liées aux opioïdes, telles que les surdoses, les infections et autres complications, ont explosé ces dernières années. Il serait intéressant de savoir quelle formule le gouvernement va proposer pour calculer les coûts encourus à notre système de santé, quels éléments seront compris dans ce calcul qui est nécessaire pour que le Québec tire sa part du recouvrement financier... sera le jugement.

De plus, la crise des opioïdes a nécessité la mise en place et le développement de programmes de traitement et de réadaptation pour répondre à la demande croissante de services d'aide aux toxicomanes. Ces programmes, qui comprennent des traitements médicamenteux, des conseils et des services de soutien, sont essentiels pour les personnes qui cherchent à rétablir une dépendance aux opioïdes.

Pour conclure, pour lutter efficacement contre la crise des opioïdes, il faut adopter une approche à multiples facettes. Il s'agit notamment de tenir les pharmaceutiques responsables de leurs actes par le biais des procès, de mettre en oeuvre des réglementations plus strictes pour l'industrie pharmaceutique, d'améliorer l'accès aux traitements de la dépendance.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci beaucoup.

Mme Prass : Et, pour toutes ces raisons, nous avons hâte de débattre du projet de loi. Merci.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci beaucoup. Alors, le temps étant écoulé, je me tourne maintenant, pour terminer, du côté de la porte-parole du deuxième groupe d'opposition et députée de Sainte-Marie—Saint-Jacques à faire, à son tour, ses remarques pour une période de 1 min 30 s.

Mme Manon Massé

Mme Massé : Merci, Mme la Présidente. Bonjour, tout le monde. Contente d'être là avec vous pour ce projet de loi important.

Écoutez, j'ai envie de prendre la minute qui m'est impartie pour nous rappeler qu'on pose un geste important aujourd'hui, c'est-à-dire qu'on permet au gouvernement du Québec d'entamer son travail pour se joindre à... au concert des provinces canadiennes pour mettre au pas, je dirais, l'industrie pharmaceutique, qui a semblé ne pas trop se préoccuper de la santé des gens dans les dernières années ou, en tout cas, a omis de dire certaines choses. Et, dans ce sens-là, je suis très heureuse de pouvoir participer à ce projet de loi là.

C'est sûr que ma préoccupation est aussi aux gens qui, malheureusement, ont été victimes de ce silence des pharmaceutiques. Je vais être portée par, bien sûr, donner les pouvoirs au gouvernement du Québec de pouvoir s'allier avec les autres provinces, mais je vais constamment porter la préoccupation des gens qui ont été victimes de ces «Big Pharma», et je dirais même plus largement, puisqu'on sait... Puis, encore ce matin, c'est bien ressorti, là, dans une enquête du *Devoir*, on sait que plusieurs de ces médicaments-là servent à scraper les drogues qui sont en vente sur le marché noir. Et donc, par conséquent, il faut qu'on agisse absolument là-dessus, et je vais collaborer à 100 %.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci beaucoup, Mme la députée.

Auditions

Alors, nous allons entamer les auditions. Donc, je souhaite à nouveau la bienvenue à Me Louis Letellier de St-Just et à Mme Sandhia Vadlamudy. Alors, vous allez bénéficier d'une période de 10 minutes que vous allez vous partager. Et je vous cède d'ores et déjà le micro.

Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ)

M. Letellier de St-Just (Louis) : Merci. Alors, Mme la Présidente, M. le ministre, membres de la commission, bonjour et merci de nous accorder ce temps court, mais ce temps précieux pour partager avec vous notre vision, notre compréhension de cet important projet de loi. Et nous allons le faire aussi avec... en insistant sur nos recommandations.

Vous comprendrez que le mandat et la mission de l'AIDQ, l'Association des intervenants en dépendance du Québec, c'est une mission qui est nationale. Et, en ce sens-là, bien évidemment, ça touche à l'ensemble des régions du Québec, incluant les communautés des premières nations du Québec. Et, à ce titre-là, je tiens à remarquer... à vous faire remarquer que nous avons, au conseil d'administration, une représentante des premières nations du Québec, et c'est une membre de la nation micmaque. Alors, nous avons un intérêt, donc, national.

On ne s'attardera pas aux éléments plus techniques, aux éléments de procédure auxquels le projet de loi réfère. Ils sont importants, ils sont bien faits, et nous les appuyons. Nous allons plutôt traiter du cadre dans lequel le projet de loi nous invite à discuter, c'est-à-dire celui de la crise des opioïdes. Alors, beaucoup reste à faire. Nous avons une stratégie nationale, et c'est de ça, surtout, que nous allons parler.

D'abord, un bravo particulier au gouvernement, au ministre de la Santé d'avoir ce courage de déposer aujourd'hui son tout premier projet de loi, et qui fait en sorte qu'on va rejoindre la cohorte des provinces déjà inscrites dans le recours entamé en 2018 par la Colombie-Britannique. Et c'est un recours qui s'inscrit, un peu comme on l'a fait dans le cadre de nos aventures avec l'industrie du tabac... Mais, cette fois-ci, c'est différent. Cette fois-ci, on s'attaque à un comportement honteux de la part des compagnies pharmaceutiques et de leurs complices, que ce soient les grossistes, que ce soient leurs consultants, un comportement qui a mis de l'avant le profit au détriment de la sécurité et de la protection des usagers, un comportement qu'on pourrait décrire de bien des manières, et le mot «honteux» est celui qui me vient à l'esprit ce matin. Les gestes fautifs des pharmaceutiques ont assurément favorisé la normalisation de l'usage d'opioïdes non prescrits dans les communautés.

M. le ministre, je le répète, avec votre premier projet de loi déposé à l'Assemblée nationale, vous marquez un grand coup et vous le faites avec éclat, parce qu'il faut rappeler que ce projet de loi rappelle et reconnaît que nous vivons dans une crise des opioïdes. Ce n'est pas une politique, ce n'est pas une stratégie qui reconnaissent la crise des opioïdes, c'est une loi aujourd'hui, et ça, c'est une étape majeure dans laquelle nous nous inscrivons avec beaucoup d'enthousiasme.

La crise, elle est réelle. Elle a été occultée très longtemps. C'est une crise qu'on avait de la difficulté... qu'on prononçait du bout des lèvres. Mais, cette crise-là, même aujourd'hui, la crise des opioïdes, avec ce que l'on met de l'avant, ce que les organismes communautaires font sur le terrain, on a encore de la résistance. Je n'ai pas besoin de le mentionner, vous les connaissez. Et c'est à ça que nous travaillons, et le projet de loi va aider.

Donc, comme première recommandation, dans le fond, il faut envisager le recours du gouvernement, son projet de loi, ce qu'il prévoit, comme un outil pour imposer à l'industrie des orientations qui vont favoriser la réduction des méfaits dans le contexte de la consommation d'opioïdes et, nécessairement, à court terme, à moyen terme, à long terme, diminuer le fardeau financier de l'État. Le projet de loi doit provoquer un changement concret dans le comportement de l'industrie, et c'est pour ça qu'on vous recommande d'inclure dans le libellé qu'en plus des objectifs de recouvrement... que la loi, elle se veut un instrument pour empêcher la répétition de ces comportements dommageables de l'industrie. Le message doit être écrit si l'on veut qu'il soit compris.

Dans ce contexte-là, on fait référence, bien sûr, de se doter de tout ce qu'il faut pour avoir un portrait précis, en temps réel, de la vente d'opioïdes, de leur prescription. C'est aussi aux balises éthiques qui concernent l'industrie dans leur promotion, dans leur mise en marché qu'il faut s'attaquer. Il faut être rigoureux. Il faut peut-être même les changer, les resserrer, avoir des contrôles et, je dirais même aussi, d'avoir, avec les corporations professionnelles, dont le Collège des médecins, particulièrement... d'avoir aussi un regard concernant les règles éthiques chez les prescripteurs.

M. le ministre, dans votre propos préliminaire, vous avez mentionné l'ensemble des montants importants que vous avez investis au cours des dernières années soit à travers la stratégie nationale ou concernant le soutien aux mesures de prévention. Vous avez oublié les montants que vous avez accordés aux organismes communautaires de la région de Montréal cet été aussi. Vous avez été cohérent, cohérent aussi en lien avec la motion que l'Assemblée nationale a adoptée reconnaissant le travail des organismes communautaires dans le contexte de la crise, une motion qui a été pilotée par vous et votre collègue de Québec solidaire, Mme Massé, et on vous en remercie. Et, pour ça, on vous demande : Ces sommes que vous allez recouvrer... Quand? On ne le sait pas. Est-ce que ce sera à travers des règlements hors cour? Est-ce que ce sera à travers un long processus qui mènera à un jugement? On ne le sait pas. Est-ce qu'il y aura des ententes ici et là? C'est à voir. Mais, ces sommes-là qu'on va récupérer, nous vous demandons d'aller... à l'instar de l'article 58 de la loi sur l'encadrement du cannabis, de prévoir un ajout dans la loi d'une disposition similaire qui vient ancrer le principe du réinvestissement d'un pourcentage minimal des sommes recouvrées qui pourront être attribuées à la réduction des risques, traitement d'usage, approvisionnement sécuritaire, etc.

• (10 h 10) •

On vous demande aussi, comme autre recommandation, la troisième, d'aller frapper à d'autres portes, dans la mesure où on sait qu'il y a peut-être des montants qui sont encore là. C'est peut-être le cas à Santé Canada pour la question de la formation des pairs, des intervenants de... pour l'administration de la naloxone et l'approvisionnement sécuritaire.

Donc, la crise, elle se vit en temps réel. Si on veut l'occulter, si on veut s'y attaquer... Ce matin, on a vu un autre article, dans *Le Devoir*, qui fait état d'une autre crise. Ça prouve que nous avons beaucoup de travail à faire. Donc, ce n'est pas une seule action qui pourra permettre de juguler la crise, mais c'est une pluralité de celles-ci qui seront réfléchies et qui vont avoir un impact concret.

Mme Vadlamudy (Sandhia) : Merci, Louis. Alors, bonjour, Mme la Présidente, M. le ministre. Bonjour à tous les membres de la commission parlementaire. Merci de nous accueillir ce matin.

Alors, comme Louis vient de le dire, des ressources, il en faudra. Et il faudra nécessairement aussi avoir un portrait plus détaillé des coûts sociétaux, avec plus de données, incluant, bien sûr, les données issues des communautés des Premières Nations. Ces données nous serviront à avoir une meilleure compréhension des enjeux, pensons à toute la question des prescriptions, des hospitalisations, des traitements, de l'administration de la naloxone, et j'en passe, mais ces informations-là pourront être utilisées par la suite pour développer des services qui seront mieux adaptés.

La démarche va être, certes, complexe, mais elle vaut le coup. Elle vaut le coup dans le contexte de l'actuelle poursuite, car ces montants récupérés ici pour le Québec seront proportionnels aussi à la démonstration des torts

causés. Or, et on est beaucoup à le savoir et aussi à en être fiers, c'est au Québec, grâce à l'amalgame de plusieurs facteurs, que nous pouvons vivre une crise plus modérée ici qu'ailleurs en Amérique du Nord. Donc, c'est le leadership québécois, qui s'est exprimé, par le passé, à plusieurs niveaux, qui a sans doute sauvé des centaines de vies et évité également beaucoup de souffrances à plusieurs familles québécoises. Au Québec, on peut être heureux d'avoir quand même le taux d'hospitalisations liées aux opioïdes le plus bas au Canada, et la même chose au niveau des prescriptions d'opioïdes. On est à environ à 50 % des prescriptions ailleurs au pays.

Donc, ce sont deux exemples qui ne sont pas du tout le fruit du hasard. Ces deux exemples découlent de mesures qui ont été mises en place dans le cadre du traitement de la douleur et qui nous distingueraient des autres provinces, selon les experts praticiens, donc, la formation plus élaborée, l'absence de cliniques privées dans le portrait québécois et la surveillance marquée du marketing, qui a entraîné une vigie plus grande qu'ailleurs.

Donc, en ce sens, et avec aussi d'autres éléments, comme des lignes directrices en traitement de la douleur et traitement opioïdes, le gouvernement s'efforce réellement de prendre ses responsabilités face à la population, ce qui n'a pas été le cas du tout pour les compagnies pharmaceutiques. Néanmoins, il y a vraiment place à l'amélioration, et le contexte actuel des surdoses devrait interpeler le gouvernement à faire plus et à faire mieux.

La Stratégie nationale de prévention des surdoses, à ce niveau-là... Est-ce que je peux prendre un...

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Oui, allez-y. Le ministre vous cède un peu de son temps de parole. Allez-y, vous pouvez conclure. Allez-y.

Mme Vadlamudy (Sandhia) : D'accord. Je vous remercie beaucoup de faire cette petite entorse. Alors, à travers la Stratégie nationale de prévention des surdoses, il y a des orientations qui sont très louables, mais on a beaucoup à faire pour que la stratégie atteigne ses objectifs réellement. On doit poursuivre la campagne de prévention. On doit consolider les formations des pairs et des intervenants en prévention des surdoses et administration de la naloxone, consolider les services de consommation supervisée et d'analyse de drogues, implanter des mesures d'approvisionnement et, finalement, et de façon aussi prioritaire, faire la demande d'exemption à Santé Canada pour décriminaliser la possession simple de drogue, une mesure essentielle pour diminuer la stigmatisation et faciliter l'accès aux soins de santé et services sociaux, deux leviers extrêmement importants pour prévenir les surdoses.

Alors, on souligne le leadership d'une multitude d'intervenants depuis de nombreuses années. On fait appel à ce même leadership en continuité, à travers les années, de l'action civile, pour arriver à une probable entente. On croit que le gouvernement du Québec peut entamer rapidement cette action tout en demeurant agile, avec les mesures qui sont à sa portée aujourd'hui, pour paver la voie, par des actions de prévention et des facteurs de protection, à une vraie sortie de crise. Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci beaucoup. Ça passe vite, 10 minutes, mais, ce n'est pas grave, on entame une période de discussion avec les parlementaires. Et on va commencer, pour une période d'un petit peu moins de 14 min 32 s, avec la banquette gouvernementale. M. le ministre, le micro est à vous.

M. Carmant : Merci beaucoup, Mme la Présidente. Merci à nos deux invités pour cette discussion très intéressante. Deux... Je vais me permettre deux questions avant de passer la parole à mes collègues.

Un libellé pour prévenir que ça se reproduise, M. Letellier, c'est très inspirant, mais comment faire? On a eu les cigarettes. On a fait... On eu un règlement. Ils se sont retournés, le vapotage est arrivé. On se retourne, il y a... Donc, tu sais, comment on peut s'assurer, par un simple libellé, que la situation ne se reproduira pas? Vous savez, c'est les forces, hein, qui se confrontent.

M. Letellier de St-Just (Louis) : Oui. En fait, c'est le principe. Puis je suis content que vous me posiez cette question-là. C'est véritablement le principe. Il ne s'agit pas d'avoir un article particulier dans le projet de loi, mais je pense qu'un ajout dans le préambule serait un atout précieux, vraiment un atout précieux, aussi simple que ce que j'ai mentionné tout à l'heure : Le projet de loi, en plus des objectifs de recouvrement, se veut un instrument pour empêcher la répétition de ces comportements dommageables de l'industrie, par exemple. Alors, on pourra le retravailler, mais je pense que, dans le préambule, c'est un message. Parce qu'on a vu ce que ça a pu produire aux États-Unis. On connaît bien l'affaire Purdue. Il y a eu des retombées ici, hein? Purdue a des tentacules qui viennent jusque de l'autre côté de nos frontières et... D'abord, il y a eu un règlement hors cour avec Purdue en Colombie-Britannique, là, quelques centaines de millions. On ne parle pas des 6 milliards qu'ils ont... qu'ils sont obligés de déboursier. Ils sont techniquement en faillite. Mais moi, je pense qu'un ajout dans le préambule serait un atout pour le gouvernement.

Et après ça, bien, écoutez, c'est au gouvernement à voir quels sont les outils. Je vous ai mentionné certains de ces éléments-là, avoir un regard très, très, très rigoureux sur les balises éthiques qui entourent le milieu de la pharmacie, des milieux pharmaceutiques, et la même chose aussi chez les prescripteurs, donc, le respect des règles éthiques, qui ont été bafouées largement au cours des dernières années. Et c'est la raison pour laquelle le projet de loi voit le jour. Donc, un libellé additionnel dans le préambule.

M. Carmant : D'accord. Merci beaucoup. Mme Vadlamudy, décriminaliser, on en entend beaucoup parler. Nous, jusqu'à présent, on a préféré observer ce qui se passait dans l'Ouest, là, à Vancouver, puis on a vu, même, que, récemment, ils semblent avoir reculé au niveau de la consommation dans les lieux publics. Décriminaliser versus déjudiciariser, qui... Pourquoi ne pas... l'un versus l'autre, là? Quelle est votre position là-dessus? Pouvez-vous m'éclaircir un peu là-dessus?

Mme Vadlamudy (Sandhia) : Oui, absolument. Pour nous, bien, décriminaliser, c'est enlever le poids de la stigmatisation, c'est enlever les situations probables où les personnes seront traitées en tant que personnes judiciaires plutôt que comme personnes ayant droit à la santé et au bien-être, tout comme tout autre citoyen. La question de l'usage de drogues n'est certainement pas une question de criminalisation, et c'est de ça dont on veut se distancer.

• (10 h 20) •

Par ailleurs, on apprécie beaucoup le fait que le gouvernement du Québec ait fait les pas, récemment, supplémentaires pour s'ajuster à la déjudiciarisation en cours, depuis près d'un an maintenant, au niveau fédéral. Donc, c'est un pas, mais le pas supplémentaire à faire, et pour retirer le fardeau qui pèse sur les épaules des personnes qui font usage de drogues, de leurs proches et de la société tout entière, là où on pense qu'on pourrait faire mieux, c'est en se préparant et en réfléchissant à comment cette décriminalisation pourrait s'actualiser ici, au Québec, parce qu'en Colombie-Britannique il y a une réalité qui est propre à cette région. Ici, ce n'est pas la même réalité. On a eu un bel exemple ce matin, dans *Le Devoir*, à quel point les choses, aussi, évoluent. On doit s'ajuster. Et, pour faire une décriminalisation réussie, on a déjà identifié plusieurs facteurs de réussite qui ont été répertoriés par des données probantes à plusieurs endroits sur la planète et qui nous servent aussi de balises pour mettre de l'avant des pratiques qui sont à la fois probantes et respectueuses des droits et de la santé des personnes.

M. Carmant : Mais ne pensez-vous pas que le recul qu'on vient de voir à Vancouver nous indique qu'on n'est peut-être pas prêts pour ça?

Mme Vadlamudy (Sandhia) : De notre côté, ce recul-là nous indique qu'il y a des choses qui sont allées peut-être un petit peu rapidement en Colombie-Britannique. C'était nécessaire, on devait le faire, mais il y avait plusieurs groupes, entités, institutions qui n'ont pas eu suffisamment de temps pour s'y préparer et pouvoir faire en sorte que les choses se déroulent de manière plus, bien, respectueuse, en fait, pour l'ensemble des parties, je dirais. Notamment, pensons à la formation, la formation des policiers, des agents, qui sont en première ligne sur le terrain. Dans le cadre du projet pilote de décriminalisation en Colombie-Britannique, les policiers ont eu pour l'équivalent d'environ 45 minutes, si je ne me trompe pas, de formation pour être en mesure de composer avec leurs interactions quotidiennes sur le terrain. C'est, évidemment, trop peu. Et on peut penser à plusieurs éléments comme ça qui auraient pu être mieux préparés, en incluant également les ressources sur le terrain, du milieu communautaire, et comment on va faire cette distinction entre la référence vers des ressources et éviter de judiciariser les personnes.

M. Carmant : Merci beaucoup... Oui, allez-y, complétez si vous voulez.

M. Letellier de St-Just (Louis) : Si vous le permettez, très, très brièvement, parce que Sandhia a répondu avec beaucoup de justesse à votre question, M. le ministre, bien, on comprend, on comprend les réticences, on comprend les enjeux liés à la décriminalisation. Et, vous savez, quand on parle de décriminalisation, ce n'est pas un caprice et ce n'est pas une vue de l'esprit non plus. Il y a des modèles. On parle... Il y a différents modèles. Certains sont plus adéquats que d'autres. La Russie, par exemple, est une nation ou un pays où on a de la décriminalisation, mais on n'a pas la même définition de ce que doit être la décriminalisation. On a, évidemment, le phare, qui est le Portugal, mais on ne peut pas importer une aventure relativement bien réussie qui est celle du Portugal, par exemple, ici, au Québec, ou ailleurs. Il faut ajuster. Il faut éviter de faire les erreurs qui ont été produites ailleurs et faire en fonction de notre propre contexte.

Sandhia l'a mentionné, on vient à peine, il y a quelques mois, à la fin du mois d'avril, reconnaître qu'il fallait s'ajuster à la déjudiciarisation qui est en place au Canada depuis le mois de février... novembre 2022. C'est quand même un certain temps depuis l'adoption de la loi canadienne, en fait, la modification de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances. Ce n'est quand même pas banal, parce que, comme Sandhia le mentionnait, les premiers acteurs, les premiers acteurs sur le terrain dans la déjudiciarisation, ce sont les policiers. Il faut les former. On entend beaucoup, au cours des derniers jours, bon, l'importance de la formation, donner aux policiers les outils pour leur permettre d'affronter leur travail de la meilleure façon possible, pour respecter les communautés et les problématiques des communautés. Alors, quelles sont les choses... quels sont les éléments qui vont être mis en place? Malheureusement, on ne le sait pas, ici, au Québec.

Alors, oui, il y a encore beaucoup à faire dans un contexte de déjudiciarisation, mais, comme je le mentionnais à la toute fin de mon intervention ce matin, il ne faut pas se priver de l'ensemble des mesures qui sont à notre disposition. Et nous, nous sommes prêts à travailler, à réfléchir, parce qu'on ne fait pas ça du jour au lendemain. On réfléchit et on s'entend sur une façon de faire. Et on pense que c'est une autre manière qui va venir, qui va nous permettre d'atténuer, sinon diminuer la stigmatisation, qui est encore très, très forte. On l'a vu dans les journaux récemment, la stigmatisation des usagers de drogues, elle est très forte. Alors, il faut se donner tous les outils nécessaires, et on pense que la décriminalisation serait une de ces voies-là.

M. Carmant : Mme la Présidente, je passerais la parole à une de mes collègues.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci. Alors, il reste 5 min 11 s. Je pense que la députée de Vimont veut prendre la parole.

Mme Schmaltz : Parfait. Merci, Mme la Présidente. Merci de votre présence ce matin. Très apprécié de vous avoir avec nous.

