



Chambre des communes
CANADA

Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments

SNUD • NUMÉRO 054 • 1^{re} SESSION • 37^e LÉGISLATURE

Témoignages

Le mercredi 28 août 2002

—

Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments

Le mercredi 28 août 2002

• (0940)

[Traduction]

La présidente (Mme Paddy Torsney (Burlington, Lib.)): La séance est ouverte.

Le Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments a été institué, conformément à l'ordre de renvoi adopté par la Chambre des communes le jeudi 17 mai 2001, dans le but d'examiner des facteurs sous-jacents ou parallèles à la consommation non médicale de drogues ou de médicaments. Après avril 2002, on lui a renvoyé l'objet d'un projet de loi d'initiative parlementaire intitulé Loi modifiant la Loi sur les contraventions et la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (marihuana).

Nous avons le plaisir d'accueillir ce matin des représentants du ministère de la Santé. Dann Michols est le sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs. Monsieur Michols, je vous laisse le soin de présenter les autres membres de votre équipe. Nous sommes très heureux que vous soyez ici pour donner des informations sur la Stratégie canadienne antidrogue et sur les activités de votre ministère dans ce domaine.

M. Dann Michols (sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, Ministère de la Santé): Madame la présidente, nous vous remercions de nous avoir invités. Nous apprécions beaucoup l'occasion qui nous est donnée alors que vous en êtes à la fin de votre processus d'examen, tout comme celle qui nous a été donnée à son début, d'ailleurs.

À ma gauche se trouve Mme Gillian Lynch, la directrice générale du Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées. À sa gauche se trouve Beth Pierson, la directrice générale déléguée. La personne qui est à ma droite est Carole Bouchard, la directrice du Bureau des substances contrôlées. Ensemble, nous devrions être en mesure de répondre aux questions que vous souhaiteriez nous poser sur la stratégie antidrogue, et plus particulièrement sur les activités de Santé Canada dans ce contexte.

Nous avons préparé un mémoire qui vous a été remis et que je passerai en revue aussi rapidement que possible. Nous pensons que nous sommes ici pour deux raisons, notamment pour répondre aux questions que vous souhaiteriez nous poser sur le rôle de Santé Canada dans l'élaboration et la mise en oeuvre d'une stratégie antidrogue globale pour le Canada, puisqu'elle est l'objet de votre attention depuis plusieurs mois. Nous pensons en outre qu'il pourrait être intéressant, puisque vous êtes prêt à tirer des conclusions, à formuler des recommandations et à rédiger un rapport, de vous faire part de nos opinions sur l'élaboration d'une stratégie globale et des difficultés liées à cette stratégie, surtout celles auxquelles sont confrontés les responsables de l'élaboration des politiques fédérales.

Vous avez entendu de nombreux témoignages et diverses opinions. Vous avez maintenant une idée très précise de l'ampleur du problème de l'abus de substances psychoactives au Canada, de son acuité et de la complexité des interventions dans ce domaine. La troisième diapositive donne un petit aperçu de l'ampleur du problème de l'abus de drogues et de substances psychoactives au Canada et indique qu'il est en recrudescence. Il ne s'agit pas uniquement des substances couramment considérées comme des narcotiques, comme l'ont signalé plusieurs personnes qui ont témoigné hier. La consommation abusive de produits thérapeutiques est un problème qui préoccupe de plus en plus les autorités et les associations professionnelles. L'expérience nous a appris que les règlements et les interventions doivent être souples et qu'il faut faire preuve d'une vigilance constante étant donné les trésors d'ingéniosité déployés par l'être humain pour faire une consommation abusive de ces substances, notamment de l'OxyContin. L'alcool demeure la substance dont la consommation abusive est la plus répandue.

Dans un cas, la situation s'est toutefois considérablement améliorée. On constate en effet que la consommation de tabac a diminué de façon très marquée. On peut donc tirer des conclusions de ce changement. Il démontre les avantages d'une stratégie nationale globale assortie d'un engagement financier important ayant pour but de soutenir les activités des divers paliers de gouvernement, des ONG et d'autres intervenants et de les coordonner. C'est ainsi que nous souhaiterions que la situation s'améliore en ce qui concerne l'abus des autres substances.