La question que je me pose : Est-ce qu'on... est-ce qu'on a des bonnes pratiques dans la prescription des opioïdes? Est-ce qu'il y a... Est-ce qu'il existe des bonnes pratiques? Et est-ce que les médecins... ou le Collège des médecins est formé, ou forme ses médecins, ou... Vous comprenez un petit peu? Est-ce qu'il y a... Parce que, c'est sûr, ce qui amène les gens à consommer à la base, c'est parce qu'il y a eu prescription.

M. Letellier de St-Just (Louis) : Bien, écoutez, je l'ai mentionné, je pense que probablement que la Dre Marie-Ève Goyer va être en mesure de répondre encore mieux que moi à cette... mieux que nous à cette question-là. Par contre, ce qu'on peut vous dire, je l'ai mentionné rapidement dans mon intervention, le Collège des médecins, l'Ordre des pharmaciens, l'ordre des infirmiers et des infirmières du Québec se sont unis pour mettre de l'avant un guide des bonnes pratiques. Ce guide est très complet. Il s'adresse aux prescripteurs. Il s'adresse aux professionnels qui sont concernés par la consommation d'opioïdes. Et, ma foi, c'est un document qui est bien fait. Je pense que ces ordres professionnels sont tout à fait conscients de l'ampleur de la crise et de l'importance du guide qu'ils ont mis de l'avant, puisque, cet été, ils en ont fait un rappel. Alors, nous avons...

Maintenant, la formation, quelle en est-elle? Ça, je vous avoue que je ne pourrais pas vous dire avec précision. Je n'oserais pas me tromper. Il doit sûrement y en avoir. Mais je pense qu'on doit, et c'est ce que je mentionnais tout à l'heure dans... au Dr Carmant... Il faut... il faut vraiment regarder les règles éthiques auxquelles sont assujettis ces professionnels, et, pour que les règles éthiques soient bien comprises et bien appliquées, nécessairement, il y a de la formation.

Mme Schmaltz : Parfait. Merci.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci. Alors, je passe la parole à la députée de Châteauguay.

Mme Gendron : Oui. Merci beaucoup. Bonjour. Heureuse de vous rencontrer ce matin. On parle un peu, depuis tantôt, de ce qui se passe en Colombie-Britannique. Pour l'avoir observé de mes propres yeux, d'avoir vu des centaines de personnes dans les rues, des ambulances qui sont là tout simplement parce qu'ils sont prêts à aller voir les gens qui font des overdoses, ça a été très confrontant pour moi de voir ce qui se faisait ailleurs. Puis, en effet, je pense que les mesures sont nécessaires pour ne pas que le Québec, en fait, soit à la hauteur de ce qui se passe ailleurs. Vous l'avez mentionné à plus d'une reprise que c'est le leadership québécois qui a fait la différence sur certains points en particulier, donc, pas de clinique privée, bon, certains enjeux que vous avez nommés un peu plus tôt.

Par contre, ce que j'aimerais savoir... Dans le point n° 5, vous parlez aussi que ce serait favorable de consolider les services de consommation supervisée et d'analyse de drogues. Donc, j'imagine que ça, c'est une mesure supplémentaire qui pourrait, justement, renverser un peu la vapeur. J'aimerais un peu que vous me parliez de ce point-là. De quelle façon, concrètement, ça s'appliquerait?

Mme Vadlamudy (Sandhia) : La consolidation des services de consommation supervisée et des services d'analyse de drogues s'applique, en fait, à travers, notamment, la stratégie de prévention nationale de surdoses aux substances psychoactives, qui est en vigueur actuellement. Il y a déjà des activités qui se passent dans différentes régions du Québec. Donc, ce n'est plus seulement concentré à Montréal. On a des services dans plusieurs régions et dans plusieurs villes. Par contre, c'est... la nécessité est de les multiplier et de diminuer les obstacles à l'ouverture de ce type de services, parce que la province est grande, elle est multiple, et il n'y a pas une communauté qui est à l'abri, en fait, de cette crise des surdoses. Elle se passe partout au Québec. Donc, on doit pouvoir fournir les outils partout au Québec pour offrir des lieux qui soient accueillants et propices à la consommation à moindre risque.

• (10 h 30) •

L'analyse de drogues permet d'avoir une information sur la substance que la personne se prépare à consommer. Elle peut, à ce moment-là, choisir de quelle façon elle va la consommer. Peut-être va-t-elle la mettre de côté et ne pas l'utiliser du tout, pour sa santé et sa sécurité. Peut-être va-t-elle choisir d'en consommer des toutes petites doses pour éviter également des conséquences plus graves sur sa santé.

Un élément qui est également important à retenir, c'est qu'en ce moment ce qu'on a cruellement besoin, c'est de centres d'inhalation supervisée. Il y en a très, très peu. Et, ce matin encore, aussi dans *Le Devoir*, on voit à quel point l'inhalation commence à prendre une place prépondérante.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci beaucoup. Je me dois de vous arrêter. La période impartie au gouvernement vient de se terminer. On va poursuivre avec l'opposition officielle pour une période de 12 min 23 s.

Mme Prass : Merci. Merci pour votre témoignage ce matin. Le travail que vous faites est essentiel, et, pour nous, c'est très important d'avoir ce point de vue là. Donc, merci pour tout ça.

Pour faire suite à quelques questions que le ministre avait pour vous, côté... pour essayer de s'assurer que, justement, ça ne se répète pas dans le futur, qu'est-ce qu'on pourrait faire pour éviter cela? J'imagine que l'idée de proposer des amendes pour les compagnies pharmaceutiques qui font des énoncés trompeurs, par exemple, pourrait être un moyen de les dissuader de répéter cette pratique dans le futur.

M. Letellier de St-Just (Louis) : Oui. J'imagine qu'on pourrait réfléchir à ce genre de sanction, parce qu'il faut que ce soit... Vous savez... En fait, je ne vous apprends rien, l'industrie pharmaceutique, c'est une industrie très puissante,

très riche financièrement, qui ont les poches profondes. Par contre, évidemment, quand une entreprise... Je faisais référence à Purdue tout à l'heure, avec 6 milliards de dollars d'argent à rembourser en dommages et intérêts. Ça fragilise énormément ces entreprises. Je ne pense pas que l'idée du gouvernement derrière... ou des gouvernements derrière ces lois qui nous permettent d'aller en recours collectif... Je ne pense pas que l'objectif soit de mettre l'industrie pharmaceutique à terre. Ce n'est pas du tout l'objectif.

Par contre, il faut garder les guides très serrés. Et c'est pour ça que je faisais référence à des règles d'éthique, aux balises éthiques auxquelles elles sont déjà assujetties, hein? Ces balises-là, elles se sont resserrées avec le temps, Dieu merci, mais il faut être encore très vigilants. Et, s'il faut aller jusqu'à imposer des amendes, bien, je pense qu'il faut le faire.

Mme Prass : Donc, une possibilité. Et, justement, dans le cadre de votre travail, j'imagine que vous serez d'accord pour dire que les ressources ne sont pas à la hauteur des enjeux dont il faut s'adresser dans la crise. Vous avez dit : Il y a un manque criant de sites d'inhalation, que ce soit en prévention, en réadaptation, etc. Est-ce que vous auriez une idée à quelle hauteur il manque... on devrait investir davantage pour, justement, vraiment adresser cet enjeu, toutes les personnes qui sont affectées?

Mme Vadlamudy (Sandhia) : C'est une grande question à laquelle, non, malheureusement, je n'ai pas un chiffre à proposer comme tel. Par contre, comme vous l'avez bien dit, les besoins sont présents. Les investissements sont toujours nécessaires, et il faut le faire en continu. Les actions qui sont à court terme, les projets d'un an, même de trois ans, sont souvent à proscrire parce qu'ils nous font reculer dans le temps. On pense qu'on avance, mais, au final, on finit par reculer. Donc, maintenir une action continue sans avoir de période... en fait, d'attente entre les années financières.

Après ça, bon, les investissements dans le réseau public, en traitement, en accès pour les personnes qui font usage de substances, il y a certainement beaucoup d'investissements à faire. Le milieu communautaire, qui est en première ligne, a toujours également besoin de ce type d'investissement, et pas seulement dans les grandes régions, partout... pardon, pas dans les grandes villes, partout, dans toutes les régions, incluant les communautés des Premières Nations.

Mme Prass : Comme on le voit, il y a des sites qui sont financés mais qui ne sont pas financés à la hauteur de pouvoir ouvrir 24 heures sur sept, qui cause, justement, d'autres enjeux. Donc, j'imagine que ce serait quelque chose que, vous penserez, serait nécessaire également, qu'il y ait accès 24 heures/7 à ces sites.

Mme Vadlamudy (Sandhia) : Le 24/7 n'est pas une balise à suivre pour l'ensemble des services nécessairement. Je pense que ce qu'il faut se poser comme question, c'est : Qu'est-ce qu'on a comme portrait dans notre quartier, notre région, notre ville, notre communauté?, et voir quelle serait la meilleure réponse. Et, bien sûr, pour répondre, on implique les personnes directement concernées, les usagers et les intervenants du milieu communautaire qui sont présents sur le terrain. Parfois, le 24/7 peut être une offre pertinente, mais parfois ce ne l'est peut-être pas.

Il vaut mieux aussi avoir des services peut-être de plus petite ampleur mais disséminés un peu partout, parce que les personnes ne feront pas 10 kilomètres pour aller chercher un service. Elles ont besoin d'un service qui soit accessible en proximité.

Mme Prass : Donc, comme vous dites, il faudrait, d'abord, des meilleures données pour vraiment faire le portrait de chacun des territoires, pour voir quels sont leurs besoins et comment on peut, justement, adresser avec les bonnes ressources.

Mme Vadlamudy (Sandhia) : Oui, bien sûr, et utiliser ces données-là également pour pouvoir chiffrer au moment où il y aura, possiblement, règlement. Ce sera des données qui seront fort pertinentes pour le gouvernement, pour répartir équitablement les sommes.

Mme Prass : Là, entre autres, vous demandez que le ministère de Santé et Services sociaux rende publique la façon dans... l'annonce du 36,9 millions de dollars sur cinq ans dans le budget, l'année dernière, pour rehausser les ressources de la Stratégie nationale de prévention des surdoses de substances psychoactives. Donc, j'imagine, sur le terrain, vous ne voyez pas ou vous n'êtes pas sûrs de la façon dont l'argent a été dépensé. Donc, vous ne voyez pas nécessairement les effets sur le terrain, si je comprends bien.

M. Letellier de St-Just (Louis) : En fait, ce n'est pas pas si évident que ça. Alors, on souhaiterait avoir un meilleur portrait de la ventilation des montants ou des sommes qui sont alloués aux organisations et qui sont issus de ces montants du 15 millions de la stratégie nationale, du 36 millions dont le ministre a parlé tout à l'heure. Donc, on souhaiterait avoir un peu plus d'informations à ce niveau-là.

Je voudrais juste revenir sur la question du financement. Vous savez, les besoins sont toujours immenses. Les organisations communautaires demandent... en fait, déposent leurs demandes financières à chaque année, et ce sont nos instances de santé publique régionales qui regardent les possibilités qu'elles ont de nous financer à la hauteur de ce que l'on demande. Bien sûr, on n'a jamais tout ce que l'on demande. Parfois, on se satisfait de ce qu'on a. Parfois, on peut être déçus. Parfois, il y a des compressions qu'on ne comprend pas. Ce que l'on souhaite, dans le fond, c'est que ces services puissent être financés en fonction de la réalité dans laquelle chacun s'adresse.

Et vous parliez du 24/7. Bien répondu, dans le sens où ce n'est pas un modèle unique. Il peut être... Bon, je prends l'exemple de CACTUS, par exemple. Ça peut être... ça peut être une source de satisfaction qu'on ait, dans l'entourage, un service 24/7, ce qui était presque le cas à l'ouverture. On ouvrait jusqu'à 6 heures du matin. Donc, aujourd'hui, ce n'est plus le cas. Pourquoi? Compressions budgétaires. Donc, c'est un peu un non-sens.

Mais je vous dis que, par contre, avec les argents que le ministre a accordés cet été en réponse à ces besoins-là, bien là, écoutez, on a la réalité en temps réel, parce que ces sommes-là nous sont accordées à 100 %, et c'est à nous de décider où nous allons les investir. Et ça, c'est une avancée énorme, et on en remercie le ministre.

Mme Prass : Et, dans le même sens, vous parlez, par exemple, vous faites la référence avec le fonds qui a été établi dans le projet de loi sur le cannabis pour s'assurer que l'argent soit remis en prévention, en réadaptation, etc. J'imagine que vous voudrez voir l'entièreté des sommes qui seront récupérées réinvestie à cet effet-là.

Mme Vadlamudy (Sandhia) : Pas nécessairement l'entièreté, parce qu'il ne faut surtout pas oublier les personnes qui ont subi les dommages, là, liés à ces pratiques pharmaceutiques déplorables. Donc, il faut penser à ces personnes, à leurs proches. Mais, oui, réserver un montant proportionnel, un pourcentage, qui pourrait être discuté, déterminé, pour pouvoir réinvestir dans les services et faire en sorte qu'on... comme je l'ai dit en conclusion, de paver le chemin pour un futur qui soit plus en santé pour tous.

Mme Prass : Tout à fait.

• (10 h 40) •

M. Letellier de St-Just (Louis) : D'ailleurs, c'est une recommandation que vous allez retrouver dans d'autres mémoires, dont celui de la Commission santé et services sociaux des Premières Nations. Nous, on le fait, et il y a sûrement d'autres qui vont le faire, parce que c'est un élément, en fait, qui nous apparaît naturel. Donc, si on calque sur nos aventures avec l'industrie du tabac, ce qu'on a fait avec la loi sur le cannabis, dans un tout autre contexte, bien, il faut prendre exactement le même exemple.

Mme Prass : Tout à fait. Et, comme vous avez dit, la crise n'est pas terminée. Donc, il faut s'assurer que les ressources sont toujours à la hauteur.

Également... Oui. Donc là, vous avez parlé, justement, de la décriminalisation, et qu'il y avait certains facteurs de réussite dans d'autres territoires. Pouvez-vous élaborer un petit peu là-dessus pour qu'on ait une idée des meilleures pratiques, disons?

Mme Vadlamudy (Sandhia) : Oui. J'ai nommé d'emblée la formation. Donc, on a la formation des agents policiers qui sont sur le terrain mais la formation des autres acteurs, aussi, impliqués soit dans le réseau de la santé, dans le milieu communautaire également. Il peut y avoir également, là, les... tous les milieux commerciaux également, qui pourraient avoir de la formation.

On pense également, en fait, à réfléchir la quantité, hein? On parle de possession simple, donc une quantité qui fait référence à un usage personnel, mais comment peut-on chiffrer cette quantité? À partir de quel moment, cette quantité-là, on peut penser à du trafic? Comment peut-on penser aux personnes qui ont des besoins particuliers, par exemple, en consommation, c'est-à-dire une personne, par exemple, qui habite sur une réserve, qui va s'approvisionner dans une ville et qui doit ramener une certaine quantité pour son usage personnel, mais qui va certainement dépasser la quantité quotidienne acceptée? Donc, ce sont des éléments qui sont importants à réfléchir en amont pour qu'ils soient cohérents avec la pratique sur le terrain et qu'ils ne deviennent pas un type de criminalisation 2.0 dans une décriminalisation, ce qui est parfois le cas en Colombie-Britannique.

Mme Prass : Quand vous parlez de la stratégie nationale pour prévenir les surdoses d'opioïdes dans votre mémoire, vous dites que vous constatez que beaucoup reste à faire pour atteindre les objectifs, que vous attendez la deuxième mouture. Qu'est-ce que vous voudriez voir, justement, dans la prochaine... la prochaine mouture, qui ferait en sorte... qui adresserait certaines de vos préoccupations à cet égard?

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : En 30 secondes.

Mme Vadlamudy (Sandhia) : D'accord. La prochaine mouture devra d'abord s'inscrire dans les mêmes objectifs qui sont présents. En ce moment, ce qu'on n'a pas, c'est de plan d'action. Donc, les acteurs qui sont concernés, qui travaillent à travers la stratégie, on n'a pas travaillé autour d'un plan d'action commun. Donc, on souhaite le mettre en place pour pouvoir, après, développer une stratégie qui soit dans les suites et qui soit adaptée avec la réalité dans laquelle on sera en 2025, au moment de la fin de la présente stratégie.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci beaucoup. Alors, on termine cette ronde de discussions avec la députée de Sainte-Marie—Saint-Jacques pour une période de 4 min 8 s.

Mme Massé : Merci. Merci pour votre présentation, votre mémoire. Quand vous parlez de potentiellement mettre un pourcentage, à l'intérieur du projet de loi, qui réserverait une certaine... un certain fonds qui serait dédié, avez-vous une idée du pourcentage auquel vous pensez? Première question. Et la sous-question, c'est : Oui, mais, si le règlement a lieu dans 25 ans, là... C'est aujourd'hui, la crise. Avez-vous pensé à ça aussi?

Des voix : ...

Mme Massé : J'ai quatre minutes, ça fait qu'obstinez-vous pas trop.

Mme Vadlamudy (Sandhia) : Oui, c'est ça, on va les utiliser. Le pourcentage, en fait, je pense qu'il faut prendre le temps de réfléchir, hein? On a eu une invitation très rapide à écrire ce mémoire. Donc, oui, on pense qu'il faut inscrire une partie des sommes en... pour redonner, réinvestir. Après ça, je pense que ça se discute, ça se réfléchit. Ça ne se décide pas comme ça, sur un coin de table. Les données recueillies vont nous permettre aussi de déterminer ce pourcentage pour qu'il soit cohérent avec les informations qu'on aura en main.

Après... J'ai oublié la deuxième question. Je m'excuse.

Mme Massé : C'est... En fait, ça, ça peut arriver dans 25 ans. Maintenant.

Mme Vadlamudy (Sandhia) : Ah oui!

M. Letellier de St-Just (Louis) : Là dessus, je pense qu'on n'a pas de chance à prendre. Il faut tout de suite l'insérer dans le projet de loi, dans ce qui sera la loi. Alors, c'est une protection. On ne peut pas y penser après. On peut toujours amender une loi, mais on a la chance maintenant de le faire, comme on l'a fait avec la loi sur l'encadrement du cannabis. Faisons exactement la même chose.

Mme Vadlamudy (Sandhia) : Puis je dirais qu'il ne faut pas, aussi, oublier les éléments qu'on... les outils qui sont à notre portée maintenant, comme l'ensemble des éléments qui ont été nommés, qui font partie de la stratégie nationale maintenant et des objectifs de décriminalisation, qui vont nous permettre, en fait, d'installer aussi un climat propice à la déstigmatisation et à la prévention des surdoses.

Mme Massé : D'ailleurs, parlons-en, de la décriminalisation. Nous, à Québec solidaire, on est assez en faveur de ça. Vous avez soulevé des bonnes questions concernant les quantités, le transport, bon, tout ça. On en parlera quand ce sera le temps. Mais moi, je me disais : C'est quoi, les outils qui sont à notre portée, collectivement, pour obtenir... Parce que ça prend une exemption pour aller là. C'est quoi, les outils qu'on a ici, au Québec, pour y arriver?

Mme Vadlamudy (Sandhia) : OK. Alors, bien, on a des outils très concrets. D'ailleurs, on a déjà l'expérience de ce... de ces demandes d'exemption à Santé Canada. Les demandes qu'on a faites à travers les services de consommation supervisée, l'analyse de substances, ce sont des demandes qui, somme toute, sont similaires à celles nécessaires pour l'exemption de la décriminalisation.

Après ça, on a des outils, en fait, qui existent aussi déjà au Québec, c'est-à-dire nos outils de concertation, nos différents comités qui sont déjà en place, et notamment... Par exemple, à travers l'Association des intervenants en dépendance du Québec, on a un forum qu'on a... dont la première édition a eu lieu l'année dernière, sur la déjudiciarisation. On vient de recevoir l'aval, à travers notre financement de la stratégie, pour produire un deuxième et on espère fortement que l'ensemble des acteurs vont pouvoir y être. Et l'ensemble des acteurs, bien, ce sont les trois ministères impliqués, les organisations de société civile, les usagers et, bien sûr, les Premières Nations, les policiers qui étaient là. En fait, les deux associations de chefs de police étaient présentes au dernier forum. Les gens sont mobilisés et souhaitent avancer vers la décriminalisation. C'était un consensus unanime.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci beaucoup. C'est tout le temps que nous avons, Mme Vadlamudy, Me Letellier St-Just. Il me reste à vous remercier d'avoir pris part à nos travaux.

Et je vais suspendre quelques instants, le temps que le prochain groupe s'installe. Bonne fin de journée.

(Suspension de la séance à 10 h 48)

(Reprise à 10 h 52)

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : À l'ordre, s'il vous plaît! La Commission des relations avec les citoyens reprend ses travaux.

Nous recevons, donc, l'Institut national de santé publique du Québec avec ses représentants, que j'ai devant moi. Alors, messieurs, vous allez bénéficier d'une période de temps de 10 minutes. Après ça, on va échanger avec les parlementaires. Mais je vais vous demander, dans un premier temps aussi, de vous présenter pour le bénéfice des gens qui sont ici. La parole est à vous.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

M. Forest (Pierre-Gerlier) : Merci beaucoup. M. le ministre, Mme la Présidente, chers membres de la commission. Je m'appelle Pierre-Gerlier Forest. Je suis le président-directeur général de l'Institut national de santé publique du Québec.

Et alors, à l'évidence, on est très honorés de... par votre invitation. Vous faites un travail très important. On est vraiment très heureux de pouvoir y contribuer.

Je suis accompagné ici de deux excellents collègues qui vont pouvoir répondre aussi à vos... à vos questions dans quelques minutes. Je vous les présente : Jean-Bernard Gamache, qui est pharmacien et qui est aussi le chef d'une des unités de toxicologie de l'institut, et puis M. François Gagnon, qui est un conseiller scientifique à l'institut, qui est un spécialiste des politiques publiques, qui travaille spécifiquement dans l'unité d'expertise, à l'institut, qui s'intéresse aux substances psychoactives.

Peut-être, pour commencer, quelques mots sur la mission de l'institut. C'est... L'institut, vous le savez toutes et tous, c'est le principal centre d'expertise et de référence en santé publique au Québec. Nous sommes une organisation publique. Nous avons pour mission de soutenir le ministre de la Santé et ses éminents collègues, les autorités régionales de santé publique, les établissements du réseau dans l'exercice de leurs responsabilités. Un de nos rôles essentiels, c'est d'informer la population sur son état de santé et de bien-être, sur les problèmes en émergence, ce qui explique la longue implication de l'INSPQ dans le dossier qui nous occupe aujourd'hui, ainsi que sur les déterminants de la santé humaine. L'institut se doit aussi, encore une fois, en accord avec sa mission, d'éclairer le gouvernement sur l'impact des politiques publiques et leur impact sur l'état de santé de la population en s'appuyant sur les meilleures données disponibles.

D'entrée de jeu, soulignons que l'INSPQ salue les objectifs qui sont poursuivis par le gouvernement en proposant le projet de loi n° 36. C'est une démarche qui s'inscrit directement dans une pratique de santé publique qui a été encouragée par l'Organisation mondiale de la santé et qui vise les déterminants commerciaux de la santé, une démarche qui invite les autorités gouvernementales à interpeler les acteurs industriels et commerciaux pour les inviter à partager plus équitablement le fardeau sanitaire qui est associé à l'usage de leurs produits et à prendre des mesures d'encadrement de leurs activités commerciales.

En santé publique, nous avons évidemment à cœur de réduire les impacts sociosanitaires qui sont liés à l'usage des différentes substances psychoactives. Or, les opioïdes, encore une fois, c'est une chose que vous savez bien, engendrent de véritables drames pour les individus qui en sont consommateurs mais également pour leurs familles et pour leurs communautés. Nous souhaitons d'ailleurs, là, au début de cette présentation, à exprimer notre soutien envers les victimes directes et indirectes de cette réalité et à saluer le travail important et souvent héroïque, quand on pense aux gens qui travaillent en première ligne sur le front communautaire, des gens qui travaillent pour résoudre ce problème.

Les faits saillants de notre mémoire aujourd'hui, trois objectifs, en gros. Tout d'abord, exprimer nos préoccupations quant aux tendances qui sont observées dans notre réalité québécoise. C'est vrai que le Québec se distingue du Canada et d'autres juridictions. Bien, dans le fond, il faut peut-être s'en féliciter et mesurer l'effet de ce que nous avons accompli au cours des années. Ça reste une situation préoccupante. Rappelons-le, chaque semaine au Québec, les surdoses liées aux opioïdes provoquent, en moyenne, cinq décès — en moyenne, cinq décès — et près d'une quinzaine d'hospitalisations. Il faut penser à l'accumulation de ces chiffres au cours des années. Ces données questionnent, d'autant qu'elles ne reflètent probablement qu'une petite partie d'une réalité beaucoup plus complexe. J'imagine que vous avez lu l'enquête publiée par *Le Devoir* ce matin. Il est documenté que les utilisateurs de drogues, pour de multiples raisons, ne se présentent pas tous ni toujours dans un établissement de santé. Et puis, la façon dont on comptabilise les décès et les hospitalisations, bien, les surdoses qui impliquent un mélange de substances, dont les opioïdes, peuvent être source de décès et ne sont pas comptées dans les données que je viens de mentionner.

Par ailleurs, tous les consommateurs de substances psychoactives ne sont pas égaux devant cette réalité. Les résultats de... C'est un projet de l'INSPQ qui est réalisé en collaboration avec les... directions régionales, pardon, de santé publique et qui s'appelle Projet suprarégional d'analyse de drogues dans l'urine de personnes qui consomment au Québec. C'est un titre assez explicite. C'est souvent le cas avec les titres de l'INSPQ. C'est un projet qui révèle déjà que, parmi les personnes qui ont fait une surdose involontaire d'opioïdes dans les six derniers mois, il y a une surreprésentation des personnes sans domicile fixe. La même étude montre aussi que les individus qui sont en situation d'itinérance sont significativement sous-représentés parmi les personnes qui possèdent une trousse de naloxone, ce qui les rend nécessairement beaucoup plus vulnérables à un décès par surdose d'opioïdes. C'est les éléments importants à considérer pour l'élaboration des interventions de santé publique.

Notre deuxième objectif, c'est de rappeler que plusieurs enjeux relatifs aux opioïdes produits et distribués légalement sont liés directement au contrôle de leur commercialisation. Et le Québec, ici, ne fait pas exception. Depuis le début des années 2000, comme ailleurs au Canada et en Amérique du Nord, des acteurs industriels ont fait la promotion active de l'usage d'opioïdes à l'extérieur des pratiques médicales, qui, auparavant, encadraient assez strictement les prescriptions. Il y a une étude québécoise qui a été menée ici, au Québec, auprès de prescripteurs et qui a montré que les pratiques de promotion qui étaient rapportées, d'abord, visaient un très grand nombre de produits, donc pas seulement un produit mais un très grand nombre de produits, qui étaient présentés aux médecins, en clinique, sans mise en garde adéquate sur les effets des médicaments en question et souvent associés à des compensations financières directes ou à des invitations à joindre des activités de prestige, comme la participation à des études, des comités avisés ou des bureaux de conférenciers. Or... Là, on est obligés de le supposer à ce stade, mais ces faits sont avérés dans d'autres juridictions, et c'est fort probable que ces pratiques commerciales ont participé à la hausse significative de l'usage des opioïdes depuis le début des années 2000.

Enfin, comme troisième objectif, nous souhaitons témoigner des ressources déjà mobilisées, des efforts, ensuite, qui sont à prévoir pour contrer le phénomène. Le premier point, c'est peut-être que la réponse de la santé publique québécoise et de ses partenaires a mobilisé déjà beaucoup de ressources. Pensons notamment au déploiement des

centres de consommation supervisée, à la distribution des trousse de naloxone, aux travaux de vigie et de surveillance ainsi qu'aux différentes démarches de sensibilisation et de formation qui visent à encadrer la pratique de prescription ou contenir les usages et réduire les méfaits. On a documenté un certain nombre de ces exemples dans notre mémoire.

D'autres facteurs de protection, par ailleurs, pourraient aussi contribuer la différence québécoise. Il faut continuellement réfléchir sur cette différence. Et, en particulier, nous avons attiré l'attention sur le filet de protection sociale ou même sur le régime d'assurance médicaments, qui joue un rôle aussi pour expliquer la différence au Québec. C'est toujours possible d'améliorer ce qu'on fait, mais il faut reconnaître que les politiques sociales figurent parmi... du Québec figurent parmi les plus effectives en contexte nord-américain.

• (11 heures) •

En conclusion, les analyses présentées dans notre mémoire témoignent de la situation préoccupante de l'usage des opioïdes au Québec. Deux constats qui s'imposent. Il faut répéter que les interventions de santé publique doivent être maintenues, voire amplifiées. Les travaux en cours, surtout, évidemment, à l'institut, pour raffiner, étendre, consolider les indicateurs de vigie s'inscrivent en complémentarité avec d'autres initiatives des différents acteurs du milieu. Il faut maintenir ces efforts dans l'avenir. Ensuite, dans ce contexte, il semble cohérent de faire appel aux notions de responsabilité corporative et de justice sociale, qui répondent, pour nous, aux considérations éthiques fondamentales de la santé publique. Et c'est dans ce sens-là qu'on a souligné la pertinence du projet de loi n° 36.

L'institut espère que ces réflexions, appuyées sur son expertise de plus de 15 ans dans le dossier des opioïdes, soient utiles et éclairent vos discussions. Il va me faire plaisir, moi et mes collègues, de répondre à vos questions. Merci encore une fois, M. le ministre, Mme la Présidente, de l'invitation à participer aux travaux de cette commission.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci beaucoup pour cette présentation. Alors, justement, nous en sommes rendus à la période d'échange avec les parlementaires. On va donc commencer avec M. le ministre. Et votre banquette bénéficie d'une période de 16 min 30 s.

M. Carmant : D'accord. Merci beaucoup, Mme la Présidente. Merci pour cette éloquente présentation.

Quelques questions pour vous. Moi, je suis un peu toujours surpris de voir combien peu de gens connaissent la naloxone, son effet, surtout quand on compare avec nos... étant médecin, là, nos collègues de la Colombie-Britannique ou même dans la population en général. Penseriez-vous qu'une campagne de sensibilisation pourrait venir nous aider? Est-ce que... Il me semble que je n'ai jamais vu ça ici. Est-ce que ce serait quelque chose qui serait utile? Quel est votre point de vue là-dessus?

M. Forest (Pierre-Gerlier) : Le point de vue de l'institut, d'abord, la première chose, c'est... On dispose maintenant d'un instrument de vigie qui s'intéresse à la distribution de la naloxone. Vous avez probablement vu nos données dans notre... dans notre mémoire. Jean-Bernard pourrait peut-être vous parler plus en détail de ce projet et de notre programme dans ce domaine, mais c'est une question tout à fait pertinente.

M. Gamache (Jean-Bernard) : Oui, effectivement. On se rend compte... On a différents indicateurs, là, qui permettent de mesurer la distribution de naloxone. Donc, on peut... on peut voir qu'au Québec, autant à l'échelle des pharmacies communautaires que des CISSS et des CIUSSS qui distribuent ensuite, on voit une augmentation quand même importante du nombre de trousse de naloxone qui peuvent être distribuées. Par contre, on aimerait quand même être capables de développer certains indicateurs pour nous permettre de raffiner le portrait, surtout au niveau de non seulement qu'est-ce qui est distribué, mais qu'est-ce qui est administré par différents services préhospitaliers, par exemple. Donc, ça, c'est une chose.

Il y a aussi des données, justement, de l'étude dont M. Forest vous parlait qui évoquent qu'il y a certaines communautés qui sont plus difficiles à rejoindre par ces mécaniques-là de distribution. Donc, peut-être de s'attarder à cette clientèle vulnérable là, notamment, puis de raffiner le portrait aussi, par la suite, pour identifier d'autres communautés qu'on a du mal à rejoindre.

M. Carmant : D'accord. Merci beaucoup. D'ailleurs, bien, parlant de ces données-là, est-ce qu'elles sont présentes sur le site Web? Là, tout à l'heure, j'étais un peu surpris d'entendre les présentateurs précédents dire qu'il y avait peu de données disponibles. Moi, je suis les données, bien, surtout des décès, là, sur votre site Web. Peut-être que, ça aussi, il faudra en faire la promotion un peu plus. Puis quelles données peut-on rajouter pour que les gens soient plus informés sur la situation? Par exemple, tous les sites de distribution de naloxone sont sur le site Web aussi, surdose des opioïdes, là, sur le site de l'INSPQ.

Donc, c'est important, je pense, d'en faire un peu plus la promotion et, ça aussi, d'avoir plus d'informations possible. Avez-vous des... Avez-vous envisagé des mécanismes pour faire connaître mieux le site et puis pour mieux... avoir plus d'informations...

M. Forest (Pierre-Gerlier) : Oui. Encore une fois...

M. Carmant : ...sur celui-ci?

M. Forest (Pierre-Gerlier) : Pardon. Encore une fois, vous avez raison. Je pense qu'une chose qui pourrait être utile, c'est de vous expliquer un petit peu quelles sont les données qui sont déjà disponibles, parce qu'on a des

données de longue haleine, là. Encore une fois, l'institut est impliqué dans la... dans la... d'abord, dans la capture d'information, mais aussi dans son traitement et dans sa diffusion depuis assez longtemps. Et une partie de ces données, c'est vrai, sont décidées... sont destinées, pardon, de façon privilégiée, pour les décideurs, mais un certain nombre de ces données sont publiques et disponibles sur notre site. Jean-Bernard, est-ce que tu te rappelles la liste?

M. Gamache (Jean-Bernard) : Bien, en fait... Bien, on connaît les données qui sont disponibles publiquement sur le site Web, là. Bon, je peux vous le dire, là. Les indicateurs qu'on développe et qu'on diffuse aux autorités de santé publique, essentiellement, ça touche les décès, les hospitalisations, les visites aux urgences, la distribution de naloxone aussi, les appels au Centre antipoison, puis, bon, ça se décline en différents types d'indicateurs qui... qui permettent d'outiller... d'outiller les décideurs rapidement avec des indicateurs qui sont peut-être plus imprécis mais qui permettent de déceler les tendances qui sont... qui permettent des interventions ciblées et rapides lorsqu'un phénomène se déclenche. Puis on a aussi une série d'indicateurs qui permettent... qui sont plus précis, puis qui permettent un portrait plus longitudinal des tendances, puis plus précis. Après ça, il faudrait voir qu'est-ce qui est... qu'est-ce qui est utile puis qu'est-ce qu'il est pertinent de décliner dans des... dans des communications qui sont publiques, là.

M. Carmant : Mais, tu sais, moi, je vous dis ça dans le sens que les gens sur le terrain aimeraient avoir plus d'informations. Vous en avez. Je pense que ça pourrait être quelque chose qui devrait être travaillé en partenariat si ça peut les aider, eux, sur le terrain, à améliorer leurs interventions. Parce que moi, sur le site Web, moi, je vois juste... public, je ne vois que les décès.

M. Forest (Pierre-Gerlier) : Donc, ce serait tout à fait faisable pour nous de partager ces informations. Bien, vous savez, on est un endroit où il y a un énorme dépôt d'informations, à l'institut, et donc la question se pose à chaque fois. Il faut nous poser la question, et après on est tout à fait heureux de travailler et de créer ces couloirs de transmission d'information qui sont indispensables pour les acteurs. Puis évidemment on est très, très ouverts, je pense que je l'ai exprimé dans mon allocution, à travailler de... au plus près avec les gens qui sont en première ligne. Après tout, c'est la raison pour laquelle nous existons au premier chef.

M. Carmant : Ça va me faire plaisir de travailler avec vous là-dessus. Mme la Présidente, je passerais peut-être la parole à quelqu'un de... d'autre. Merci.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci beaucoup, M. le ministre. Alors, je reconnais la députée de Vimont. Il reste encore 11 min 16 s.

Mme Schmaltz : Ah! OK. Parfait. Merci, Mme la Présidente. Merci, messieurs, d'être là. Toujours très apprécié. Tantôt, là, vous avez prononcé... vous avez dit «surdose involontaire». Moi, ça m'a frappée, parce que, dans ma tête, une surdose, c'est volontaire, d'une certaine façon. Mais je comprends le contexte. Quel pourcentage ça représente dans les décès, les surdoses involontaires?

M. Forest (Pierre-Gerlier) : Jean-Bernard.

M. Gamache (Jean-Bernard) : Je n'ai pas la donnée qui permet de discriminer qu'est-ce qui est une surdose volontaire versus involontaire, mais, lorsqu'on parle d'une... la consommation puis l'intoxication, si on peut l'appeler de cette façon-là, donc, la consommation, elle est volontaire. C'est de faire une surdose qui est involontaire, donc, de dépasser le seuil auquel on... Bon, je ne veux pas m'emmêler dans des débats de sémantique, là, mais c'est... la consommation demeure volontaire. C'est la surdose qui ne l'est pas.

Mme Schmaltz : OK. Donc, finalement, c'est tout le temps des accidents. Les gens décèdent par accident. C'est ça, d'une certaine façon.

M. Forest (Pierre-Gerlier) : D'une certaine façon.

Mme Schmaltz : OK. Quel pouvoir les pharmaciens ont, dans des... vis-à-vis des prescriptions, en lien avec leurs... les clients qui viennent renouveler des prescriptions? Quel est le lien? Est-ce que... pas le lien, le pouvoir. Est-ce que vous pouvez, à un moment donné, décider de ne pas renouveler ou...

M. Forest (Pierre-Gerlier) : La première chose, c'est que les pharmaciens ont signalé leur inquiétude professionnelle à l'égard des... de la prescription d'opioïdes à la fois en questionnant les raisons pour lesquelles on prescrit, les doses qui sont prescrites, et on dispose d'assez d'informations sur ce sujet-là.

Quant à d'autres interventions...

M. Gamache (Jean-Bernard) : Bien, en fait, bon, je suis ici, bien évidemment, pour représenter l'institut et non l'Ordre des pharmaciens du Québec, là, mais, à titre de pharmacien, je peux vous dire que oui. Je veux dire, la responsabilité... Le pharmacien dispose d'une certaine forme de responsabilité, là, à l'égard de ce qui est... de ce qui est... de ce qui est acheminé au patient. Puis effectivement on a... on a différents... Il y a différents moyens d'intervention, là, pour s'assurer que le patient reçoive quelque chose qui... un produit qui est sécuritaire, là.

Mme Schmaltz : C'était justement ma question. La naloxone — c'est ça, naloxone? — c'est ce qui remplaçait... c'est ce qui remplace la morphine. Est-ce que c'est... Non, ce n'est pas ça? Non?

M. Forest (Pierre-Gerlier) : Non, non. C'est un... répondre techniquement...

M. Gamache (Jean-Bernard) : Oui. En fait, c'est un... c'est un médicament qui vise à renverser l'effet d'une surdose. Donc, une personne qui vit un épisode de surdose d'opioïdes, de façon très précise, donc, la personne qui est en situation de surdose peut se voir administrer ce médicament-là pour renverser les effets du... de la drogue ou du médicament pour... bien, pour éviter les issues négatives. Mais après ça c'est très important que ces personnes... L'effet de renversement est temporaire. Donc, c'est important que cette personne... la personne qui en est victime puisse avoir recours à des soins de santé pour la gestion de l'intoxication.

Mme Schmaltz : Dernière petite question avant de passer la parole à mes collègues : Est-ce qu'on a un profil type de consommateur?

M. Forest (Pierre-Gerlier) : François, veux-tu...

M. Gagnon (François) : On va avoir une réponse à deux volets. Je vais laisser Jean-Bernard compléter, mais, d'emblée, on n'a pas fait de portrait type des consommateurs. Il y a plusieurs cas de figure. Donc, ça se fait, des portraits types, donc, on peut le faire, mais il va falloir nous mandater. Il va falloir avoir des ressources pour le faire. Jean-Bernard va en parler.

Mais donc les cas de figure sont très, très différents. On peut avoir des gens qui vont avoir des opioïdes qui sont donnés après une chirurgie, par exemple, ou il y a des gens qui vont déjà avoir consommé d'autres substances qui vont consommer... commencer à commencer des opioïdes parce qu'ils sont offerts par un revendeur dans la rue, des gens qui sont hautement dépendants, là. Donc, il y a plusieurs cas de figure. Pour faire des typologies, il faudrait faire des travaux supplémentaires.

Mme Schmaltz : OK.

• (11 h 10) •

M. Forest (Pierre-Gerlier) : Les travaux américains montrent aussi que c'est une épidémie qui a connu plusieurs phases. Donc, le consommateur type a changé au cours de l'épidémie de façon assez nette depuis les tout débuts.

Mme Schmaltz : Parfait. Moi, je n'ai plus de question.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : M. le ministre, vous avez une question? Allez-y.

M. Carmant : Oui, bien sûr, bien sûr. Alors, tout le monde, je pense, a été un peu surpris de l'article de ce matin dans *Le Devoir*, en fait, les deux articles, où on semble, même, nous... je ne dirais pas reprocher, mais nous faire remarquer qu'on met un peu trop d'emphase sur les opioïdes, sur la crise des surdoses. Moi, ça m'a franchement surpris de lire ça, parce que ça... Je ne sais pas s'il y a plus de décès par rapport aux stimulants. Puis on sait que les stimulants, ce n'est pas réversible comme la... par rapport à... aux opiacés. Donc, quel est votre point de vue, par rapport à la situation, entre les stimulants versus les opioïdes?

M. Forest (Pierre-Gerlier) : C'est une question complexe. La première partie de la réponse... Ma réaction, moi aussi, en voyant l'article... les articles ce matin, c'est de me dire que, si on découvrait qu'un... une situation hypothétique, un fabricant d'automobiles était responsable, à travers un modèle particulier, d'un grand nombre d'accidents et de décès, on s'occuperait quand même de ce problème-là, même s'il y a des accidents et des problèmes avec d'autres fabricants. Et donc la première partie du raisonnement... Comme on l'a signalé, c'est une situation préoccupante, c'est un véritable problème de santé publique, et donc il appelle une réponse à la fois de la Santé publique et de l'État. C'est la... je pense, la réponse la première qu'il faut donner.

La deuxième, comme je l'ai mentionné dans mon allocution, c'est qu'il est encore difficile de faire la différence entre les décès causés par les opioïdes, les décès qui sont causés dans des situations où les gens ont consommé plusieurs substances. Ça crée aussi un flou autour des données.

Et puis le troisième point, qui est probablement le plus important à long terme pour l'institut, c'est une invitation à continuer une vigie large de la question de la consommation de substances psychoactives. Les opioïdes, c'est peut-être la première étape dans une transformation du marché des drogues illicites, dans lequel on va voir de plus en plus de médicaments. La France, vous le savez peut-être, en ce moment, est aux prises avec un problème d'utilisation d'un médicament qui était prescrit autrefois pour l'épilepsie. On voit réapparaître en Europe en ce moment de façon vraiment massive dans les drogues de rue, la consommation de la cocaïne. Donc, garder un mandat de vigie large.

Le fait qu'on s'occupe des opioïdes ne nous empêche pas de penser aux autres substances psychoactives et de continuer à faire ce travail qui consiste à regarder en avant et à se demander comment on va... on va faire en sorte de garder un certain contrôle sur cette situation.

M. Carmant : Je sais que souvent on parle de décès liés aux opiacés, puis il y a une colonne qui est «décès aux substances autres». Est-ce que ce serait... Avez-vous réfléchi à partager ces données-là également, comme on parlait tantôt, pour donner plus de données?

M. Gamache (Jean-Bernard) : Oui, effectivement, c'est le genre de chose qu'on peut faire. D'ailleurs, le mandat de vigie, là, en vertu de l'enquête épidémiologique, a été étendu, à l'été 2022, pour caractériser non seulement les opioïdes, mais aussi les autres substances, dont les psychostimulants. Donc, il y a des façons de ventiler ces données-là puis de les rendre à la disposition. Mais on ne veut quand même pas... Puis ce n'est pas parce qu'il y a des décès qui sont attribuables à d'autres causes, notamment les... les stimulants, pardon, qu'on veut minimiser la situation avec les opioïdes. Puis, on vous le rappelle, là, on documente, là, cinq décès par semaine, là. C'est significatif.

M. Carmant : OK. Les présentateurs précédents, les organismes communautaires, nous ont sensibilisés à essayer que la situation ne se reproduise pas. Vous, vous travaillez là-dessus tous les jours. Comment peut-on réfléchir ou comment peut-on envisager des mécanismes pour éviter que ce type de situation se reproduise? Par exemple, tu sais, moi, je leur... ce que je leur ai dit... C'est arrivé avec les cigarettiers. Ensuite, il y a eu le vapotage, il y a eu les opiacés. Qu'est-ce qu'on pourrait faire, comme gouvernement ou comme société, pour éviter que ça se reproduise? Je suis sûr que vous avez déjà réfléchi à ça.

M. Forest (Pierre-Gerlier) : François, c'est une bonne occasion, parce que... là aussi, de faire état, là, d'un long programme de recherche à l'institut.