La quatrième diapositive, qui démontre peut-être l'acuité du problème et n'est utilisée qu'à titre d'exemple, concerne la consommation de diverses substances par des étudiants de 10^e année en 1994 et en 1998. Il s'agit d'un graphique tiré d'une étude de l'Organisation mondiale de la santé. D'une façon générale, la consommation est plus forte chez les garçons que chez les filles. Au cours de cette période, la consommation a augmenté en ce qui concerne ces diverses substances. On a constaté par ailleurs une augmentation de la consommation de ces substances chez les étudiants de 8^e année.

La consommation de stéroïdes n'est pas indiquée sur ce graphique. Ils n'étaient pas inclus dans cette enquête mais leur consommation est un sujet de préoccupation parce qu'elle concerne principalement des jeunes qui, à part cela, sont généralement en bonne santé et assez sportifs. En outre, les données que nous avons recueillies indiquent que 20 p. 100 des consommateurs de drogues par injection sont des consommateurs de stéroïdes. Les probabilités de contracter des maladies transmissibles par utilisation d'une même aiguille par plusieurs personnes constituent un problème majeur au sein d'une population généralement saine.

Vous savez déjà que la consommation abusive de substances psychoactives a de nombreux impacts sur la personne, sur la famille et sur la société. On estime que le syndrome d'alcoolisme foetal touche trois nouveau-nés sur 1 000. Ce syndrome provoque à la fois des malformations cérébrales et des malformations physiques en agissant sur la croissance et la formation du corps et du cerveau du fœtus. Au Canada, il naît au moins un enfant par jour qui est atteint de ce syndrome.

Plus d'un tiers des nouveaux cas de VIH relevés en 1999 sont attribuables à la consommation de drogues par voie intraveineuse. On estime que le nombre de cas d'infection par l'hépatite C augmente chaque année de 4 500 au Canada; 63 p. 100 de ces cas sont liés à l'utilisation de drogues injectables.

L'alcool demeure une cause majeure d'accidents de la route qui entraînent des coûts considérables en soins de santé.

Vous avez entendu bien d'autres témoignages qui démontrent la nécessité pour la société d'accorder une forte priorité à la recherche d'une solution à ce problème. Nous devons maintenant comprendre comment toute cette information et toutes ces données peuvent être organisées pour pouvoir prendre des décisions quant aux objectifs à se fixer, aux partenariats à former, aux ressources à affecter à cette fin et aux interventions à faire. La sixième diapositive est une représentation graphique très élaborée des divers intervenants et des relations entre eux.

Il est nécessaire d'avoir une vision de la tâche à accomplir. Depuis des années, au Canada, cette vision consiste à mener de front des activités visant à réduire l'approvisionnement et des activités visant à réduire la demande. Elle est en outre fondée sur un objectif à long terme, à savoir réduire les méfaits associés à la consommation abusive de ces produits. Elle fait intervenir divers partenaires: 11 ministères et organismes fédéraux, les diverses provinces et territoires, les municipalités, plusieurs organisations non gouvernementales et surtout le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. La stratégie comprend quatre catégories d'activités sur lesquelles je donnerai de plus amples informations dans quelques minutes.

Je précise que l'acquisition de connaissances et leur gestion doivent être considérées comme le fondement de toute prise de décision. Les intervenants sont nombreux et les bénéficiaires sont l'ensemble des Canadiens et Canadiennes. La communication est une activité clé sans laquelle la stratégie ne peut être efficace.

La première stratégie canadienne antidrogue a été approuvée en 1987 et son financement était de 210 millions de dollars, étalé sur une période de cinq ans. Elle était axée sur la prévention, l'éducation et la recherche. La stratégie a été reconduite en 1992 pour une période supplémentaire de cinq ans. Au cours de cette période, une somme d'environ 104 millions de dollars a été consacrée à son financement. Le dernier renouvellement de la stratégie a eu lieu en 1998; elle a été approuvée, mais son niveau de financement a été considérablement réduit. Nous avons maintenant l'occasion de préparer la génération suivante d'un effort national de lutte antidrogue mais il est essentiel que cet effort soit soutenu et que l'on y consacre des ressources adéquates. Le gouvernement peut maintenant examiner la question à la lumière de vos conclusions, de celles d'autres comités, de la recherche, des témoignages que vous avez entendus et des connaissances acquises dans ce domaine à l'échelle internationale.