M. Gagnon (François) : Écoutez, vous parlez, en particulier, de la promotion, j'imagine, puis du contrôle des activités de promotion des pharmaceutiques. C'est à ça que vous faites...

M. Carmant : Bien, ça peut être un des points, justement. Allez-y.

M. Gagnon (François) : C'est ça. Écoutez, là-dessus...

M. Carmant : Mais, tu sais, on voit toutes ces drôles d'annonces qui ne sont pas des annonces, là, de ce temps-ci.

M. Gagnon (François) : On n'a pas fait de... tu sais, on n'a pas fait de recherche sur qu'est-ce qui s'était fait ailleurs. Donc, les cadres légaux et réglementaires ne sont pas partout pareils, là. Il y aurait peut-être nécessité d'élargir un peu, là. Je crois comprendre que, dans certains pays, c'est un peu plus encadré au niveau de la promotion, mais on n'a pas fait de travaux à cet effet-là encore, là. On n'a pas eu de mandat. On n'en a pas cherché non plus. Donc, on peut faire des travaux là-dessus.

Sur la situation des surdoses en général, bien... Puis je vais vous rappeler qu'à l'institut on a travaillé sur les surdoses depuis 2007, environ, là. On a publié... Notre premier rapport sur l'avis des services d'injection supervisée, c'était en 2009. Donc, on a amorcé les travaux... Donc, ça prend un peu de temps à faire les travaux, là. Donc, 2007... Déjà, on était au courant dans les cohortes d'utilisateurs très marginalisés, là. On travaillait dans une perspective d'ITSS à l'époque. Donc, on était au courant que la consommation d'opioïdes augmentait, que les surdoses augmentaient. Donc, ce n'étaient pas des rapports formels qu'on avait à l'époque, là. Je me rappelle même d'avoir appelé le coroner moi-même pour savoir qu'est-ce qu'il en était, puis on n'avait pas... Il n'y avait pas d'enquête, à ce moment-là, du coroner, là, qui était faite pour conclure à l'attribution, donc, ou non des surdoses à une substance ou pas, là. Donc, il n'y avait pas d'enquête qui était faite systématiquement. Donc, à partir de là, on a développé ces services-là.

Puis après on a continué, en voyant les opioïdes être de plus en plus impliqués dans... les opioïdes prescrits, notamment, de plus en plus impliqués dans les... dans les pratiques de consommation. On a développé d'autres travaux autour, notamment, du matériel... de la révision du matériel d'injection qui était distribué, là. On fait la distribution de matériel de consommation depuis la naissance de CACTUS, là. Je ne me rappelle plus exactement dans quelles années, mais c'est autour des années 90, là, que... Louis pourrait vous le dire un petit peu mieux que moi. Mais donc on fait de la distribution depuis longtemps. Puis donc, à ce moment-là, puisqu'il y avait des opioïdes prescrits, bien... qui étaient de plus en plus là, il se posait des enjeux toxicologiques précis.

Donc... donc, par la suite de ça, en 2016, on a eu... en fait, en 2015, on a eu un mandat pour faire des travaux d'analyse sur les services d'analyse de substances, là, on en a parlé, là, «drug checking». On a fait des programmes de... On a analysé aussi les programmes de distribution de naloxone en communauté. Donc, tous ces... tous ces travaux-là qu'on a faits, à l'institut, ont soutenu notre réseau, là, c'est notre mandat, soutenu le réseau dans la prise de décision puis dans le choix, l'analyse, l'implantation des mesures qu'on connaît aujourd'hui. Donc, on peut continuer si on... à travailler sur plein d'enjeux comme ça, là, si on nous mandate puis si on nous donne les ressources pour le faire.

M. Carmant : Bien, je suis très...

M. Forest (Pierre-Gerlier) : Mais je dois dire, M. le ministre...

M. Carmant : Non, non, allez-y.

M. Forest (Pierre-Gerlier) : ...si vous permettez, qu'une partie de la réponse à votre question, c'est de continuer à développer une approche large de ces problèmes. Ça ne doit pas se limiter aux problèmes de santé, ne pas se limiter au problème des coûts de santé, mais...

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : ...terminé pour cette première portion d'échange. Merci beaucoup, M. le ministre. Merci, mesdames les députées. Je me tourne maintenant du côté de l'opposition avec la députée de D'Arcy-McGee pour une période de 9 min 54 s.

Mme Prass : Parfait. Si vous voulez terminer votre réponse, je vous invite à le faire.

M. Forest (Pierre-Gerlier) : Merci. Très gentil. Ce que je voulais dire, c'est, donc, tenir compte aussi des coûts sociaux, des aspects qui touchent le système de justice, parce que tous ces problèmes sont intriqués dans le... les problèmes dont on discute aujourd'hui. Et c'est, encore une fois, très évident lorsqu'on regarde ce qui se passe à l'étranger en ce moment. Là, je vous parlais des tendances qui sont émergentes, et on voit que ces problèmes sont toujours liés ensemble. On en a parlé dans notre mémoire. C'est... Le crime organisé, sa transformation joue aussi un rôle dans la crise dont on parle aujourd'hui. Et donc il faut tenir compte de ça, avoir une vision panoramique, si vous voulez, du problème auquel on s'attaque. Sinon, nos efforts de prévention vont échouer.

Mme Prass : Moi, je vous demanderais, justement... On sait que les gouvernements qui vont faire partie de ce recours, justement, vont devoir présenter... vont devoir chiffrer les coûts assumés par... les coûts de santé, intérêts, justement. C'est un petit peu le but du recours. Vous, quand vous montez vos statistiques, comment est-ce que vous faites pour déterminer, à part les visites à l'urgence pour une surdose, etc., quels sont des cas qui sont liés, justement, à la crise des opioïdes, en conséquence avec notre système de santé?

• (11 h 20) •

M. Forest (Pierre-Gerlier) : Je vais vous décevoir, mais ce n'est pas vraiment le travail possible de l'institut, compte tenu des ressources dont on dispose, c'est-à-dire que l'institut ne fait pas d'étude économique sur ce genre de dossier. Est-ce que... Si la question est : Est-ce que c'est faisable?, oui, tout à fait. On va être capables de chiffrer...

Encore une fois, dans la perspective où on se trouve au Québec, où on a... Le ministre l'a souligné, d'ailleurs, dans sa conférence de presse, on n'est pas seulement intéressés aux coûts de santé ici. On est aussi intéressés aux coûts sociaux vraiment très importants. Je pense qu'on devrait aussi penser à l'effet sur le système juridique, sur la sécurité publique, et ainsi de suite. Et c'est un travail qui est tout à fait faisable, hein, avec des comptables et des économistes. Je suis très optimiste, en fait, moi, sur la capacité d'arriver à des... à des chiffres assez précis.

Mme Prass : Et, quand vous dites... bien, dans votre mémoire, vous parlez des troubles liés aux substances, est-ce que c'est ça que vous faites référence, et, justement, tout l'effet de la société, ou c'est vraiment dans le cadre de la santé? Parce que les données qu'on voit sur la santé sont souvent les décès des surdoses, mais on sait qu'il y a plein d'autres problèmes liés, des symptômes, que ce soit l'hépatite C, VIH, etc. Donc, j'essaie de juste voir comment vous pourrez déterminer des enjeux... des visites hospitalières liées à la crise des opioïdes, qui n'est pas directement une surdose ou quelque chose d'aussi évident, si vous voulez, parce que c'est beaucoup plus large que ça. Donc, pour vraiment chiffrer les coûts que la Santé publique a assumés, il faut vraiment faire le portrait de toutes les... de tous les cas qui auraient pu être liés à la crise.

M. Forest (Pierre-Gerlier) : Je vais laisser répondre François sur le détail, mais c'est une question tout à fait pertinente. Mais encore... On a accumulé quand même pas mal de connaissances, d'expérience, parce que ça fait... On ne travaille pas seulement sur ce dossier-là. On travaille sur toutes sortes d'autres dossiers qui sont liés à l'utilisation de substances psychoactives dans la société. Et donc il y a une tradition de recherche, au Québec, d'abord, au Canada, dans le monde, qui permet de chiffrer de façon assez précise les effets de la consommation de ces substances dans... à l'extérieur, là, des coûts qu'on mesure et dont on parle aujourd'hui, qui sont liés aux coûts de santé, à cause du cadre du projet de loi. Mais on pourrait tout à fait avoir une discussion plus large sur ces effets-là. François.

M. Gagnon (François) : Bien évidemment, dans le recours collectif, je pense qu'il va y avoir des évaluations de coûts qui vont être faites par les... qui vont être faites par les firmes d'avocats qui vont être impliquées, là, mais, en santé publique, on a quand même des pratiques puis des méthodologies pour évaluer les coûts. Il y a un grand projet pancanadien qui publie des données régulièrement, qui a évalué les coûts des substances, là. Depuis les 10 ou 15 dernières années, on a des publications qui se déroulent, puis le projet continue. Donc, dans le cadre de ces projets-là, il y a des méthodologies qui sont testées, qui sont validées, qui sont reconnues, là. Donc, on peut... on peut en faire usage. On peut s'en inspirer pour faire des travaux.

Mme Prass : OK. Là, le groupe qui a témoigné avant vous, justement, a demandé... bien, a dit que ça aiderait le déploiement des ressources, etc., d'avoir des portraits plus spécifiques sur certains territoires. Les besoins ne sont pas pareils dépendamment, justement, du portrait des usagers, etc. Est-ce que vous serez en mesure, si vous recevez le mandat, justement, de produire de façon régulière ces données-là, justement, pour que les... ceux qui sont sur le terrain puissent vraiment avoir... bien, comprendre quelles sont les ressources qui sont... dont ce territoire-là a besoin?

M. Gamache (Jean-Bernard) : Oui, effectivement, ce n'est pas des données qui sont actuellement disponibles sur le site Web, là, mais... ni dans les états de situation qu'on envoie aux décideurs de santé publique. Par contre, les autorités régionales de santé publique ont accès à des données ventilées pour leurs territoires, pour les indicateurs que je vous ai nommés précédemment. Donc, effectivement, les autorités régionales ont ça sous les yeux. Puis il y a probablement façon de... avec... en partenariat avec eux autres, là, de diffuser ces résultats-là aux organismes communautaires, par exemple, ou aux autres parties prenantes dans cette situation.

Mme Prass : Parfait. Parce que c'est ça que j'ai compris du commentaire du groupe, que, pour l'instant, les groupes sur le terrain n'ont pas accès à ces chiffres. Donc, ça fait en sorte que c'est plus difficile pour eux de, justement, comprendre comment adresser l'enjeu. Donc, si les instances régionales ont accès, ce serait peut-être intéressant qu'ils puissent être partagés pour qu'il y ait une cohérence entre le travail qui se fait en santé publique et sur le terrain.

Vous avez dit aussi... Vous avez parlé de l'enjeu de l'itinérance et la naloxone. Là, je comprends qu'au Québec c'est gratuit dans les pharmacies, sauf qu'il faut avoir une carte de la RAMQ pour pouvoir y accéder, et on sait que la population itinérante n'ont pas d'adresse fixe, donc plusieurs n'ont pas leur carte de RAMQ. Est-ce que vous ne pensez pas que, justement, ça sauverait des vies, pour qu'il y ait un accès un petit peu plus... bien, pas transparent, mais qu'on facilite l'accès, justement, à cette population-là qui est disproportionnée, à faire face à la crise aux opioïdes?

M. Gamache (Jean-Bernard) : Il semble que la barrière à l'accès ne soit pas la carte de la RAMQ, parce qu'il y a des modalités qui permettent de distribuer l'antidote malgré le fait qu'on n'avait pas de... bon, la carte, etc. La barrière d'accès semble être de franchir la porte de la pharmacie et de savoir, peut-être, qu'il y a un programme de ça. Il faudrait voir si les campagnes de sensibilisation ont eu lieu ou si l'information est disponible sur l'accès. Mais je crois que la barrière, principalement, c'est de rentrer dans les soins, que ce soit dans les pharmacies communautaires... Mais cette réalité-là existe aussi pour consulter pour, justement... bien, pour différents problèmes de santé lorsqu'on vit avec un problème de consommation, là, oui. Merci.

Mme Prass : Aussi, vous avez publié un rapport, en février dernier, justement, à propos de la... concernant la décriminalisation. Et j'imagine... Est-ce que vous avez fait un petit peu le tour pour voir quelles sont les meilleures pratiques, ailleurs, qui pourraient s'appliquer aussi, qui pourraient avoir... faire du sens avec la réalité sur le terrain au Québec?

M. Forest (Pierre-Gerlier) : Le rapport, je pense, dont vous parlez, c'est un rapport qui a été publié il y a peu de temps. C'est un rapport qui montre un peu aussi notre démarche, qui consiste à essayer de définir les termes, de fournir un langage commun pour les gens qui ont à parler de ce problème, de façon à ce que tout le monde utilise les mêmes définitions, le même langage, qui permet des échanges constructifs. C'était l'objectif essentiel de ce rapport-là, de fournir un lexique de discussion sur le problème. Et, François peut vous parler, ça fait pas mal de temps maintenant qu'on travaille sur cette question et qu'on regarde à la fois les meilleures pratiques, l'état de la littérature sur le sujet, ce que les gens pensent de ces problèmes.

Encore une fois, vous voyez, l'institut, on n'est pas là pour faire des propositions de politique. On est là, essentiellement, pour éclairer les décisions qui sont prises par le ministère, et donc de lui fournir l'information qui est nécessaire pour prendre ses décisions.

M. Gagnon (François) : OK. Il y a un rapport précédent qu'on a publié, à l'institut, qui portait sur les alternatives à la criminalisation. C'est comme ça qu'on l'a intitulé, là. Puis, essentiellement, ça portait sur l'expérience portugaise puis sur ce qu'on appelle le Law Enforcement Assisted Diversion aux États-Unis, là. C'est un programme qui est presque devenu une marque de commerce, là. Mais donc, essentiellement, c'est les policiers qui sont incités à diriger les personnes en possession de substances vers des services de santé, des services sociaux de différentes natures, selon les problèmes qui sont constatés ou les enjeux qui sont constatés, les besoins qui sont constatés.

Donc, on a identifié là-dedans plusieurs conditions de succès à ces pratiques-là. C'est une des formes de décriminalisation. C'est une des formes que la décriminalisation peut prendre, autrement dit. Puis donc une des premières conditions de succès, je ne veux pas nommer les autres, là, Sandhia, auparavant, en a nommé une, donc, c'est la formation des policiers pour qu'ils puissent bien comprendre leur rôle dans le nouveau système. Mais aussi je pense que la première condition de succès qui était identifiée, c'est que les ressources soient suffisantes, parce que...

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Je dois vous arrêter...

M. Gagnon (François) : ...si les policiers doivent diriger les personnes vers les services sociaux puis de santé, puis qu'elles n'y ont pas accès, comme principe de base, ça ne fonctionne pas.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci beaucoup. Je dois vous arrêter. Je suis désolée. Je suis le maître... la maîtresse du temps. Mais on va continuer avec la députée de Sainte-Marie—Saint-Jacques pour une période de 3 min 18 s.

Mme Massé : Merci. Le groupe avant vous disait avoir du data pour être capable d'agir adéquatement en prévention mais aussi pour être capable d'aller chercher notre part du gâteau qui est adéquate dans ce recours

collectif là. Vous avez mentionné que vous pouviez faire plein de recherches si vous receviez le mandat. Moi, je veux savoir : Est-ce que vous sentez que vous avez le data nécessaire pour répondre aux deux questions que j'ai soumises préalablement? Et sinon de quel mandat vous avez besoin, et qui vous donne ce mandat-là?

M. Forest (Pierre-Gerlier) : Jean-Bernard, veux-tu répondre?

M. Gamache (Jean-Bernard) : Bien, je crois que les données existent. Les données... les données sont à l'infocentre de santé publique. Donc, ça, ça va. Après, il faut déterminer les rôles et responsabilités dans la diffusion des données. Est-ce que la... Est-ce que cette responsabilité-là, la responsabilité de les diffuser, appartient à l'institut, ou l'idée, c'est plutôt de laisser... l'Institut national de santé publique du Québec, ou la responsabilité de diffusion des données puis l'information aux populations puis aux groupes communautaires appartient à la direction régionale de santé publique sur le territoire? C'est à définir. Mais on peut facilement déterminer une trajectoire, là, pour arriver à la transmission de cette information-là.

• (11 h 30) •

Mme Massé : Donc, vous n'avez pas besoin de plus de mandats, pas là-dessus.

M. Forest (Pierre-Gerlier) : Dans le fond, pour l'évaluation du fardeau, comme je l'ai expliqué plusieurs fois, là, je pense que c'est nécessaire...

Mme Massé : De le faire.

M. Forest (Pierre-Gerlier) : ...d'avoir un mandat clair et les ressources pour le faire, encore une fois, si on veut prendre cette approche large et ne pas seulement se concentrer sur les hospitalisations et les frais de santé, mais tenir compte de l'ensemble des coûts.

Mme Massé : Bien sûr. J'ai cru comprendre que, dans votre rôle de vigie, il y a une volonté de continuer de monitorer, là, c'est mon terme à moi, les diverses substances. Est-ce que la décriminalisation de la possession simple serait une façon de pouvoir monitorer mieux?

M. Forest (Pierre-Gerlier) : François, qu'en penses-tu?

M. Gagnon (François) : Ce n'est pas... Généralement, ce n'est pas un objectif, la décriminalisation, en tout cas, pas dans... De mémoire, ce n'est pas dans les pratiques ou ce n'est pas dans les objectifs qu'on a recensés, là. Si on pense aux commissions de dissuasion, au Portugal, ou les pratiques LEADS, là, de type LEADS... Il y avait d'autres types de programmes aussi, là, mais, de mémoire, ce n'est pas... Ça ne m'apparaît pas nécessaire pour faire la vigie puis la surveillance, là. Donc, on a peut-être d'autres outils qui sont déjà déployés partiellement au Québec, là.

Donc, on a un programme d'analyse de substances auquel on participe, là. Jean-Bernard pourra vous en parler un peu plus. Mais, pour savoir un peu plus qu'est-ce qui se produit aussi, qu'est-ce qui se passe au Québec, on a aussi des... dans les services communautaires, il y a des programmes d'analyse de substances, donc, qui ne sont pas dans l'urine, mais donc les participants amènent leurs substances, puis donc, par différentes techniques, on peut essayer de détecter qu'est-ce qu'il y a.

Donc, il y a des limites, mais il y a des développements technologiques quand même assez intéressants, je pense, qui pourraient faciliter la collecte, la distribution, l'harmonisation des substances. Mais donc le lien avec la décriminalisation m'apparaît un peu... un peu distant, mais je pense qu'il y a d'autres façons de faire, puis qu'on pourrait mettre à échelle supérieure, là, pour y arriver. Voilà.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci. Alors, c'est ce qui met fin à cette portion. On termine avec le député de Jean-Talon pour une période de 3 min 18 s.

M. Paradis : Merci beaucoup, Mme la Présidente. Très heureux de prendre la parole, là, dans... sur cet enjeu-là qui est un enjeu transpartisan, en réalité, de santé publique.

Ici, donc, on a un projet de loi qui vise à favoriser les poursuites pour récupérer les sommes investies pour gérer la crise des opioïdes. Vous dites que vous avez des données probantes et que vous continuez le travail. Dans quelle mesure collaborez-vous déjà avec le ministère ou avec les autorités de poursuite du Québec pour contribuer à la constitution de la preuve dans la poursuite? C'est-à-dire, la preuve, maintenant, peut être composée, notamment, de données statistiques. Je ne veux pas d'information confidentielle, mais je voulais simplement que vous nous assuriez que vous êtes déjà en collaboration pour que vos données servent au terme des poursuites.

M. Forest (Pierre-Gerlier) : D'abord, on n'est pas encore à ce stade, mais, de toute façon, c'est clair que le lien entre l'institut et le ministère, c'est un lien quotidien d'information. Tous les jours, entre le ministère et l'institut, il y a des échanges qui portent, justement, sur ce type de question. C'est clair. Donc, on verrait tout à fait comme normal que, quand le gouvernement du Québec va s'engager dans le travail d'évaluation du fardeau, l'institut soit mis à contribution, et le fera avec le sérieux qui est habituellement le sien.

M. Paradis : Très bien. Vous dites aussi que vous avez, bon, les... Vous avez établi, notamment, des données sur les conséquences socioéconomiques ou sociales de la crise des opioïdes. Est-ce que vous avez des recommandations ou vous voyez déjà des lignes qui se dessinent sur ce qu'on pourrait faire avec les sommes qu'on pourrait récupérer au terme de ces poursuites-là? Je sais qu'on a parlé, un peu plus tôt, du fait qu'on n'a pas besoin d'attendre, mais, celles qu'on va récupérer, est-ce que vous voyez... est-ce que vous avez des recommandations là-dessus?

M. Forest (Pierre-Gerlier) : Non. L'institut ne s'est pas engagé dans cette voie-là. Ce serait, je pense, à l'extérieur de notre mandat.

M. Paradis : Très bien. Vous parlez aussi, dans votre mémoire, de pratiques commerciales et médicales discutables. Dans la poursuite qui a été déposée en Colombie-Britannique, en fait, on parle de pratiques trompeuses et fautives de la part des compagnies pharmaceutiques. Là, je parle du mandat relatif à la prévention aussi. Est-ce que vous pensez que l'étude de ce projet de loi, c'est un moment aussi de revoir l'encadrement des relations du gouvernement avec les compagnies pharmaceutiques, compte tenu de ces pratiques que vous décrivez, là, comme discutables?

M. Forest (Pierre-Gerlier) : C'est un moment, en tout cas, de réflexion qui va être nécessaire sur un certain nombre de pratiques. Mais vous devriez poser aussi ces questions-là au Collège des médecins, au Barreau, parce qu'ils sont beaucoup mieux placés que nous pour y répondre. Vous vous imaginez bien que l'institut n'a pas de vocation particulière en matière juridique.

M. Paradis : Très bien.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Il vous restait 20 secondes.

M. Paradis : Bien, il me restait 20 secondes. Je pense que je vais m'arrêter là.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Parfait. Alors, c'était pour les remercier. Alors, je vais ajouter ma voix à celle du député pour vous remercier d'être venus à notre commission, d'avoir... de nous avoir éclairés.

Et je vais suspendre quelques instants, le temps de recevoir notre prochain invité. Merci beaucoup, messieurs. Bonne fin de journée.

(Suspension de la séance à 11 h 36)

(Reprise à 11 h 38)

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! La Commission des relations avec les citoyens reprend ses travaux.

Nous recevons, donc, Dre Marie-Ève Goyer, professeure agrégée de clinique, Département de médecine de famille et médecine d'urgence de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Dre Goyer, bonjour. Bienvenue à la commission. Nous allons, donc, vous laisser une période de 10 minutes pour votre exposé, et par la suite on va procéder à l'échange avec les parlementaires. Alors, le micro est à vous.

Mme Marie-Ève Goyer

Mme Goyer (Marie-Ève) : Très bien. Alors, bonjour, tout le monde. Merci pour cette belle invitation.

Comme vous l'avez compris, moi, je suis avant tout un médecin qui traite la dépendance aux opioïdes. Et excusez-moi à l'avance si j'ai des... (panne de son) ...de l'image. Je suis actuellement au Burundi et j'ai le privilège, justement, de travailler à l'instauration d'un premier projet de traitement de la dépendance aux opioïdes ici, au pays. Alors, je m'excuse à l'avance si jamais il y a des petits bogues. Alors, je ne vous verrai plus. Est-ce que vous pourriez juste me confirmer que vous voyez bien mon écran et que vous le voyez défiler?

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : ...sans problème.

Mme Goyer (Marie-Ève) : Super. Alors, comme je vous disais, je suis la cheffe des programmes spécifiques en dépendance et en itinérance au centre-ville de l'île de Montréal et j'ai... On bénéficie, là, d'un soutien, justement, de fonds publics pour avoir une équipe de soutien clinique et organisationnel pour tous les services qui touchent les personnes aux prises... en dépendance et en itinérance dans le réseau de la santé et des services sociaux. Mais, comme je vous disais, je suis d'abord et avant tout un médecin qui traite la dépendance aux opioïdes depuis presque 20 ans maintenant.

Je souhaitais quand même, et je m'excuse si c'est de la redondance pour vous, porter à votre attention que dans ce projet de loi et derrière le chapeau des opioïdes se cachent beaucoup de détails qui peuvent quand même être importants dans le cadre de l'actuel projet de loi. Les opioïdes, vous le savez comme moi, sont des substances qui peuvent être prescrites mais qui peuvent aussi être générées complètement du marché illicite.

• (11 h 40) •

Vous verrez qu'il y a plusieurs classes différentes, mais ce que je souhaitais porter à votre attention, c'est les éléments qui sont mis en bleu, c'est-à-dire que dans la classe des opioïdes, incluant dans le projet de loi, se cachent deux catégories complètement différentes, des opioïdes qu'on pourrait consommer de façon illicite ou utiliser pour la douleur et le traitement de la dépendance aux opioïdes, que vous voyez en bleu. Le kadian, la buprénorphine et la méthadone sont des traitements pour la dépendance mais sont les mêmes molécules à la base, dans la même famille. Ce sera quand même très important, il me semble, là, dans les nuances à mettre dans le projet de loi.

J'entendais mes collègues de l'INSPQ passer juste avant. Nous avons eu, médicalement... Et, vous voyez, c'est le consortium des trois ordres qui nous a fait un rappel en juin dernier. L'Ordre des pharmaciens, le Collège des médecins et l'Ordre des infirmières nous a rappelé les bonnes pratiques de prescription des opioïdes.

Je souhaite aussi porter à votre attention que toute prescription d'opioïdes n'est pas pareille, par ailleurs. Nous ne souhaiterions surtout pas voir une sous-utilisation en douleur aiguë ou en fin de vie, pour dire quelque chose, surtout pas une sous-utilisation des opioïdes pour traiter la dépendance aux opioïdes. Et, dans des nouvelles procédures qui ont débuté depuis quelques années, où, dans les cliniques, on fait le traitement de la dépendance aux opioïdes, on fait aussi de l'approvisionnement plus sécuritaire.

Là où le bât blesse, c'est la surprescription en douleur chronique des gens, où il y a des prescriptions qui s'étalent sur des années et des années, alors qu'on a très peu d'études qui nous montrent ou qui ont étudié la prescription à très long terme. Donc, c'est vraiment au niveau de la douleur chronique qu'il y a eu beaucoup d'enjeux, beaucoup de surprescription en Amérique du Nord, et avec tous les dommages associés, là, pour lesquels le projet de loi a été fait.

Je souhaite aussi porter à votre attention que la double crise des surdoses d'opioïdes dont on parle sans cesse porte, à ses racines, quand même deux origines assez différentes, mais qui finissent par se rejoindre au milieu. La première, c'est le changement progressif du marché illicite depuis les 10 à 15 dernières années. Nous avons un marché où il y avait soit de l'héroïne assez stable en termes de qualité ou même des produits pharmaceutiques qui ont dérivé vers le marché illicite. C'était encore la belle époque, entre guillemets, c'est-à-dire que les gens consommaient des substances assez stables, peu contaminées, et on voyait beaucoup moins, donc, de surdoses.

Le problème est arrivé quand le marché illicite s'est mis à produire lui-même ses substances, avec le fentanyl, le carfentanil, l'isotonitazène, la xylazine, alouette. Et on a vu, donc, vraiment reculer l'héroïne. À Montréal, on n'a presque plus d'héroïne. Et on a vu de plus en plus des productions, en laboratoire clandestin, contaminées avec de multiples substances, et pas seulement le marché des opioïdes, mais l'ensemble du marché illicite a le potentiel, vous l'avez vu, d'être contaminé avec des opioïdes très, très puissants. Et donc, on va le voir dans quelques secondes, c'est vraiment ce problème-là, actuellement, qui nourrit la crise des surdoses d'opioïdes.

La surprescription, ou la mauvaise prescription, ou le mésusage des opioïdes prescrits a pu contribuer. Il y a quelques années, effectivement, on a vu arriver dans nos bureaux de traitement une nouvelle clientèle qui arrivait via la prescription, et donc qui avait plus de douleurs, plus de comorbidités, plus de maladies concomitantes, et qui n'avait jamais utilisé le marché illicite.

Le danger qu'on voit actuellement... Il y a eu vraiment beaucoup de messages de prévention au niveau des médecins, mais effectivement, ces clientèles-là, une fois qu'elles sont dépendantes aux opioïdes prescrits, si on arrête trop brusquement la prescription, il y a un danger qu'elles aient recours au marché illicite, et on a vu quand même ça à plusieurs endroits, et qu'elles se retrouvent, donc, encore plus en danger que si elles demeurent dans le bureau médical avec un encadrement adéquat.

Donc, je pense que vous devez connaître ces données-là. Vous voyez, le nombre de décès au Canada en 2022 est à plus de 7 000. On est à plus de 38 000 décès depuis 2016. C'est quand même important de mentionner que 77 % des décès en 2023, l'année n'est pas terminée, jusqu'à date, ont impliqué des opioïdes de type non pharmaceutique, dans lesquels on retrouve en très grande fréquence le fentanyl. Et vous voyez que ce pourcentage augmente.

Donc, on n'est pas dans une crise des décès tant que ça, maintenant, liée à la surprescription des opioïdes, bien qu'elle ait pu y contribuer initialement. Mes collègues de l'INSPQ ont dû vous présenter ces données-là pour vous donner une idée. Au Québec, on est à 40 à 50 décès par mois, quand même, par surdose suspectée aux opioïdes et autres drogues. C'est donc, bon an, mal an, 500 quelques décès.

Donc, on est vraiment dans quelque chose de très, très préoccupant. Moi, j'ai commencé à pratiquer, on était à la fin de la crise du VIH, où on voyait nos patients décéder jeunes très régulièrement, et on a vu la fin de ça, et je retombe dans ça. Je vois des patients décéder actuellement à tous les mois, des patients jeunes, en bonne santé, par ailleurs, avec beaucoup d'années de vie devant eux, qui meurent.

Alors, je souhaite terminer en vous... (panne de son) ...des enjeux actuels, et ça pourrait aller dans les recommandations de ce qu'on peut faire avec l'argent qui sera récupéré avec ce projet de loi là. C'est sûr que, pour moi, et je prêche pour ma paroisse, évidemment, il y a une priorité à traiter la dépendance aux opioïdes pour les gens qui le souhaitent. Le traitement de la dépendance est fait, au Québec, majoritairement par des médecins de famille. À l'heure actuelle, on en manque partout. Il y a des listes d'attente partout. Il y a des régions où il y a très peu, sinon aucun accès au traitement de la dépendance aux opioïdes. C'est une urgence qu'on puisse prioriser les équipes, l'accès à des médecins, qui ne seront, donc, pas dans des groupes de médecine familiale, qui seront dans des centres de réadaptation en dépendance pour traiter ces patients-là, mais aussi on doit sensibiliser l'ensemble de la population médicale, et à tous les niveaux, les urgences, les GMF, les centres de réadapt, qu'on puisse avoir accès en temps rapide. Quand quelqu'un a besoin, c'est dans... maintenant qu'il faut qu'on puisse le prendre en charge.

Mais effectivement la sensibilisation sur la surprescription, qu'on a eue au début de la crise, a quand même fonctionné, et ce qui fait que c'est dur, pour la communauté médicale, de dire : Bien, comment est-ce que je me dépatouille

entre ne plus prescrire en douleur chronique mais ne pas arrêter quand quelqu'un est rendu dépendant? Il faut vraiment faire attention au message qu'on nomme actuellement, parce qu'on ne voudrait surtout pas balancer des gens vers le marché illicite, et c'est un peu ce qu'on a vu, comme risque, dans les dernières années.

Il y a aussi une confusion au niveau des compagnies pharmaceutiques. Vous le voyez dans le projet de loi, vous l'avez vu dans ma diapo, tous les opioïdes sont listés sur la même liste, alors qu'ils n'ont pas les mêmes... ils ne sont pas utilisés pour les mêmes raisons. Et donc on voit déjà des compagnies pharmaceutiques devenir un peu frileuses à l'idée de commercialiser des nouveaux opioïdes qui auraient pourtant comme bénéfice le traitement de la dépendance. Donc, cette confusion-là, elle n'est pas juste au niveau des médecins, mais elle est aussi dans les compagnies pharmaceutiques.

Et, bien, comme je vous l'ai montré, je pense, amplement, on est passés la crise de la surprescription. On est dans une crise de contamination jamais vue du marché illicite, spécifiquement des opioïdes. Donc, je pense qu'il faut vraiment... En 2023, à l'heure où on se trouve, je souhaiterais livrer comme message qu'on doit porter notre attention, en plus du projet de loi actuel sur les politiques publiques, sur la criminalisation des drogues, parce que le statu quo, actuellement, est vraiment dangereux. Et vous avez vu les chiffres, là, que je vous ai présentés.

Donc, je m'arrête là-dessus. Si vous avez envie de voir un peu ce qu'on fait avec mon équipe, vous avez l'adresse de notre site Internet, où on rend disponible, pour les équipes cliniques, là, l'ensemble des outils, des meilleures pratiques. Et vous avez mon numéro de... mon courriel, si jamais vous souhaitez avoir plus d'informations.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci beaucoup, Dre Goyer. Très belle présentation. Si vous voulez juste retirer... Parfait. J'allais dire : Si vous voulez retirer votre présentation, on va pouvoir vous voir maintenant. Alors, on commence la période d'échange. Je me tourne du côté du ministre pour une période de 16 min 30 s. Alors, le micro est à vous, M. le ministre.

M. Carmant : Bien, merci beaucoup. Merci beaucoup, Dre Goyer. Toujours un plaisir de vous parler.

On a entendu parler beaucoup de réduction des méfaits, mais je sais que vous avez quand même une pratique plus globale. Qu'est-ce qu'on peut faire, par ailleurs, pour le traitement de la toxicomanie? Tu sais, au niveau de la première ligne, au niveau de la prévention, qu'est-ce que... quels sont les mécanismes à mettre en place, là? Je pense qu'il faut... pour nos... surtout pour nos prochaines générations, là.

Mme Goyer (Marie-Ève) : Oui. C'est une très grande question. Puis vous me donnez combien de temps pour y répondre?

M. Carmant : Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : C'était 15 minutes, mais il y a d'autres questions, j'en suis certaine.

Mme Goyer (Marie-Ève) : Bon, même au Québec, je pense, du fait que la dépendance a été vue, historiquement, voire même organisée, au niveau ministériel, comme un problème social, et évidemment que c'est le cas, loin de moi l'idée de le dire autrement, bien, on est à récupérer un peu les conséquences du fait qu'il n'y a pas eu d'imputabilité du réseau de la santé, dans ses diverses structures, pour prendre soin, dans les meilleures pratiques, de ces patients-là.
• (11 h 50) •

Donc, pour vous donner un comparable, le jour où je suis un médecin à l'urgence et que je reçois quelqu'un avec un diabète, décompensé, qui n'a pas pris ses médicaments ou qui n'a jamais eu accès à ses médicaments, si je lui donnais simplement 10 unités d'insuline et que je le retournais chez lui sans suivi, sans counseling, sans médecin pour faire le suivi adéquat, je perdrais mon permis en deux secondes, et ce seraient les tollés médiatiques. Bien, c'est un peu là où on est au Québec, donc, et pas parce qu'il y a un manque de volonté, mais parce qu'il y a vraiment eu des scissions historiques et des stigmas historiques qui font en sorte que, bien, à l'heure actuelle, quelqu'un qui fait une surdose peut se retrouver dans une urgence, avoir son antidote et partir sans traitement, sans suivi et sans rien.

Ce stigma-là s'est rendu jusqu'aux bancs d'école, c'est-à-dire que moi, je suis sortie des bancs d'école, je ne vous dirai pas en quelle année parce que je vais trahir mon âge, et je n'avais aucune formation en dépendance. Et, à l'heure actuelle, si je ne m'abuse, il n'y a que l'Université de Montréal, au niveau de la Faculté de médecine, qui oblige une formation minimale en dépendance pour tous les médecins omnipraticiens et les psychiatres.

Donc, c'est vous dire à quel point on part de loin et on ne reconnaît pas cette problématique-là comme quelque chose dont on doit s'occuper de façon prioritaire.

M. Carmant : Super. Un des points qu'on a essayé de faire, c'est de faire un peu de prévention au niveau des milieux scolaires, mais, encore une fois, les intervenants des différents organismes communautaires qui se rendent faire cette formation-là nous disent que, quand ils identifient des jeunes qui ont des besoins, le lien est difficile à faire avec la première ligne. Qu'est-ce qu'on peut faire pour améliorer ça?

Mme Goyer (Marie-Ève) : Bien, si vous me donnez une baguette magique, c'est sûr que le levier de première ligne, entre autres, à part les services généraux, c'est les groupes de médecine familiale, dans lesquels on a investi notre infrastructure. Il y a plusieurs jeunes qui sont suivis depuis longtemps. Donc, si on pouvait offrir des services de première ligne et de counseling adéquats par l'ensemble des intervenants qui travaillent dans un GMF, je

pense aux pharmaciens, je pense aux infirmières, je pense aux médecins, aux travailleurs sociaux, voire même avoir des capacités de suivi en première ligne peut-être un peu plus grandes...

Et là est-ce que c'est un suivi de première ligne? Est-ce qu'on utilise des services de la psychiatrie? Mais, disons, pour des cas très, très légers, je pense qu'on devrait investir de façon assez robuste notre première ligne pour qu'elle se sente au moins outillée. Est-ce que les opioïdes chez les jeunes sont un enjeu actuellement? Pas vraiment, mais on pourrait quand même continuer cette réflexion-là en disant : On souhaite quand même... Je pense, par exemple, au cannabis, à l'utilisation de... à la cyberdépendance.

Donc, il se passe quelque chose en termes de non-disponibilité des services en dépendance pour l'ensemble du réseau de la santé. Donc, on pourrait stratifier, effectivement, quel niveau, à quel endroit, et s'assurer que les bonnes pratiques sont en place, pas juste à côté, dans les centres de réadaptation en dépendance, mais que tout le monde se sente imputable à son niveau d'expertise et de prestation de services.

M. Carmant : Je vous parlais de nos jeunes, parce que, ce matin, ici, on a eu des articles qui nous disaient qu'on parlait un peu trop des opioïdes, pas assez des stimulants, le crack, cocaïne, métamphétamine. Dans votre pratique, est-ce que vous... quelle est votre expérience par rapport à ça?

Mme Goyer (Marie-Ève) : Bien, c'est sûr... (panne de son) ...les chiffres sont quand même accablants. Quand je vous ai montré, en termes de décès, ce qu'on voit, c'est vraiment en lien avec les opioïdes. Ne serait-ce que comment la molécule est faite, elle peut induire un arrêt respiratoire, ce que les stimulants ne font pas.

Après, votre question est quand même bonne, dans le sens où, à partir du moment où on se dit que les gens qui produisent les opioïdes et qui les rendent disponibles sur le marché illicite, c'est le marché noir, bien, c'est sûr que la personne qui va produire des stimulants va les produire pas selon les meilleurs standards, avec une hotte stérile. Donc, vous avez un potentiel de contamination de l'ensemble des substances. Et c'est ça qu'on a vu arriver. On a vu arriver des gens qui pensaient consommer du crack et qui ont fait des arrêts respiratoires parce qu'il y avait des opioïdes dedans. Mais, si on veut poursuivre cette idée-là, il y a aussi un potentiel que le crack ne contienne plus de cocaïne et qu'il contienne plein d'autres choses. On a vu... Par exemple, l'INSPQ a fait des rapports, qui datent, sur le fait que la cocaïne était contaminée avec un vermifuge pour animaux. C'est ça, l'enjeu de la contamination du marché illicite.

Donc, oui, nos jeunes... pas juste nos jeunes, tout consommateur qui utilise des drogues sur le marché illicite est actuellement à risque de se trouver avec bien d'autres choses que ce qu'il pense réellement consommer. Donc, maintenant, je radote toujours l'histoire de la roulette russe, mais c'est un peu ça où on est rendus. On ne pensait pas qu'on se rendrait jusqu'à ce niveau-là, mais c'est un phénomène qu'on voit en Ontario, actuellement, très clairement, et en Colombie-Britannique, là, depuis longtemps.

M. Carmant : Ah! bien, merci beaucoup. Je pense, ça nous éclaire beaucoup, ce point-là sur la cause de décès. Mme la Présidente, je passerais la parole à une collègue.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci. Merci beaucoup. La députée de Laviolette—Saint-Maurice m'a demandé la parole. Alors, le micro est à vous. Il reste 10 minutes.

Mme Tardif : Merci. Bonjour. Merci d'être là malgré le décalage horaire aussi. Donc, on est chanceux de vous avoir.

Le ministre a abordé vraiment le fond de ma question. Et vous soulevez des problématiques réelles, des enjeux, et ça contient aussi certaines solutions. Vous parlez, entre autres, du manque de formation, pour les médecins, par rapport aux dépendances. Vous parlez de crise de contamination, qu'on aborde moins, mais dont on est parfaitement conscients, et de la criminalisation des drogues.

Et vous avez aussi soulevé un problème qui a été... et qui est quand même assez choquant, mais vous-même, médecin, vous nommez que les médecins sont parfois à la solde des compagnies pharmaceutiques. Et l'intervenant précédent est allé même plus loin en disant qu'il y avait encore... on pensait que ça n'existait plus, mais qu'il y avait encore des compensations, souvent, que les médecins reçoivent — c'est assez choquant d'entendre ça — pour encourager la distribution de ces produits-là, qui sont peu connus et peu maîtrisés par ces médecins-là. Comment on peut faire, selon vous, pour, au moins, avec les médecins, réussir à avoir une approche qui est plus saine pour les consommateurs?

Mme Goyer (Marie-Ève) : C'est, encore une fois, une grande question. Je pense que le fond, vraiment, si on veut arriver à se sortir de ça, c'est la formation, incluant l'imputabilité des universités. Et donc je pense que non seulement les médecins doivent sortir de l'université avec des bases en dépendance et en douleur chronique, puisque ce sont deux vases communicants, mais que les autres intervenants avec qui ils vont travailler couramment, je pense, entre autres, justement... (panne de son) ...de base avec lesquels on doit sortir des universités. Et je pense que ça aidera aussi beaucoup à diminuer le stigma, parce que ce qui fait en sorte aussi qu'on trouve peu de médecins intéressés au traitement de la dépendance, c'est tout ce qui vient avec la stigmatisation de ces populations-là.

Après, pour répondre un peu plus à votre question concernant les compagnies pharmaceutiques, quand moi, j'ai commencé ma pratique, là, en 2005, c'était pratique courante de voir les compagnies pharmaceutiques dans certains milieux. Et ça s'est beaucoup amélioré. À ma connaissance, et là, vraiment, je... tu sais, ce serait quelque chose qu'il faudrait vérifier, justement, peut-être, avec l'INSPQ, et tout ça, on n'a jamais eu un très grand plaidoyer, au Québec,

des compagnies pharmaceutiques concernant la surprescription en douleur chronique, pas comme on a eu dans le reste du Canada ou aux États-Unis. Puis c'est peut-être même un enjeu de langue qui nous a protégés, en quelque sorte. Mais on voit... On a vu ces pratiques-là, entre autres, dans le domaine du VIH, de l'hépatite C, des paiements de voyages, des choses comme ça. Ça s'est beaucoup amendé dans les dernières années. Peut-être que le ministère peut quand même voir où en sont les réglementations, mais on a vu vraiment les industries, les compagnies pharmaceutiques se remettre au pas. Moi, j'étais étudiante en médecine, ils venaient nous porter des lunchs sur les bancs d'école. C'est vous montrer comment il y avait une pénétration du circuit pharmaceutique.

Alors, tout ça, c'est quand même beaucoup mieux encadré maintenant. Je ne suis pas sûre que c'est là qu'il faut mettre notre énergie, pour répondre à votre question, mais plutôt s'assurer qu'on sort des bancs d'école où on a des formations adéquates, multidisciplinaires pour la douleur chronique et pour la dépendance. Et je pense qu'on va devoir se poser plutôt la question : Comment on fait pour ne pas prescrire des opioïdes en douleur chronique? Comment on fait pour avoir autre chose à offrir? Et là ça vient à la gratuité et à la disponibilité des services de physiothérapie, des services de psychologie, pour qu'on aille ailleurs que dans la médicalisation ou la pharmacopée dans ces... ou, en tout cas, du moins, que ce soit notre dernier recours, alors qu'en ce moment, bien, c'est pas mal notre seul outil.

• (12 heures) •

Mme Tardif : Tellement contente de vous entendre dire ça. Merci.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci. Je reconnais maintenant la députée de Châteauguay. Il reste encore 5 min 19 s.

Mme Gendron : Merci. Bonjour, Dre Goyer. Bien, bien heureuse de vous avoir avec nous ce matin.