Alors que le ministre de la Santé et Santé Canada ont un rôle prépondérant à jouer dans l'élaboration et la gestion d'une stratégie nationale antidrogue, nous avons aussi la responsabilité particulière

de faire face aux conséquences de l'abus de ces substances. La diapositive 7, établie sur le modèle de la précédente, indique les fonctions et les activités de Santé Canada dans le cadre de la version actuelle de la stratégie antidrogue. La plupart des directions générales de Santé Canada, voire toutes, participent à cette lutte mais surtout la mienne, qui joue un rôle de premier plan et est responsable de la réglementation des substances contrôlées, dispense des services à divers organes chargés de faire respecter la loi et aide plusieurs partenaires du secteur de la santé dans le cadre de divers projets. La Direction générale de la santé de la population et de la santé publique élabore des stratégies de lutte contre les maladies transmissibles et en assure le suivi; quant à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, elle est responsable des programmes de santé pour ces populations.

La huitième diapositive concerne les dépenses actuelles de Santé Canada dans le cadre des efforts déployés pour atteindre les objectifs de la Stratégie antidrogue; une somme de 34 millions de dollars par an est consacrée au soutien des activités de la Stratégie antidrogue et du Programme des substances contrôlées qui est un programme de soutien de la stratégie. La Direction générale des Premières nations et des Inuits a des dépenses annuelles d'environ 70 millions de dollars pour le soutien du Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones, qui dispense aux membres des Premières nations vivant dans les réserves des services de prévention, de traitement et de réadaptation. La Direction générale de la santé de la population et de la santé publique apporte un soutien financier supplémentaire aux activités dans le secteur du SAF/EAF et des maladies transmissibles.

Pour décrire le rôle et les activités de Santé Canada et exposer notre point de vue sur les défis qu'il faudra relever à l'avenir, j'utiliserai le modèle de la diapositive 9, qui permet de structurer l'élaboration d'une stratégie nationale et d'examiner les diverses composantes possibles.

La coordination, la consultation et la communication sont des activités clés qui ont pour but de soutenir la gestion du processus. La recherche et diverses autres méthodes de développement des connaissances doivent constituer le fondement de l'élaboration des politiques et des programmes. L'analyse de cette information et des données permet de faire un examen des autres politiques et des objectifs stratégiques possibles, de déterminer les interventions appropriées en matière de programmation, d'établir des mécanismes d'évaluation du rendement et de faire l'affectation des ressources. Ces interventions sont élaborées et mises en oeuvre, après des consultations, puis les résultats sont évalués. L'évaluation de ces interventions, de leurs résultats et de leurs incidences est utilisée pour la recherche et le développement des connaissances. Je me propose maintenant de donner un bref aperçu des initiatives en cours dans ces divers domaines et des défis qui nous attendent.

La première composante du cycle est la recherche et le développement des connaissances. Pour élaborer et maintenir une stratégie, il est nécessaire de recueillir des données et des renseignements précis et pertinents. Pour le moment, les données disponibles sont fragmentées, incohérentes et ne servent pas les objectifs de la stratégie. Le vérificateur général l'a d'ailleurs signalé dans un récent rapport et nous en convenons. Il est nécessaire d'apporter des améliorations aux méthodes d'analyse et au mode d'utilisation des données disponibles ainsi qu'aux méthodes d'identification des lacunes. Il est nécessaire de comprendre de quelles données nous avons besoin, de quelles sources il faut les tirer et comment on peut les recueillir et les utiliser. Après avoir consulté divers experts, nous apprécierions beaucoup que le comité nous fasse part de ses opinions à ce sujet.

● (0945)

La recherche et la gestion des connaissances étaient une priorité du premier cycle de la Stratégie antidrogue. C'est alors qu'a été créé le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. L'enquête canadienne sur l'alcoolisme et la toxicomanie, menée en 1989 puis, de nouveau, en 1994, a donné quelques indices sur les tendances nationales. Depuis 1994, nous n'avons plus les ressources nécessaires pour financer la reconduction de cette enquête.

Santé Canada examine diverses possibilités d'amélioration. Nous examinons diverses options qui nous permettraient de financer une enquête suivie analogue à l'enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, menée par Statistique Canada pour notre programme de lutte contre le tabagisme.