J'aimerais aussi faire une petite parenthèse du milieu dentaire. Ce sont des cliniques privées. On reçoit énormément de gens dépendants dans les cliniques dentaires, puis ce n'est jamais très facile à vraiment cerner la douleur. Donc, il y a également beaucoup de prescription qui est faite, ce côté-là. Mais également je pense que le... Au point de vue des pharmaciens, ils veulent quand même bien faire le suivi, mais c'est difficile quand ces consommateurs-là vont dans plusieurs pharmacies. Donc, les dossiers ne suivent pas. Mais je veux juste reconnaître l'enjeu aussi des cliniques dentaires, qui sont devenues une porte aussi pour eux.

Ceci dit, et je sais que vous avez une très grande expérience sur le terrain, j'aurais aimé juste qu'on puisse savoir un peu votre opinion sur trois points que j'aimerais savoir. Le pourcentage, environ, de gens auxquels on prescrit des opioïdes et qui deviennent dépendants, est-ce qu'on a un... une image globale, environ?

Mme Goyer (Marie-Ève) : Je ne suis pas... Je ne serais pas capable de répondre à cette question-là. Vous voulez dire le pourcentage de personnes chez qui on a nous-mêmes induit par notre prescription? Non. On a des chiffres un peu épars, basés sur pas grand-chose... (panne de son) ...à 5 %, mais je ne voudrais pas... (panne de son) ...parce que ça ne me semble pas basé sur les meilleures évidences, là.

Après ça, pour moi, j'aurais envie de vous répondre l'inverse, c'est-à-dire le pourcentage de personnes chez qui on n'aurait pas prescrit d'opioïdes si on avait eu d'autres choses à offrir. Je pense qu'il faut quand même reconnaître, là, puis c'est un... une grosse... C'est lourd, ce que je vais vous dire ici, mais, dans les cabinets, vous connaissez comme moi la pression sur le réseau de la santé, ou dans une urgence, quand on voit un patient, et qu'on a 15 autres patients, et que le patient n'a pas d'assurance privée pour aller en physiothérapie, n'a pas... Donc, il faut, je pense, investir un peu plus sur les approches multidisciplinaires des cas complexes. Et, par «cas complexes», dans le cas présent, j'entends les patients qui ont de la douleur chronique, là, depuis longtemps et les patients qui développent une dépendance ou qui ont une dépendance. On ne peut pas voir ces personnes-là comme on verrait un suivi d'une hypertension chez quelqu'un qui va bien, qui est... qui suit son dossier.

Donc, ça prend des approches multimodales, et là on les a moins, ces approches-là, disponibles. Il y a des vraiment très longues attentes en clinique de la douleur partout au Québec. Ça fait qu'on se retrouve, avec la douleur et la dépendance, avec les mêmes enjeux : très peu de formation en première ligne, très peu de capacité d'aller très, très loin et des listes d'attente très, très longues pour les centres spécialisés.

Mme Gendron : Merci pour votre réponse. J'aimerais aussi savoir : Le traitement de la dépendance arrive à quel moment? Est-ce que quelqu'un, avant de faire une overdose, va nécessairement vouloir avoir un accompagnement ou, souvent, c'est le moment où est-ce que ces gens... le moment où est-ce qu'ils font une overdose, c'est le moment où est-ce qu'ils vont décider d'aller chercher de l'aide?

Mme Goyer (Marie-Ève) : C'est une bonne question. Il y a une myriade de réponses à ça. Donc, il n'y a pas de réponse unique. On voit de tout. C'est sûr que moi, j'ai un biais, dans le sens où je vois une clientèle qui est itinérante au centre-ville de Montréal, mais on voit des gens qui... ou même des médecins qui, précocement, vont reconnaître, avec la personne, vont lui en parler : Je trouve que ça glisse, serais-tu intéressé à ce qu'on... on arrête tes opioïdes prescrits et qu'on aille vers des molécules plus pour le traitement? Donc, on peut y être très précoces, de là l'importance de la formation pour reconnaître.

Il y a des gens qui, rapidement, vont sentir que ça ne va pas, ou des familles, ou des entourages de gens qui, très rapidement, vont dire : On ne le reconnaît pas, ça ne va pas, puis il y a, effectivement, des gens qui vont devoir se rendre jusqu'à un événement, telle la surdose. Mais ça me semble, effectivement, quand on a des événements traumatiques majeurs comme ça, des momentums qu'on ne peut pas se passer, en 2023, d'attraper.

Et ce n'est pas vrai, là, malheureusement, qu'on a les capacités, en 2023, actuellement, dans les urgences du Québec, de débiter des traitements, même quand les gens le demandent. Donc, ça veut dire des gens qui sont en surdose dans une urgence et qui repartent chez eux. Imaginez la dangerosité puis la vulnérabilité, là.

Je porte quand même à votre attention aussi le fait qu'on a une surreprésentation de ces clientèles-là dans les milieux carcéraux aussi. Et on aurait des occasions en or de débiter des traitements, mais, encore une fois, par manque de formation et de médecins, bien, ce n'est pas encore opérationnel dans la très grande majorité des prisons du Québec.

Mme Gendron : OK. Donc, je comprends aussi que la majorité des gens... Il y en a certains qui ne vont pas chercher de l'aide. Donc, j'en conviens aussi qu'il y a... certaines personnes, c'est par manque d'éducation ou de ressources qu'ils... ou qu'ils font le choix, simplement, de ne pas aller chercher de l'aide pour leur dépendance.

Mme Goyer (Marie-Ève) : Oui. En fait, réfléchissez à ça comme une dépendance à l'alcool, qu'on connaît peut-être un peu mieux, qui est plus fréquente dans notre culture, où, bien, il y a des gens qui consomment un peu, ça... ils commencent à prendre des risques, conduire, des fois, en état d'ébriété, d'autres gens qui, très précocement, disent : Moi, j'arrête, je sens que c'est en train de... je suis en train de glisser, et d'autres personnes, qu'on connaît, qui consomment de façon très, très... (panne de son) ...ne vont pas chercher... (panne de son) ...donc, on voit... Comme en alcool, on voit une myriade de présentations.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci beaucoup, Dre Goyer. On vient de terminer une première portion d'échange avec les parlementaires. Je me tourne du côté de l'opposition officielle pour une période de 9 min 54 s.

Mme Prass : Merci. Merci, Dre Goyer, de vous rendre présente de très loin.

Comme vous oeuvrez, justement, dans le CIUSSS, vous êtes cheffe adjointe des programmes spécifiques en dépendance et en itinérance, moi, j'aurai des questions pour vous. Justement, on parle de surreprésentation puis on sait que, parmi la population itinérante, la crise est... est très vivante, très active. On sait que c'est une population que, comme vous avez mentionné... qui, souvent, ne demande pas de l'aide. Ils vivent leur vie. Ils continuent dans leur situation. Qu'est-ce que vous voyez, compte tenu de votre position, qui pourrait se faire pour vraiment adresser cet enjeu-là ou, à... ou, à tout le moins, accompagner cette population-là avant de se rendre à l'étape des surdoses?

Mme Goyer (Marie-Ève) : Oui. Ça aussi, c'est une très grande question. Je pense que se cachent dans la dépendance aux opioïdes deux choses qui sont les racines qu'on devrait regarder. La première, on en a parlé un peu, c'est la stigmatisation, le fait qu'on a des personnes ultravulnérables, avec des conditions de santé physique, santé mentale et sociales de loin plus précaires que la majorité de la population, mais qui reçoit très, très peu de services. Donc, dans... Je pense que, dans une perspective d'équité, il faut se poser la question : Est-ce qu'on est prêts à mettre nos ressources là où il y a les plus grandes vulnérabilités puis les plus grandes souffrances, dans une population qui n'est pas, peut-être, la plus... la mieux bien vue au niveau de l'opinion publique? Ça, ça s'appelle la stigmatisation.

L'autre chose, c'est qu'il faut faire attention à tout mettre sur le dos de la dépendance aux opioïdes. Ce que je veux dire par là, c'est que, quand vous me parlez, par exemple, du centre-ville et de la population itinérante, on est dans les inégalités sociales de santé et les déterminants sociaux de la santé. Donc, oui, il y a des choses qui appartiennent à la consommation, mais, au centre-ville, il y a beaucoup de choses qui appartiennent à la pauvreté, il y a beaucoup de choses qui appartiennent à l'accès au logement. Et, bien, entre vous et moi, mes patients, à l'heure actuelle, sur l'aide sociale, quand ils ne sont pas capables de travailler, ils gagnent en moyenne 780 \$ par mois à Montréal. Donc, je ne sais pas si vous savez combien ça coûte, un logement à Montréal, mais on se retrouve dans une boucle infernale où les gens doivent essayer plusieurs mesures pour réussir à compenser la pauvreté, incluant les larcins, la criminalité, le travail du sexe. Pour survivre à ce que ça fait vivre, bien, on... Puis on peut intégrer de la consommation, et là vous êtes dans un spectre sans fin.

Donc, je n'ai peut-être pas réponse facile à votre question, mais, certainement, peut-être, pour moi, de changer l'optique et de se dire : On va... on va lutter robustement à la pauvreté et au niveau de l'accès au logement. Déjà, on aurait fait des... C'est très difficile d'arrêter de consommer. Si on n'a pas de toit sur la tête, ne serait-ce que de subir des symptômes de sevrage d'opioïdes dans la rue, c'est... tu sais, ce n'est pas... ce n'est pas simple, là, pour personne. Donc, je pense que personne ne veut ça. Ça les met dans une... un très, très grand état de vulnérabilité physique et de... et mentale.

Après, quand même, là, pour répondre un peu plus précisément, on a des modalités qui existent, qui fonctionnent, où on peut, par exemple, déployer des services dans la communauté, dans les organismes communautaires, faire des liens, entre les organismes communautaires et le réseau de la santé, plus forts. Mais, encore là, on va être dans un enjeu d'allocation des ressources dans un contexte où le réseau de la santé, vous le savez mieux que moi, est fini... (panne de son) ... et puis... dans le sens où il y a une finitude. Il n'est pas... il n'est pas décédé. Mais il faut choisir où est-ce qu'on met nos investissements. On manque d'infirmières partout. On manque de docteurs partout. Est-ce qu'on est vraiment prêts, comme ministère ou comme population, à mettre des investissements puis la lumière là où il y a les populations les plus vulnérables, tu sais?

• (12 h 10) •

Mme Prass : Donc, si je comprends bien, vous êtes d'avis que, s'il y avait plus de moyens de la part du gouvernement pour des programmes sociaux, que ce soit... qu'on s'assure du logement... Parce que, là, on sait que la cause première pour laquelle... les raisons... les... excusez-moi, la raison pour laquelle les gens se retrouvent en situation d'itinérance, c'est les expulsions de logement. Donc, j'imagine que, tu sais... Puis ça, comme vous dites, ça devient

un petit peu un cercle vicieux. Tout ça fait en sorte que les gens se retrouvent dans la rue en situation de pauvreté, santé mentale, opioïdes, etc. Donc, d'après vous, s'il y avait plus de soutien de la part du gouvernement pour ce qui... tout ce qui est logement puis lutte contre la pauvreté, donc, ce serait un problème qui serait moins répandu.

Mme Goyer (Marie-Ève) : C'est difficile pour moi de répondre avec certitude, mais on sait quand même qu'à la base de la dépendance se retrouve... Les personnes qui sont des professionnels de la santé, les pharmaciens, les médecins qui consomment, bien, personne n'en entend parler, parce que, bien, les moyens suivent, et les personnes sont... ont de l'entourage, sont capables d'aller chercher les services dont ils ont besoin. Donc, ils ont... ils ont le filet social autour d'eux qui permet de ne pas avoir toutes les conséquences qui viennent avec. Donc, oui, pour répondre à votre question, je pense que de viser la pauvreté et le logement, c'est une chose.

L'autre chose qu'il faut reconnaître, c'est que la grande dépendance dont on parle actuellement, là, moi, c'est... c'est dans ces clientèles-là que je travaille depuis le début de ma pratique, ça vient avec des histoires d'enfance hypertraumatiques, des ruptures de lien, des traumas réguliers. Donc, bien sûr, il y aura probablement quelque chose à faire au niveau de la petite enfance, de la sécurité de la petite enfance pour que... on revient, tantôt, à ce qu'on disait au niveau de la prévention, qu'on évite, au niveau de ce qu'on fait, justement, au niveau de... des foyers de groupe, de la prévention, de la protection de la jeunesse, comment on soutient ces enfants-là pour éviter de créer des nouvelles personnes qui vont avoir des traumas majeurs qui vont... qui vont être soulagés par la dépendance aux substances.

Mme Prass : Puis, pour faire du pouce sur ce que vous dites, moi, je parle beaucoup... à beaucoup d'organismes qui oeuvrent dans l'itinérance, puis ce qu'ils nous disent, c'est le trauma, le trauma de la personne, souvent, qui fait en sorte qu'ils vont se retrouver dans cette situation-là, et que donc, souvent, que ce soit une dépendance à l'alcool ou aux drogues, ça vient d'un enjeu de santé mentale qu'on essaie... qu'on... auquel on ne veut pas faire face. Donc, aussi, dans le même sens que la dernière question, pensez-vous que, s'il y avait plus de services en santé mentale, justement... Puis là vous dites, vous avez raison, d'aller rejoindre les personnes quand ils sont jeunes, mais, en général, d'avoir plus de ressources pour que, justement, les personnes puissent avoir des thérapies, des services pour vraiment aller à la racine de leurs enjeux plutôt que d'avoir une dépendance pour couvrir leurs traumas, pensez-vous que ça aurait un impact positif?

Mme Goyer (Marie-Ève) : Encore une fois, c'est... c'est des grandes questions. C'est sûr que mon expérience de la dépendance est une expérience de multitrauma, et où la dépendance pour soulager le trauma vient en engendrer d'autres sans le vouloir. Et là le travail du sexe embarque, et, bon, c'est... on est dans un autre cercle vicieux. C'est sûr que de l'accès à des services de santé mentale ou de soutien psychologique, c'est toujours une bonne idée. Encore faut-il qu'ils soient adaptés à la lourdeur, à la complexité de certaines personnes... (panne de son) ...de la mobilité. Bien, on rejoint les personnes itinérantes là où ils sont. Donc, ça va prendre des initiatives très bas seuil, très souples, très adaptées.

Mais on dirait que j'ai quand même envie de rajouter qu'il se passe quelque chose, au niveau du trauma, qui se fait dans l'enfance, qu'il va falloir qu'on regarde, dans les écoles, comment... dans les familles, dans l'enseignement. Il y a quelque chose au niveau plus de... dans l'éducation, où on va devoir, je pense, là... Puis c'est un peu philosophique, ce que je vous dis là, ça dépasse le champ de mes compétences, mais c'est quand même ce qu'on voit. C'est qu'on voit que ça se passe en très jeune âge, dans des familles qui sont dysfonctionnelles, qui n'ont pas eu l'éducation et le soutien pour bien prendre soin de leurs enfants, et que ça brise des enfants, qui vont utiliser des substances par la suite pour se soulager. Alors, il y a quelque chose là — est-ce que c'est l'école, est-ce que c'est la direction de la protection de la... ou est-ce que c'est très tôt, très précocement? — dans comment on apprend aux gens à survivre à ça, à se déployer, à être bien dans la vie. Tu sais, c'est une grande question qui... Pour moi, quand on est rendus en santé mentale, on est presque trop loin, dans le sens où on souhaiterait, même, se... toucher les gens avant ça. Mais ça, c'est une très grande réflexion sociétale, là, dont on parle, là.

Mme Prass : Parfait. Et là votre... dans votre mémoire, vous faites mention de... d'un manque d'accès aux traitements de la dépendance... de la dépendance aux opioïdes. Une des choses qu'on a entendues aujourd'hui, c'est, justement, avec l'argent qui va être récupéré dans le recours collectif, qu'on voudrait voir un réinvestissement de certains fonds, justement, pour tout ce qui est prévention, tout ce qui est traitement. Avec votre analyse qu'il y a un manque d'accès aux traitements, qu'est-ce que vous... où est-ce que vous pensez que l'argent serait le plus utile pour, justement, adresser cet enjeu-là?

Mme Goyer (Marie-Ève) : Oui. Il y a... il y a un double problème dans ce que... quand on parle de manque d'accès, c'est-à-dire que, bien sûr, l'argent pour déployer des traitements, soutenir les organisations communautaires qui vont voir les patients, les amener en traitement, les soutenir, c'est toujours des bonnes idées, mais il va y avoir quelque chose aussi, au niveau du manque de ressources humaines, qu'il va falloir regarder. Donc, je ne sais pas si l'argent est une réponse là, mais, en tout cas, je souhaite quand même le dire, il va falloir qu'on voie si on est prêts à prioriser, financièrement et au niveau des ressources humaines, l'accès à ces traitements-là. Après...

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci, Dre Goyer. C'est une courte... peu de temps pour cette question, mais on va terminer... on va quand même terminer notre ronde d'échange, cette fois-ci, avec la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne... Non, je m'excuse, j'ai mélangé votre circonscription.

Mme Massé : C'est Sainte-Marie—Saint-Jacques.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Alors, Sainte-Marie—Sainte-Anne... voyons, Sainte-Marie—Saint-Jacques.

Mme Massé : Ça va venir.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : La période est à vous pour 3 min 18 s.

Mme Massé : Oui. Bonjour. Pour mon trois minutes, bien, voulez-vous terminer la réponse que vous étiez en train de donner?

Mme Goyer (Marie-Ève) : Bien, il existe quand même plusieurs choses qu'on peut faire, en dépendance, qui ne sont pas pleinement déployées, là, au Québec, qui nécessiteraient des investissements. Rendre la naloxone disponible partout dans les écoles, faire de l'enseignement dans les urgences, dans les cabinets, partout là où ce serait pertinent, je pense que ça... c'est quelque chose de base. Vous avez, je pense, abordé le concept de la... du «drug checking», là, je m'excuse, le terme français m'échappe, mais les machines qui permettent aux gens de voir...

Je pense que, plus largement, au Québec, on devrait se doter d'un système de monitoring de... des substances en circulation pour qu'on puisse aviser la population en temps opportun. Moi, je rêve du moment où on aura le système comme on avait en COVID. À chaque jour, on a un pop-up sur notre téléphone qui nous dit : 40 décès par COVID, voici où est-ce qu'ils sont. Pourquoi ne pas faire ça avec les substances, dans le contexte épidémiologique, actuellement?

Donc, je pense qu'il y aurait des choses qu'on voit ailleurs, dans d'autres pays, qu'on pourrait implanter, là, assez rapidement au niveau financier.

Mme Massé : Merci. Dans le même sens, comment on pourrait aller de l'avant avec un approvisionnement plus sécuritaire? Tu sais, qu'est-ce... qu'est-ce qu'on pourrait faire?

Mme Goyer (Marie-Ève) : Bien, deux choses que je pense que... que j'ai envie de dire. La première, c'est que le premier pas avant, peut-être même, de rendre disponibles des substances plus sécuritaires, c'est la décriminalisation, dans le sens où, actuellement, on perpétue les cercles vicieux que j'ai nommés tout à l'heure avec la criminalisation des personnes qui consomment, qui vont se retrouver en prison, qui vont perdre leurs logements en prison, qui vont sortir de prison sans médicament, sans traitement, donc, il faut qu'on... et qui vont consommer, qui vont se cacher pour consommer, qui vont faire une surdose, seules. Donc... (panne de son) ...premier pas qui est... (panne de son) ...qui ne va pas tout régler, qu'il va falloir bien regarder, mais je pense qu'on... Il faut qu'on enlève au moins cette lourdeur-là sur le dos des personnes qui consomment pour leur dire : Maintenant, ce n'est plus un problème de criminalité, c'est un problème de santé puis c'est un problème de santé publique, vous êtes bienvenus chez nous, si vous voulez de l'aide, on est là, vous n'êtes plus obligés de vous cacher, vous n'êtes plus obligés de vous sentir mal. Et lancer un message fort au réseau et à la population : C'est votre rôle de vous occuper de ces gens-là, ce ne sont pas des criminels, ce sont des gens qui ont besoin de votre soutien, s'ils sont rendus là dans...

Bon, ça ne répond pas tout à fait à votre... à votre question. Pour le volet de l'approvisionnement plus sécuritaire, là, ou le «safer supply», je ne veux pas lancer une bombe, mais je pense quand même qu'on a des belles leçons apprises de la légalisation du cannabis au Canada, qui nous a montré que ça permettait à des gens de faire des choix éclairés quant à leur consommation, chose qu'on fait avec l'alcool aussi. Les gens sont maintenant capables de prédire exactement ce qui marche pour eux ou ce qui ne marche pas pour eux, de décider de leur ratio CBD-THC, d'avoir le counseling nécessaire et, pour... puis ça revient à ce que vous disiez tout à l'heure, que les fonds de la vente de cannabis ne soient plus dans le marché illicite mais bien dans les coffres de l'État.

• (12 h 20) •

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci, Dre Goyer. Alors, on va terminer cette ronde avec le député de... de Jean-Talon — je l'ai eu — pour une période de 3 min 18 s. La parole est à vous.

M. Paradis : Non. Puis là il n'y a pas de Saint-Jean-Talon. Merci beaucoup d'être avec nous du Burundi, madame.

J'aimerais vous ramener... Vous nous avez parlé de crise de contamination. Et là je ne vous amène pas sur le point juridique, je vous amène sur le point scientifique. Je comprends que les opioïdes existent depuis longtemps, mais que le gros changement est arrivé en 1996, quand Purdue a commercialisé sa... son fameux médicament qui, par la couverture du cachet, là, permettait à l'opioïde de... d'avoir un effet beaucoup plus longtemps et moins... moins grave. Mais je... Dans les poursuites, on allègue que les compagnies pharmaceutiques savaient que les cachets, les pilules étaient donc facilement altérables, et là que l'effet, évidemment, pouvait être très rapide. Et c'est là que, notamment, on peut mélanger les opioïdes avec d'autres médicaments. Est-ce que, donc, scientifiquement, le fait qu'aujourd'hui on continue à subir ces effets-là, qu'on est dans une crise de la contamination, c'est lié aussi à cette... à cette pratique commerciale des compagnies pharmaceutiques, qu'ils savaient que c'était possible de faire ça?

Mme Goyer (Marie-Ève) : Oui. Je ne sais pas si je suis capable de répondre entièrement à votre question. Ce que je suis capable de vous dire, c'est qu'en poussant les médecins à la surprescription, même dans des cas où ils

n'auraient pas dû, en négligeant les données qui s'accumulaient, de risque de dépendance, on a longtemps eu comme message, au niveau médical : Si la personne a vraiment de la douleur, elle ne deviendra jamais dépendante, ce qui est absolument faux. Mais ce message-là a été véhiculé.

Donc, avec ça, ce qui est arrivé, c'est qu'on a créé une nouvelle cohorte ou une nouvelle génération de personnes dépendantes aux opioïdes. Ça n'a pas créé la contamination. Ça a créé des nouvelles personnes qui, à partir du moment où elles n'ont plus accès aux opioïdes prescrits, soit parce que, le médecin, ça commence à déraper, bon, doivent se retourner vers autre chose. Et donc on a créé un bassin de consommateurs potentiels du marché illicite, point.

Concomitamment à ça, le marché illicite a bougé à travers les années. Et ça, ça n'a pas tant de lien. J'oserais même dire... Puis là je ne veux pas créer de tollé, mais j'oserais même dire : Tant que c'étaient des opioïdes pharmaceutiques prescrits qui étaient... (panne de son) ...parce que c'étaient des opioïdes connus, non contaminés, la dose était constante. Quelqu'un qui disait : Moi, quand je prends cinq milligrammes de morphine, c'est mon effet, prenait cinq milligrammes de morphine et avait son effet. Il ne prenait pas, en plus, du Viagra, de la caféine, et du vermifuge, et du fentanyl sans le savoir. Donc, tant qu'on a eu ce marché-là, ça tenait encore la route.

C'est à partir du moment où le marché s'est mis à... Entre autres, en COVID, quand les frontières ont fermé, on a eu des producteurs qui ont commencé eux-mêmes à créer des opioïdes qui sont inexistantes. Même pour moi, je ne peux pas les prescrire maintenant. Ça inclut même des benzodiazépines. Et donc ils ont... se sont mis à créer des substances hypertoxiques, hyperpuissantes et à rentrer dans un même comprimé, qu'on déguise sous le nom de Dilaudid, pour dire quelque chose, plein de choses qui vont bien au-delà des opioïdes. Donc, ce n'est pas... Voyez-vous, ce n'est pas tout à fait la même chose, mais on a créé un bassin de consommateurs pour ce marché-là.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci beaucoup, Dre Goyer, pour votre apport à nos travaux. Et, étant donné qu'on voit le soleil se coucher dans votre coin, alors, je vous souhaite une bonne soirée.

Et, pour nous ici, je vais suspendre les travaux jusqu'à 16 heures... 16 h 05. Merci beaucoup. Bon dîner à tous.

(Suspension de la séance à 12 h 24)

(Reprise à 16 h 06)

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : À l'ordre, s'il vous plaît! La Commission des relations avec les citoyens reprend donc ses travaux.

Nous poursuivons les consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 36, Loi sur le recouvrement du coût des soins de santé et des dommages-intérêts liés aux opioïdes.

Alors, cet après-midi, nous avons la représentante de Spectre de la rue, Mme Alexandra Pontbriand, directrice adjointe. Bienvenue, Mme Pontbriand. Alors, vous allez bénéficier d'une période de 10 minutes pour présenter les grandes lignes de votre mémoire, et ensuite nous allons pouvoir échanger avec les parlementaires. Alors, le temps débute maintenant. Le micro est à vous.

Spectre de rue

Mme Pontbriand (Alexandra) : Bonjour. Merci beaucoup. Merci de l'invitation. Étant donné les brefs délais de l'invitation, on n'a pas pu préparer un mémoire, mais on tenait à participer à la séance aujourd'hui surtout pour répondre à vos questions.

Donc, je vais faire une présentation assez brève de Spectre de rue, particulièrement, là, sur notre service de consommation supervisée, qui... Bien que tout l'organisme travaille, là, avec des personnes qui consomment des opioïdes, je pense que c'est vraiment ce service-là qui est au coeur du sujet, là, d'aujourd'hui.

Donc, Spectre de rue, c'est un organisme de Montréal, dans Centre-Sud. C'est un organisme en réduction des méfaits qui travaille à faire la prévention des ITSS, et des infections VIH, VHC, et des surdoses depuis plus de 30 ans. Ça fait déjà cinq ans... ça fait six ans, cette année, qu'on a un service de consommation supervisée dans les lieux. Donc, les gens peuvent venir consommer des substances de manière légale à l'intérieur de Spectre de rue, et on a du personnel, autant infirmier que des intervenants psychosociaux, qui peuvent répondre puis faire la prévention des surdoses mais aussi intervenir en cas de surdose, et donc sauver la vie de la personne qui est en surdose.

L'année dernière, c'est presque 400 personnes différentes qui ont utilisé les services de la salle de consommation supervisée. C'est à peu près 9 000 visites par année, donc, 400 personnes qui reviennent, là, 9 000 fois, et c'est à peu près... Dans les dernières semaines, on va compter à peu près deux surdoses par semaine, ce qui n'était vraiment pas les statistiques qu'on avait à l'ouverture, il y a cinq ans.

On est beaucoup plus en intervention maintenant, des interventions qui sont plus longues, donc qui demandent plus de ressources mais aussi plus de temps. Et de la proximité de nos services... C'est une salle qui est très petite. Ça fait en sorte qu'on doit fermer le service, le temps de la surdose, de l'intervention, ça fait que les personnes ne peuvent pas avoir accès à ce service-là pendant ce temps-là aussi.

Lorsqu'il y a des surdoses, c'est sûr que nous, on a des protocoles de toujours appeler les services ambulanciers. Ça fait qu'il y a à peu près, en moyenne, quatre fois les ambulances qui viennent à Spectre de rue par semaine. Des fois, c'est beaucoup plus, des fois, c'est beaucoup moins, mais c'est des intervenants qu'on a besoin d'appeler pour

pouvoir faire notre travail. Des fois aussi, ça va être des intervenants plus de justice, donc la police, mais là, pour rester en santé, on a beaucoup besoin, là, du personnel ambulancier pour nous épauler.

On a aussi créé un service de télémédecine. Donc, les gens qui viennent à Spectre de rue peuvent voir une équipe spécialisée pour commencer des traitements de substitution à leur consommation d'opioïdes. C'est 80 consultations de télémédecine par année, à peu près, pour que les gens puissent avoir accès à ce traitement-là, donc, rencontre du personnel médical également pour tenter de substituer une consommation à une autre ou complètement d'arrêter leur consommation.

On essaie aussi de créer des corridors de services avec le personnel de la santé pour avoir des infirmières dans l'espace public, également des infirmières plus présentes aussi dans les services de consommation.

Puis, bien, j'imagine que vous le savez, mais tout le matériel qu'on donne, donc, les seringues, les tubes pour fumer par... bien, pour consommer par inhalation, tout ce matériel-là est également fourni par la Santé publique. Puis nous, on n'a pas de limite, là, de distribution, d'où la... bien, la mission et la prévention des ITSS, donc, on n'a pas de limite de matériel de consommation ou de protection qui sont distribués. Donc, ça aussi, pour nous, c'est quand même une grosse partie de notre travail, parce qu'on distribue énormément de matériel par nos services.

Donc, je vais m'arrêter là. Je vais plus répondre à vos questions, si vous en avez, puis... Voilà. Merci.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci beaucoup. C'est sûr qu'il va y avoir des questions. Je vais juste me permettre de souligner tout le travail que vous faites. C'est important, ce que vous faites, et, moi, ça me touche beaucoup.

Mme Pontbriand (Alexandra) : Merci.

• (16 h 10) •

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Alors, on va commencer, donc, la période d'échange avec les parlementaires. Je me tourne du côté de la banquette gouvernementale, avec le ministre. Et vous avez une période de 16 min 30 s. M. le ministre.

M. Carmant : Oui. Merci beaucoup, Mme Pontbriand, pour votre travail. J'ai eu la chance de venir visiter Spectre de rue cet été, quand on a fait l'annonce des fonds supplémentaires. L'enjeu, c'est : Qu'est-ce qu'on a besoin pour aider votre clientèle encore plus et renverser la tendance, là, quand on parle de consommation et de risque de surdose?

Mme Pontbriand (Alexandra) : Bien, c'est sûr qu'il y a quand même plusieurs choses qui peuvent être faites. Je pense que la première chose pourrait être de faciliter l'accès à des traitements de substitution ou à du... qu'on appelle le «safe supply». C'est de l'approvisionnement sécuritaire. Donc, ça fait en sorte que les gens ont accès à leurs produits de choix, qui est vraiment un élément important pour les personnes qui consomment. Ce n'est pas parce qu'une personne consomme, par exemple, de la morphine qu'il va être facile pour lui de changer de médicament puis d'aller utiliser une autre molécule. Ça fait que, souvent, ce qu'on voit... Et c'est sûr que ça a été facilité au début de la COVID, puis, en temps de COVID, l'approvisionnement sécuritaire a été facilité, mais ce que les personnes nous disaient, en fait, c'est qu'eux consommaient de l'héroïne et ont reçu des 10 lots de prescription. Ce que ça faisait... Ça faisait en sorte que les gens n'avaient pas leur consommation de choix. Après ça, les gens nous disaient : Bien, moi, pour avoir de l'héroïne, ce que je faisais, je prenais mes 10 lots, j'allais les vendre dans la rue. Ça fait que, là, on vient approvisionner le marché illégal en substances légales pour que les consommateurs aient leurs produits de choix. C'est vraiment quelque chose qui est important pour eux parce que ça peut aider aussi.

Toute l'injection, toute la consommation, c'est vraiment quelque chose de routinier pour les personnes. Ça fait que, quand on essaie de changer des petits, petits, petits éléments de l'injection sécuritaire, juste de se désinfecter avant d'aller s'injecter, c'est quelque chose qui est vraiment difficile. Ça fait que, quand on essaie d'aider une personne, mais qu'on ne lui donne pas son produit de choix, je pense que ça peut être vraiment dommageable, autant pour les gens qui vont avoir accès à la consommation dans la rue... Puis, la personne, bien, est-ce qu'elle va se procurer de l'héroïne légale? Probablement pas. Est-ce que ça va la rendre plus à risque de faire une surdose? Probablement. Donc, je pense que ça, c'est un élément quand même clé dans l'approvisionnement sécuritaire, d'écouter les personnes.

Puis il y a des médecins à qui on parle, dont, je pense, Marie-Eve Goyer, qui était là ce matin avec vous... Elle dit souvent qu'elle voit les personnes arriver dans son bureau, qui consomment des doses complètement hors de l'ordinaire, puis elle, justement, pour répondre à leur confort, elle va prescrire quelque chose qui se veut à la hauteur de ce que la personne demande. Puis ses collègues dans le milieu médical lui disent : Mais qu'est-ce que tu fais là, c'est complètement, tu sais, épouvantable de prescrire ça. Mais la personne ne sera pas confortable, donc, nécessairement, elle va aller chercher à l'être. Ça fait qu'elle va utiliser les moyens qu'il y a en ce moment, par exemple, le vol, taxer, peu importe, pour répondre à ça, à cette demande-là de produit de choix.

Ça fait que, si on veut faire de l'approvisionnement sécuritaire, je pense qu'il faut vraiment répondre à cette demande-là puis peut-être... là, je ne suis pas médecin, mais d'aller voir peut-être autour des protocoles médicaux des médecins, comment on fait pour répondre à cette demande-là pour que les gens aient ce qu'ils ont de besoin, même si, selon nous, ce n'est pas la bonne...

M. Carmant : Absolument. Puis elle nous a parlé d'impliquer un peu plus les médecins ce matin, effectivement. Puis, moi, ce que la Santé publique me parle souvent, c'est l'aspect inhalation. Vous, vous faites juste de l'injection. C'est ça? Qu'est-ce que vous en dites, des besoins en sites d'inhalation supervisée?

Mme Pontbriand (Alexandra) : Bien, effectivement, les quatre services de consommation à Montréal n'ont que de la consommation par injection. C'est sûr que quelqu'un pourrait snifer une substance, dans le sens que la consommation... C'est pour ça qu'on appelle ça les services de conso et non les services d'injection, parce qu'on veut aller vers une consommation qui est multiple. Mais, pour l'instant, c'est vraiment un problème, en fait, de ne pas avoir de salle de consommation par inhalation, particulièrement dans le centre-ville. C'est un endroit qui... Tu sais, historiquement, il y a toujours eu beaucoup de consommation par inhalation. Nous, à Spectre de rue, on est à côté du Village, le Village, qui est connu aussi pour avoir une très grande consommation de crystal meth, donc, par inhalation. Ça fait en sorte qu'on manque vraiment toute une partie de la population qui est visée par la mission de prévention des surdoses. Ils ne peuvent pas venir chez nous pour se sentir en sécurité de leur consommation, puis c'est vraiment ça qu'on veut faire.

Après ça, on a des services de vérification de substances maintenant. Donc, les gens pourraient venir vérifier, faire vérifier leur substance pour voir qu'est-ce qu'elle contient, qui est un moyen, justement, de faire de la prévention ITSS, des surdoses, et tout, mais, après ça, il nous manque vraiment ce levier supplémentaire là d'accueil sécuritaire pour les gens qui consomment, de manière générale.

Donc, pour l'inhalation, c'est vraiment... on est en retard au Québec, on est en retard à Montréal. Je pense qu'on aurait besoin d'aide, en fait, pour pouvoir accélérer ce processus-là, autant pour, tu sais, des enjeux, tu sais, qui sont superlocals, tu sais, des règlements d'urbanisme, dans Ville-Marie, par exemple, qui va être un enjeu, mais aussi pour l'acceptabilité sociale. Vous le savez, qu'est-ce qui se passe dans Saint-Henri. C'est vraiment difficile, mais c'est vraiment des services qui ont prouvé leur efficacité, qui ont prouvé leur volonté d'être puis qui ont même montré que la criminalité dans un rayon de 250 mètres des sites de consommation est moindre que dans le reste du quartier.

Ça fait qu'on a des données de santé, on a des données judiciaires. Tu sais, je pense qu'on est vraiment, là... C'est le moment de dire que... Malheureusement, c'est ça que ça prend pour répondre à cette crise-là. Puis c'est des moyens qui sont accessibles. C'est des installations qui existent. C'est des installations qui... tu sais, qui demandent juste quelques «tune-ups» faciles à faire. Ça fait qu'on est vraiment là en ce moment.

Puis on pourrait vraiment mieux répondre à la crise des surdoses parce qu'on sait maintenant que les produits sont contaminés. On a vu les neuf personnes autochtones qui ont fait une surdose en même temps, qui étaient... qui avaient de la consommation contaminée. Donc, heureusement, ils étaient dans un service d'hébergement, contrevenaient quand même au règlement, mais ils étaient à l'intérieur. Ils étaient avec des personnes qui étaient formées pour répondre à la surdose.

Donc, ça, c'est bien, mais qu'est-ce qu'on fait avec toutes les autres personnes qu'on échappe dans l'espace public, qui créent des enjeux de cohabitation aussi? Ça fait qu'on... En fait, en ouvrant ces services-là, on répond à tout le monde, je crois.

M. Carmant : Bien, moi, je tends vers ce que vous dites également, mais il y a vraiment une inquiétude par rapport à la cohabitation. Vous, comment vous... Tu sais, Spectre de rue, on en entend quand même peu parler, là, à ce sujet-là. Qu'est-ce que vous faites de bien et qu'est-ce que vous nous suggérez pour les autres, les autres sites?

Mme Pontbriand (Alexandra) : Bien, je suis vraiment contente de pouvoir vous le dire de vive voix, là. J'ai l'impression aussi d'être dans un «one-on-one» avec vous en ce moment.

M. Carmant : Ah! il y en a une couple qui vous écoutent.

Mme Pontbriand (Alexandra) : Bien, à Spectre de rue, on a effectivement eu des enjeux à l'ouverture de la salle d'injection. On est le seul service qui a ouvert six mois plus tard, presque, que les autres parce qu'il y avait un gros enjeu de cohabitation. Il y avait un groupe de parents et de commerçants qui étaient vraiment en défaveur de l'ouverture, qui ont réussi à faire retarder l'ouverture. Donc, nous, on est nés en novembre 2017, comparativement à juin 2017 de nos collègues. Il y a eu un comité bon voisinage qui a été mis en place. Il y avait des personnes de la Santé publique, de la justice, tu sais, le SPVM, le poste de quartier. Tout le monde était là avec... Parce qu'effectivement on a une école à moins de 250 mètres de notre salle de consommation supervisée. Ça fait qu'on a vraiment mis les choses en place pour sécuriser le corridor scolaire, pour pouvoir, tu sais, respecter l'environnement autour.

A ce jour, aucun événement majeur et aucun événement avec des enfants n'est arrivé, à Spectre de rue, avec des consommateurs puis les gens dans l'espace public. Il n'y a rien de majeur qui est arrivé. Effectivement, il y a eu des vols dans les commerces avoisinants. Il y avait déjà des vols dans les commerces avoisinants. Il y a eu des plaintes qui ont été faites au service de police pour des gens qui venaient dans les commerces faire du saccage. Les personnes ont été retrouvées, ont été identifiées et arrêtées. Ce n'est pas des personnes qui consomment. C'est des personnes qui avaient des enjeux de santé mentale. Le comité bon voisinage n'existe plus parce qu'il n'y a pas de demande du voisinage. Nous, on va en partir un, on va faire des rencontres sans... on va les faire demain matin si c'est ça qui est nécessaire. On n'a pas de demande pour réouvrir ce comité-là.

Ça fait que, pour nous, c'est une réussite, en fait. C'est de dire que les efforts qu'on a mis pour l'espace... dans l'espace public pour notre voisinage fonctionnent. On est en lien très proche avec les commerçants qui sont autour, également avec l'école. S'il y a quelque chose, on est... on va vraiment intervenir rapidement pour remédier à la situation, pour que tout le monde puisse recevoir les services dont ils ont besoin, autant les services d'éducation que les services de santé qu'ils reçoivent à Spectre de rue. Ça fait que ce qu'on fait de bien, en fait, c'est que... c'est qu'on a un beau record de zéro pour ces événements-là. Puis on n'a pas de comité bon voisinage parce qu'on juge... bien, en fait, le voisinage juge que ce n'est pas nécessaire. Il ne nous interpelle pas.

M. Carmant : Très heureux d'entendre ça. Mme la Présidente, je passerais la parole à une de mes collègues.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci beaucoup, M. le ministre.

Mme Pontbriand (Alexandra) : Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Alors, je me tourne du côté de la députée de Soulanges. Il reste encore 6 min 41 s.

• (16 h 20) •

Mme Picard : ...en commission parlementaire avec nous aujourd'hui. Je voulais savoir, parce que ça fait quand même un petit bout que vous êtes avec l'organisme et que vous connaissez bien le terrain, est-ce que, depuis les dernières années, il y a eu une accentuation de la crise? Est-ce que vous avez vu du changement? Est-ce que c'est resté, somme toute, la même chose ou bien vous avez vu une évolution? Et puis comment vous y faites face, à cette évolution-là?

Mme Pontbriand (Alexandra) : Il y a cinq ans, j'étais intervenante en site de consommation supervisée pour Spectre de rue, ça fait que je pense que j'ai un bon positionnement pour vraiment voir l'évolution des cinq dernières années, du moins.

C'est complètement différent. C'est vraiment, vraiment différent, autant avec l'interaction auprès des personnes que la vie dans un local puis l'intervention qui doit être faite auprès de ces personnes-là. Il y a cinq ans, dans mon un an et demi d'expérience de site de consommation à Spectre de rue, il a fallu que j'intervienne pour une surdose. Aujourd'hui, ce qu'on a fait, c'est qu'il y a des alarmes dans les espaces communs de l'organisme. Donc, l'organisme est mobilisé s'il y a une surdose. Tout le monde a son rôle à jouer. Moi, j'ai le bon rôle d'aller parler avec les ambulanciers, ou la police, ou les pompiers, mais... Donc, tu sais, je suis autant active dans les surdoses que si j'avais été sur le plancher. Maintenant, tu sais, justement, là, je coupe des Zoom parce qu'il y a l'alarme. Je suis toujours... je vais dire dérangée, là, qui n'est pas le bon mot, mais je suis dérangée souvent parce qu'il y a des alarmes de surdose. Par contre, dans, c'est ça, la première année et demie, moi, j'en ai vécu seulement une. Aujourd'hui, j'en vis à peu près... c'est ça, deux par semaine.

C'est des surdoses... En fait, les substances sont extrêmement contaminées. On parle beaucoup de fentanyl, mais le fentanyl est particulièrement contaminé avec des benzodiazépines, qui est une autre molécule qui vient affecter la respiration. Donc, la naloxone, qui est utilisée pour l'antidote à la surdose, ne va pas fonctionner sur le benzodiazépine. C'est vraiment l'oxygène à long terme qui va pouvoir ramener la personne, qui va revenir petit à petit, tandis que la naloxone, quand on voit ça fonctionner, quand on le voit à l'oeuvre, c'est vraiment surprenant, parce que la personne, elle revient, là, de manière automatique. Tu sais, elle se fait donner... Bien, c'est sûr que ça prend un petit temps, mais la personne va se réveiller, va prendre une bouffée d'air puis elle revient vraiment à la vie. C'est vraiment impressionnant.

Là, ce qui se passe en ce moment, c'est que les gens sont dans un dodo qui est, on a l'impression, interminable, parce qu'en fait la personne est en train de mourir. Elle est en train d'arrêter de respirer. Ça fait que ça fait des interventions qui sont beaucoup plus longues. Il a fallu former notre personnel à l'administration de l'oxygène, ce à quoi on avait... Je vais vous le dire aujourd'hui de manière transparente, ça nous a pris plus que quatre ans d'avoir des formations pour donner de l'oxygène, de la part du personnel d'intervention, parce que la Santé publique jugeait que c'était un acte qui était réservé. Pourtant, si vous êtes un parent qui a besoin de donner de l'oxygène à votre enfant, vous partez de l'hôpital avec une bonbonne puis un protocole, puis vous donnez de l'oxygène à votre enfant. Nous, on n'avait pas le droit, ce qui faisait aussi que ça mettait aussi... Puis malheureusement, avec la Santé publique, il y a eu découverte de personnel infirmier. Ça fait que, quand on n'avait pas d'infirmier sur place, on ne pouvait pas administrer de l'oxygène, ce qui était un peu une incohérence, selon nous. Ça fait qu'on a travaillé fort. Maintenant, les intervenants sont formés pour administrer de l'oxygène, en plus de la naloxone, ce qui fait que c'est une réponse qui est beaucoup plus adéquate à ces situations-là.

Ensuite, bien, malheureusement, on a dû fermer un cubicule. Donc, avant, on avait quatre places d'injection disponibles. Maintenant, on en a trois, parce que, bien, les gens, quand ils font des surdoses, puis comment le local est fait, ça créait des enjeux avec les personnes qui venaient consommer. Donc, on a fermé un cubicule. Ça fait qu'on est, bien, un petit peu plus de gens pour moins de personnes qui s'injectent. Donc, tu sais, le ratio de surveillance est peut-être un peu mieux.