Il serait nécessaire de faire une étude des coûts de l'abus de substances psychoactives qui serait à jour. La dernière étude a été faite en 1996 et était fondée sur des données datant de 1992. Nous examinons les possibilités d'en faire une autre en 2003. Santé Canada reçoit actuellement de nombreuses données qui ne sont pas exploitées systématiquement pour en tirer de l'information. Les données sur les crises convulsives qui nous sont communiquées par les forces de police des diverses régions du pays ou même celles que reçoivent nos laboratoires d'analyse des drogues au sujet des substances à analyser pourraient indiquer de nouvelles tendances et signaler l'émergence de nouveaux problèmes. Nous améliorons notre capacité d'analyse pour exploiter de façon plus efficace les données disponibles et identifier les lacunes dans les nouvelles données requises.

Nous sommes toutefois confrontés à plusieurs difficultés dans ce domaine. Nous devons créer un répertoire exact des données recueillies à l'échelle nationale qui concernent la Stratégie antidrogue et, à partir de ce répertoire, identifier les lacunes dans nos connaissances. Ces données devraient provenir des activités de nos partenaires et autres intervenants. Nous devons élaborer et établir des indicateurs nationaux qui, en accord avec tous les partenaires et autres intervenants, serviront de base à une collecte annuelle de données; nous devrons en outre maintenir ces activités à long terme afin de dégager les tendances de ces données.

Nous avons besoin de la capacité de recueillir et d'analyser les données à l'échelle nationale, ce qui nécessite un engagement financier permanent pour entretenir les bases de données, effectuer régulièrement des analyses très rigoureuses, participer aux études de recherche nécessaires, collaborer avec d'autres intervenants, à l'échelle nationale et internationale, et produire des rapports sur des sujets comme les pratiques exemplaires et les initiatives nouvelles et innovatrices dans tous les secteurs couverts par la Stratégie nationale antidrogue.

La deuxième composante est l'élaboration de politiques. C'est un processus qui nous permet de déterminer quelles mesures il faut prendre, par qui elles doivent être prises et quels sont les mécanismes les plus efficaces à cette fin. L'élaboration de politiques permet d'établir des priorités en fonction de ressources qui seront toujours restreintes par rapport aux besoins. Santé Canada a actuellement un plan d'action actif portant sur des questions liées à la réduction de l'approvisionnement et à la réduction de la demande.

En attendant les recommandations de votre comité, nous entretenons les réseaux de partenaires fédéraux et nationaux nécessaires pour se mettre d'accord sur la teneur possible d'une stratégie antidrogue renouvelée. Le processus de consultation mis en oeuvre par votre comité fournira des renseignements qui seront importants dans le cadre de l'élaboration d'une stratégie renouvelée.

Dans ce secteur également, des défis nous attendent. L'abus de substances psychoactives n'est pas un phénomène isolé. D'après une étude effectuée en 1997 par Santé Canada, 30,9 p. 100 des jeunes de la rue interviewés avaient été victimes d'actes identifiables de violence verbale ou physique ou d'exploitation sexuelle, ou de deux ou trois de ces types de traitements abusifs. Il est nécessaire de mieux comprendre ces dynamiques. Il est nécessaire de comprendre et de gérer les divers facteurs qui sont à la base de comportements liés à l'abus de drogue. Il est nécessaire de comprendre les liens entre les systèmes en place comme le système des soins de santé et les systèmes liés à l'éducation, à l'emploi, au logement, au maintien de l'ordre, aux services correctionnels, etc. Il est nécessaire d'instaurer un système de consultation et de collaboration entre un grand nombre d'intervenants, du secteur gouvernemental ou du secteur non gouvernemental, ayant des programmes d'action et des besoins différents, et de le maintenir.

La troisième composante concerne les initiatives nécessaires. L'adoption de nouvelles dispositions législatives et la modification des lois et règlements en place sont une des conséquences possibles de l'élaboration de politiques. La législation et les règlements corrélatifs forment le cadre juridique dans lequel on peut agir. Nous nous appuyons sur une loi relativement récente. La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* a été adoptée en 1996 et est entrée en vigueur en 1997. Elle est administrée par Santé Canada et expose les processus utilisés pour réglementer les substances psychoactives et ceux permettant de s'en procurer à des fins légitimes, tout en réduisant les risques de détournement et d'usage à des fins non légitimes.

Le Canada est signataire de trois conventions de l'ONU concernant la lutte antidrogue et est l'autorité nationale compétente en ce qui concerne l'administration de ces conventions. Nous vous avons décrit les dispositions de ces conventions et les conséquences du non-respect de ces conventions à diverses occasions précédentes et d'autres ministères l'ont fait également.

● (0950)

Depuis plusieurs années, Santé Canada élabore et met en oeuvre de nouveaux règlements, notamment le Règlement sur le chanvre industriel en 1998, le Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales l'année dernière et le Règlement sur les précurseurs, cette année. Nous sommes conscients que le Règlement sur les stupéfiants date et qu'il doit être remanié.

Quelles doivent être nos autres réalisations? Nous devons atteindre un équilibre adéquat en prenant des mesures de contrôle efficaces pour réduire les risques de détournement à d'autres fins sans entraver l'accès légitime aux substances contrôlées.

Les conventions internationales sur les stupéfiants regroupent diverses approches nationales au problème de l'abus de substances psychoactives. Alors qu'elles stipulent que les mesures prises pour mettre en oeuvre une convention sont assujetties aux restrictions imposées par la constitution du pays concerné, les attentes de la communauté internationale ne sont pas toujours conformes aux exigences de notre Charte des droits et des libertés. L'élaboration ou la modification de lois ou de règlements est un long processus. Il est nécessaire de disposer de mécanismes juridiques souples permettant de réagir rapidement quand un problème surgit.

L'élaboration d'un cadre réglementaire intelligent ne représente qu'un aspect des efforts à déployer. Il faut en outre veiller à ce que soient mis en place les mécanismes et les ressources nécessaires pour vérifier si les règlements sont respectés et les faire appliquer lorsqu'ils ne le sont pas. Santé Canada partage les responsabilités en matière de conformité et d'application des lois et règlements avec plusieurs organes fédéraux et provinciaux chargés de faire respecter la loi et avec l'Agence des douanes et du revenu du Canada (ADRC). Nous surveillons la conformité aux règlements et faisons des enquêtes périodiques sur les cas de détournement ou d'usage inapproprié de la part de clients réglementés. Nous faisons des inspections périodiques auprès des clients réglementés, par exemple les distributeurs autorisés. Dans les cas graves de non-conformité aux règlements, on a généralement recours à des sanctions administratives comme le non-renouvellement ou la révocation des permis, mais est-ce suffisant?

Le service d'analyse des drogues de Santé Canada, qui a quatre laboratoires dans diverses régions du pays, aide les forces policières en faisant pour elles des analyses des produits saisis et en les aidant à démanteler les laboratoires clandestins. Santé Canada examine actuellement ses stratégies et programmes portant sur la conformité à la loi et son application; le ministère a décidé d'augmenter le nombre d'inspecteurs au cours des deux ou trois prochaines années.

Des défis nous attendent. Il est indispensable de faire régulièrement des évaluations des risques pour établir un équilibre rentable entre un contrôle efficace et la disponibilité des ressources. Il n'est pas possible et probablement pas nécessaire de faire des inspections régulières portant sur toutes les personnes ou entreprises liées à la distribution et à l'utilisation légitime des substances contrôlées, c'est-à-dire les distributeurs autorisés, les pharmacies, les hôpitaux et les médecins. Il faut mobiliser les ressources pour agir là où elles seront les plus efficaces dans le cadre de la prévention et de la répression des abus et des usages inappropriés.

Nous avons besoin d'une meilleure capacité de collecte et d'analyse des données pour pouvoir cibler les ressources de façon plus efficace. La collecte des données, les programmes de conformité et les initiatives en matière d'application de la loi doivent être coordonnés avec ceux de divers organes compétents et c'est un défi. Par exemple, la réglementation des professionnels de la santé comme les pharmaciens et les médecins relève de la compétence des provinces. Lorsque ce type de professionnels sont considérés comme des parties dans des cas de détournement ou d'usage abusif de drogues ou médicaments réglementés liés à des prescriptions inappropriées, on ne sait pas toujours très bien qui a ou devrait avoir la responsabilité principale en matière d'intervention.