Par contre, à Spectre de rue, il y a de l'attente. Il y a de l'attente tous les matins. Tous les jours, les gens attendent. Donc, pour un consommateur, c'est un peu une incohérence aussi d'avoir sa consommation dans les poches, son matériel, être prêt à s'injecter, avoir un besoin physique puis de devoir attendre peut-être des heures. Ce n'est pas productif. Donc, les gens, malheureusement, vont aller consommer dans l'espace public. Là, ils sont en danger de faire une surdose, qu'on ne les retrouve pas, qu'on ne puisse pas intervenir.

Ça fait que c'est sûr qu'on a créé des protocoles, on a changé nos protocoles pour mieux y répondre, mais c'est vraiment... C'est le jour et la nuit, là, complètement, d'il y a cinq ans à aujourd'hui. Il y a cinq ans, on écoutait des films. Maintenant, on ne fait plus ça. On fait vraiment, là, de la surveillance à l'injection.

On a de la misère à créer les liens de confiance avec les personnes. Le lien se crée vraiment par la disponibilité d'un endroit, puis, petit à petit, on crée le lien avec la personne. J'ai l'impression qu'avant les gens nous connaissaient ou connaissaient l'organisme, donc, venaient utiliser le service, puis après ça le lien s'est construit, mais là on est vraiment dans un rapport qui est beaucoup plus utilitaire avec les personnes. Donc, l'intervention psychosociale, c'est comme s'il y a moins de place pour ça aussi parce qu'on est vraiment dans une urgence d'intervention,

de santé, de consommation, parce que les personnes sont beaucoup... bien, leurs habitudes puis leur dépendance, elle est très présente puis elle est très forte, ça fait qu'eux veulent répondre à ça.

Ce n'est pas une situation idéale, mais on fait avec ce qu'on a. Puis je pense qu'on a des beaux résultats, quand même, là. Mais c'est sûr que plus de moyens, plus d'accès, justement, au «safe supply» et avoir plus... des salles qui sont plus grandes, avoir des salles d'inhalation, c'est dans les leviers, là, qui sont, on dirait, là, au bout de nos doigts. Donc, nous, c'est vraiment sur ces clous-là qu'on tape. Merci.

Mme Picard : Merci.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Il reste 20 secondes. Mme la députée de Lavolette—Saint-Maurice.

Mme Tardif : J'avais une question, mais mon préambule était un peu long. Mais je vais tout de même vous remercier pour le travail que vous faites, parce que je sais qu'initialement vous étiez plus axés vers les maladies transmises sexuellement. Donc, depuis ces dernières années, votre travail a changé énormément. Votre clientèle a changé. Et j'en profite aussi pour remercier tous les organismes de travail de rue.

Ma question visait davantage à tenter de...

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : C'est malheureusement terminé.

Mme Tardif : Merci. C'est ce que je pensais.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Mais les remerciements sont faits. Merci beaucoup, Mme la députée. Alors, je me tourne du côté de l'opposition officielle avec la députée de D'Arcy-McGee pour une période de 12 min 23 s.

Mme Prass : Merci. Merci de votre présence aujourd'hui et de nous avoir alimentés. Deux choses que j'ai retenues de votre présentation, que j'ai trouvée très intéressante, la question des vérifications des substances... Parce que, justement, ce matin, on a un groupe qui a témoigné qui nous a révélé que 77 % des décès ont impliqué des opioïdes de type non pharmaceutique. Donc, moi, ma question, premièrement : Est-ce que vous trouvez que la majorité des gens qui viennent... bien, qui viennent, justement, prendre avantage du site vous demandent que cette vérification soit faite? Et est-ce que c'est quelque chose qui, justement, vous pensez, ne serait pas utile pour qu'on l'étende dans d'autres points de service ou sites, si vous voulez, parce que, justement, ça implique tellement des décès qu'on voit?

Mme Pontbriand (Alexandra) : Bien, d'emblée, moi, je suis d'accord avec le fait que la vérification devrait être beaucoup plus accessible. Même à Spectre de rue, elle devrait être beaucoup plus accessible, dans le sens que... C'est sûr qu'on essaie que les gens qui viennent dans la salle de consommation testent leurs substances. C'est vraiment un choix. C'est à leur guise. Ce qu'on s'est rendu compte, parce que ça fait quelques mois qu'on opère notre service... Il y a beaucoup plus de gens qui sont venus tester des substances comme la MDMA que du fentanyl. Ce que ça nous dit, c'est que c'est des consommateurs qui sont... Parce que les gens viennent... Bien, nous, c'est beaucoup des consommateurs de rue, là, des gens qui sont en situation d'itinérance, la majorité, donc, qui consomment du fentanyl, qui veulent consommer du fentanyl parce que, depuis la COVID, il y a absence d'héroïne, d'héroïne, tu sais, de qualité, du moins, là. Ça fait que les gens se sont tournés vraiment vers le fentanyl, donc viennent consommer du fentanyl. Ça fait qu'au début on le testait beaucoup puis on était là : Il y a du fentanyl dans ta dose, tu sais, fais attention, puis tout ça. Là, les gens se sont tellement habitués à consommer le fentanyl que c'est ça qu'ils veulent. Donc, ils ne vont pas nécessairement avoir le réflexe de le tester.

Par contre, on ne sait jamais sur quoi on tombe, là. C'est un peu un réflexe qu'on essaie de leur inculquer. Mais, comme je disais tantôt, le simple fait de nettoyer son bras avant l'injection, des fois, c'est difficile à intégrer dans une routine. Les personnes qui consomment, tu sais, les routiniers, là, qui vont venir consommer, aller quêter puis revenir pour consommer, c'est rare qu'ils vont faire tester. On se rend compte qu'ils font tester après la surdose. Tu sais, c'est un peu ironique, là, mais... Il y a eu... Tu sais, il y a eu une supergrosse surdose il y a deux semaines, puis la personne a fait tester sa consommation après, ça fait qu'on s'est rendu compte de ce qu'il y avait dedans, le lendemain, est revenue avec la même consommation. Donc, tout le monde s'est mis des gants à son arrivée, puis on était prêts à injecter la naloxone, là. On était vraiment... Mais, tu sais, tout le monde a fait ça ensemble, ça fait que c'est ça qui est vraiment bien.

Mais, encore là, la vérification, c'est quelque chose qui est quand même long à faire, ça fait que, si tu viens puis que tu es prêt à consommer, tu ne vas peut-être pas nécessairement aller faire la vérification avant.

• (16 h 30) •

Je pense que ce service-là, il est vraiment le fun aussi pour les consommateurs qui ne sont pas des consommateurs d'opioïdes, qui ne sont pas des gens qui vont avoir tendance à faire des surdoses non plus. Mais, comme la MDMA ou les substances qu'on peut avoir dans la rue sont contaminées aussi, donc, on veut vraiment que la population générale soit au courant.

Après, bien oui, effectivement, il faudrait... il faudrait tester de plus en plus, mais c'est des logiciels qui coûtent énormément d'argent, là. Ce matin, justement, j'ai eu une petite présentation de mes collègues de la vérification qui disaient que, pour avoir des résultats beaucoup plus précis, pour pouvoir donner des pourcentages précis aux personnes... Parce que c'est ça que les personnes nous demandent : C'est quoi, la quantité de tel produit puis tel produit? Pour l'instant, on n'est pas capables de leur dire ça parce que les technologies qu'on a ne nous le permettent pas.

Il y a une technologie qui existe, qui nous le permet. C'est un frais de 15 000 \$ de plus. Malheureusement, ce n'est pas quelque chose que nous, à Spectre de rue, on va pouvoir se permettre. Par contre, c'est un outil qui changerait la vérification de substances puis les données qui sont transmises aux personnes, parce que c'est celles-là qu'elles nous demandent, les personnes, c'est vraiment les pourcentages.

Là, en ce moment, on est capables d'avoir plus une fenêtre, tu sais, de probabilité d'erreur plutôt que quelque chose, qui coûte malheureusement 15 000 \$, qui va pouvoir nous... tu sais, nous donner des réponses très, très précises. Bien, c'est tangible, ça existe. C'est juste que c'est au-delà de nos moyens. Donc, malheureusement, on ne pourra pas offrir ça aux personnes, mais...

Mme Prass : Oui. On s'entend que 15 000 \$... Une vie vaut... vaut beaucoup plus que ça. Donc, ce serait un investissement dans le bon endroit.

Mme Pontbriand (Alexandra) : Je suis d'accord avec vous.

Mme Prass : Aussi, vous avez parlé de la télémédecine, puis j'ai vu le ministre s'étonner un petit peu. Il avait l'air excité. Donc, je ne sais pas si c'est un projet pilote que vous faites. Comment vous avez établi ça? Parce que je trouve ça très intéressant, très innovateur avec cette population-là.

Mme Pontbriand (Alexandra) : C'est... Bien, c'est comme un projet qui sort un peu de nulle part. C'est des besoins qu'il y avait pendant la COVID. Les gens avaient encore moins accès à leur équipe traitante. C'est avec l'équipe du CHUM, l'équipe de toxicomanie du CHUM. Et, si je ne me trompe pas, ils font également la même chose avec CACTUS Montréal. Donc, c'est CACTUS Montréal qui a commencé à offrir de la télémédecine à ses participants. Nous, ensuite, on a embarqué.

C'est vraiment un beau projet. C'est vraiment quelque chose qui fonctionne superbien. Puis ce qui est vraiment le fun, c'est que les gens, tu sais, arrivent ici... Nous, on a les... tu sais, on a l'ordinateur, on a un bureau. Ils peuvent, tu sais, s'asseoir tranquillement puis vraiment bénéficier d'une rencontre avec un médecin, avec des infirmières, comme ils auraient eu dans un bureau de consultation. Juste se rendre dans un bureau de consultation, pour les personnes, là, qui consomment... tu sais, je vais dire nos réguliers, là, ceux qui sont à la quête puis qui sont un peu à la dosette comme ça, de se présenter à un rendez-vous dans une clinique médicale, c'est vraiment un obstacle. C'est vraiment, vraiment difficile. Ça fait que le fait de pouvoir, justement, venir peut-être faire son injection avant, de pouvoir être calme, de pouvoir parler correctement avec son équipe traitante... Il y a un intervenant qui est présent aussi, qui va peut-être être capable, justement, de démystifier certains termes ou de pouvoir faire des rappels ou des suivis à la personne. C'est vraiment, vraiment apprécié.

Les places sont toujours pleines. Les gens veulent vraiment recevoir des traitements. Les gens ne veulent pas être des consommateurs actifs, là. Ce n'est pas... Il n'y a pas personne qui veut être dans cette spirale-là. Puis de venir à Spectre de rue tous les jours, plusieurs fois par jour, de devoir dire toutes ces informations-là sur notre vécu puis de potentiellement mourir, bien, les gens, ce n'est pas ça qu'ils veulent. Les gens, ils veulent avoir accès à des soins de santé, mais qui répondent à leurs besoins. Puis c'est ces besoins-là auxquels il faut qu'on s'adapte, parce que, pour l'instant, ça ne fonctionne pas. Comme je parlais tantôt pour l'approvisionnement sécuritaire, ça ne fonctionne pas. On ne donne pas les bonnes molécules aux personnes. Ça fait que c'est sûr que, je veux dire, si je commande des oranges, si je mange des oranges tout le temps, bien, j'ai... c'est des oranges que je veux. Je ne veux pas des bananes, là. Tu sais, c'est un peu... c'est un peu idiot, là, comme comparaison, mais c'est vraiment ça. Les gens, ils disent : Moi, je consomme de l'héro, pourquoi vous me donnez de la Dilau? Bien, c'est une excellente question.

Mme Prass : Puis, dans ce même sens, on sait que, souvent, l'origine d'un problème de toxicomanie, c'est des enjeux de santé mentale. Pour la question télémédecine, est-ce qu'il y a aussi des visites avec des travailleurs en santé mentale ou c'est vraiment plus côté médecin, côté aspect physique?

Mme Pontbriand (Alexandra) : C'est vraiment très médecin, physique. C'est même très traitement de substitution et de... c'est ça, traitement de substitution. Donc, on va vraiment commencer un traitement, par exemple la méthadone, la Suboxone, ce genre de produits là.

Puis je tiens quand même à ajouter que, oui, il y a énormément de gens qui consomment à consommer... qui commencent à consommer par des enjeux de santé mentale, mais, si je prends notre personne type, là, à Spectre de rue, c'est un homme dans la cinquantaine qui est en itinérance chronique depuis très, très longtemps. Ce n'est pas des gens qui ont des enjeux de santé mentale, la plupart du temps. Ça s'est créé avec le temps. Bien, c'est des gens qui ont vécu un divorce vraiment terrible, ça s'est mal passé, des gens qui... beaucoup, beaucoup de personnes qui ont eu des accidents de travail, qui ont eu des accidents de la route, qui se sont fait donner des traitements opioïdes pour la douleur, puis que c'est comme ça que ça a commencé, toute cette histoire-là. Énormément de gens nous disent que c'est par de la consommation... bien, en fait, de la consommation... de la prescription légale qu'ils se sont... qu'ils en sont venus à consommer de manière problématique. Ça fait que, oui, la santé mentale, mais je ne mettrais pas tout sur ce dos-là vraiment.

Mme Prass : Puis, justement, vous parlez de la population itinérante, puis c'est deux enjeux qui se touchent énormément. Donc, je serais curieuse de savoir votre position sur la décriminalisation, parce qu'évidemment, là, on

voit, ça se fait sur plusieurs autres territoires. Donc, compte tenu de ce que vous faites puis que vous travaillez avec cette population tous les jours, comment est-ce que vous verrez ça?

Mme Pontbriand (Alexandra) : Bien, c'est sûr que je suis très... Bien, à Spectre de rue, on est très en accord avec... avec ça. Non seulement ça va aider pour des questions de santé, mais ça va aussi aider énormément sur des questions de justice, sur des questions de criminalisation. Ça fait qu'on est vraiment sur deux fronts. C'est un des leviers qu'on a qui va avoir des effets multiples. Autant ça va aider les personnes à ne pas être toujours en situation de judiciarisation parce qu'ils ont de la consommation dans les poches, après ça, bien, les gens, justement, qui ont de la consommation dans les poches vont pouvoir se sentir en sécurité soit de venir consommer ici ou de venir consommer, bien, ailleurs, peut-être dans un endroit illégal, malheureusement, parce qu'on ne peut pas les accueillir tout le temps, mais ça va les rendre moins stressés. Ça va les rendre vraiment plus... bien, à l'aise de faire leurs démarches, malheureusement, là, parce que les gens se mettent vraiment dans des situations dangereuses soit pour aller s'approvisionner ou pour consommer. Ça fait que, si on n'a pas cette criminalisation-là, qui est comme un peu toujours en arrière-plan, bien, ça va aider les gens aussi à pouvoir faire leurs choses, ce qui... leurs démarches de santé, ou de logement, ou toutes... toutes ces choses-là. Ça fait que je pense vraiment que la décriminalisation, ça a des... ça a des opportunités de régler... de régler... d'intervenir sur plusieurs problématiques.

Puis je pense que c'est... On n'a pas le choix. On n'a pas le choix d'aller là, parce que, bien, le statu quo, premièrement, ça coûte vraiment trop cher, puis, pour moi, c'est déshumanisant de ne pas... de ne pas mettre les choses en place pour répondre à cette crise-là. Puis, c'est ça, on aurait... on aurait autant de bénéfices au niveau de la santé que sur le... au niveau judiciaire, d'après moi.

Mme Prass : Parfait. Puis, là aussi... Bien, on a parlé, plus tôt ce matin aussi, de l'argent qui va être récupéré par le gouvernement dans ce recours collectif. On voudrait qu'il soit réinvesti, justement, en prévention, en réadaptation, etc. Vous qui êtes sur le terrain, qui voyez ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas, qu'est-ce qu'il manque, etc.? Comment est-ce que vous, vous voudriez voir cet argent réinvesti, réparti?

Mme Pontbriand (Alexandra) : Bien, c'est sûr que je répondrais aux besoins les plus criants du moment, d'ouvrir un service de consommation dans l'ouest de la ville, d'ouvrir les services de consommation actuels en mode 24/7. Les travailleurs de rue, c'est vraiment un outil... bien, je vais dire les travailleurs de rue, mais aussi les pairs aidants, qui sont un peu sur le même modèle que le travail de rue mais qui sont des personnes qui ont un vécu expérientiel, qui vont à la rencontre des autres dans l'espace public. C'est un levier supplémentaire pour amener les gens dans les organismes, des gens qui sont beaucoup plus méfiants, qui sont dans des situations d'itinérance chronique depuis très, très, très longtemps. Ils ne vont pas avoir tendance à venir chercher les services de manière spontanée. Ça fait qu'on a besoin aussi de ces... de ces leviers-là pour ramener les gens vers... vers les services.

Mais, après ça, moi, je pense que la télémédecine, d'avoir des infirmières qui sont dans l'espace public avec les équipes de proximité, c'est des... ça va être des leviers qui vont avoir du succès, c'est sûr...

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Je dois vous arrêter.

Mme Pontbriand (Alexandra) : Pas de problème.

• (16 h 40) •

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Le temps imparti à l'opposition officielle est terminé. Merci beaucoup, Mme la députée, mais on va mettre fin à cette discussion avec le député de Jean-Talon pour une période de 4 min 8 s. Le temps est à vous, M. le député.

M. Paradis : Merci beaucoup, Mme la Présidente. Ça va nous permettre de continuer, justement, sur la question du financement. Félicitations, d'abord, pour votre travail. C'est... Ce sont les organisations comme la vôtre qui sont en première ligne, là, dans des crises comme celles-là. Donc, bravo!

J'ai... Je vais poser trois questions tout de suite pour vous permettre de répondre aux trois en même temps. Je suis allé voir sur votre site Internet. Sur la question du financement, j'aimerais que vous nous spécifiez si vous recevez du financement, vous-mêmes, du gouvernement du Québec, par exemple, à travers son programme de soutien aux organisations communautaires.

Deuxièmement, j'aimerais que vous puissiez nous dire si, vous-mêmes, vous avez senti qu'avec cette crise des opioïdes vous avez — les besoins ont augmenté — des coûts additionnels pour vous en matière de personnel, en matière de ressources dont vous avez besoin.

Et, troisièmement, je me demandais si vous avez pensé faire des demandes de financement additionnel, notamment du financement de base, qui est une question vraiment importante pour les organisations communautaires. C'est peut-être le temps de le faire, parce que, si le gouvernement, donc, finance de manière additionnelle vos services, vos ressources, on pourrait l'ajouter aux coûts qui vont être réclamés des compagnies pharmaceutiques à travers les recours dont on parle dans ce projet de loi, notamment à l'article 12.

Mme Pontbriand (Alexandra) : Merci. Pour le financement du gouvernement du Québec, effectivement, on en reçoit, tout... toute la portion distribution de matériel. On a deux travailleurs de rue qui sont financés par une mesure, la mesure 12.1, là, qui est en prévention des ITSS, qui finance aussi des intervenants aux sites de consommation supervisée.

Puis on a des ententes spéciales pour les sites de consommation supervisée. C'est aussi financé par le gouvernement du Québec.

Les... Bien, les besoins ont augmenté de manière faramineuse. Ça a effectivement engendré beaucoup plus de coûts. C'est... Bien, c'est une autre opportunité pour moi de vous dire que, dans le milieu communautaire, les gens ne sont vraiment pas assez payés pour le travail qu'ils font. C'est vraiment un travail incroyable qu'on fait, avec très peu de ressources. Même moi, là, je veux dire, je suis dans mon bureau, je suis la directrice adjointe, mais j'ai trois autres personnes dans mon bureau, j'ai le plafond qui me coule sur la tête à chaque jour. Puis, tu sais, on a des bris, des trous dans les murs, puis ce n'est pas des choses qu'on peut... qu'on peut... Bien, nous, on n'a pas les moyens financiers de pouvoir avoir les locaux qu'on voudrait puis de pouvoir payer notre personnel à la hauteur qu'on voudrait aussi.

Ça fait que c'est sûr que, dans les dernières années, on a fait des demandes de financement avec des salaires qui étaient plus élevés qu'à la normale, d'où... En tout cas, de ce qu'on a compris avec les discussions avec nos homologues de la Santé publique, c'est qu'ils ne s'attendaient pas à ce que nos salaires soient si hauts, donc il a fallu qu'ils coupent dans nos subventions. Ça a fait que nous, on a perdu des membres de l'équipe parce qu'on avait augmenté nos salaires. Puis moi, je trouve que ça ne fait pas vraiment de sens de faire des appels à projets où, en année 2, en année 3, en année 4, il n'y a pas d'indexation des salaires. En tant qu'organisme, c'est difficile pour moi d'appliquer sur un projet pendant cinq ans, sachant que je ne vais pas pouvoir augmenter le salaire de mon équipe, quand je suis dans un organisme qui a une échelle salariale, qui est syndiqué, qui se doit de répondre à des normes du travail puis à des... tu sais, à des obligations. Donc, je me retrouve devant des choix, des fois, de perdre des services pour pouvoir payer certaines autres personnes. Pour moi, ça ne fait pas de sens. Tout le monde fait partie du tout de Spectre de rue, puis on participe tout le monde à la mission. Bien, ça, c'est pour le personnel. C'est sûr que, oui, ça a augmenté, en... financièrement.

Après ça, c'est sûr qu'on a... on a énormément de demandes pour le local, d'avoir un agrandissement de notre salle pour avoir plus de cubicules pour l'injection, d'avoir une salle d'inhalation aussi. Ça va venir avec des coûts. C'est des coûts qu'on ne peut pas se permettre. Bien, en fait, on ne peut pas... on ne peut pas défrayer ça de nous-mêmes. On en a, des besoins, là. On en a, tu sais, des listes et des listes de besoins, des listes de... juste de matériel, tu sais, pour les travailleurs de rue, des manteaux, des bottes, des sacs, tu sais, pour qu'ils puissent faire leur travail. C'est des choses que, parfois, on peine à faire financer dans les appels à projets, mais c'est des coûts qui sont obligatoires pour nous. Ça fait que, d'une manière ou d'une autre, c'est comme si, à la limite...

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci.

Mme Pontbriand (Alexandra) : Ah! désolée.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Bien oui, écoutez, ça va vite. Ça passe vite, le temps. Bien, écoutez, je vous remercie infiniment, Mme Pontbriand, pour votre exposé, pour avoir répondu à nos questions. Alors, il me reste à vous souhaiter une bonne fin de journée.

Mme Pontbriand (Alexandra) : Merci beaucoup.

Mémoires déposés

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Et, pour nous, avant de terminer, je vais déposer les mémoires des personnes et organismes qui n'ont pas été entendus.

Et la commission, ayant accompli son mandat, ajourne ses travaux au mercredi 25 octobre 2023, à 8 heures, où elle se réunira en séance de travail. Merci.

(Fin de la séance à 16 h 46)