Outre la législation et la réglementation, il est nécessaire de mettre en place diverses autres composantes qui font partie du cycle des interventions. Notre objectif final doit être que les Canadiens et Canadiennes ne fassent pas un usage inapproprié ou une consommation abusive de substances psychoactives. La prévention est un facteur important mais il ne peut toutefois pas être entièrement

efficace. Malgré nos meilleures initiatives et nos meilleurs programmes actuels, certaines personnes ne seront jamais en mesure de se passer de prendre des drogues ou médicaments. Par conséquent, il est nécessaire de mettre en place divers services pour encourager la population, surtout les jeunes, à ne pas se mettre à consommer de telles substances, offrir des possibilités de traitement aux personnes qui sont prêtes à en abandonner la consommation et limiter les conséquences personnelles et sociales néfastes dans le cas des personnes qui n'arrivent pas à se désintoxiquer. La prévention améliore la santé de la population, réduit le nombre de personnes qui font un usage inapproprié de substances et est probablement la méthode la plus souhaitable et la plus humaine. La prévention était une priorité au cours des premières années qui ont suivi la mise en place de la Stratégie antidrogue. Cependant, au cours des périodes de compressions budgétaires, on a accordé davantage de priorité aux personnes ayant déjà besoin d'un traitement.

Diverses initiatives innovatrices en matière de prévention sont déjà en place au Canada, à l'échelon provincial, à l'échelon municipal et à l'échelle communautaire. Un de ces programmes est l'accord de Vancouver, un accord tripartite d'aménagement urbain portant sur une période de cinq ans et visant à régler divers problèmes dans la zone est du centre-ville de Vancouver. Santé Canada a versé 1 million de dollars pour financer l'accord de Vancouver en 1997 et restera un partisan actif d'une approche globale basée sur la collaboration à la situation grave et très complexe qui caractérise la zone est du centre-ville. En 2000-2001, Santé Canada a versé des contributions représentant au total plus de 2 millions de dollars pour diverses initiatives concernant la zone est du centre-ville portant notamment sur le VIH/sida, l'hépatite C, la nutrition prénatale, les enfants à risque et la santé des Autochtones.

• (0955)

Bien que dans le cadre de la stratégie antidrogue actuelle, on n'ait pas accordé de fonds pour la prévention comme telle, le ministère a mis en oeuvre diverses initiatives qui soutiennent les activités de prévention à l'échelle nationale. Par exemple, les programmes concernant les jeunes enfants comme le Programme d'action communautaire pour les enfants, le Programme canadien de nutrition prénatale et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones sont des initiatives orientées vers le développement d'enfants en bonne santé, capables de faire des choix sains. Divers programmes axés sur les groupes à risque élevé sont fondés sur des facteurs de protection, notamment sur la capacité parentale et le développement des facultés d'apprentissage; ils réduisent les facteurs de risque tels que l'absence de stimulation adéquate.

Outre ces activités primaires de prévention, Santé Canada a produit, avec le concours de ses partenaires provinciaux et territoriaux, des documents sur les meilleures pratiques à l'intention des professionnels. L'un de ces documents est intitulé: «Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes: un compendium des meilleures pratiques». Ce document porte sur les questions, les principes et les programmes de prévention concernant les jeunes, dans divers milieux, comme dans les écoles et dans la rue. Ces documents ont été très appréciés des intervenants en toxicomanies et des professionnels, à l'échelle nationale, mais dans ce domaine également, nous aurons des défis à relever.

Les fonds destinés à la prévention sont généralement les plus difficiles à justifier. Ils sont généralement octroyés pour éviter des conséquences précises et pas pour faire de la prévention axée sur certains membres des collectivités qui ont actuellement des difficultés. Par conséquent, c'est un défi constant de veiller à ce que les fonds nécessaires au financement d'activités de prévention soient octroyés en quantité suffisante et de façon soutenue.

Nous devons trouver des possibilités de coordonner les efforts des divers partenaires pour s'appuyer sur les points forts et s'assurer que les résultats sont synergiques, surtout si l'on manque de fonds. Durant les périodes de compressions budgétaires, il est difficile d'offrir des motivations suffisantes pour encourager les partenaires à maintenir leur participation pendant des périodes prolongées.

Il faut trouver des modes d'intervention innovateurs produisant de bons résultats par rapport aux coûts. Cette tâche est également difficile, étant donné que la plupart des initiatives ne portent fruit qu'à long terme. Maintenir l'appui et l'engagement envers l'intervention qui sera efficace est un défi de taille.

Les programmes de traitement et de réadaptation sont administrés par l'intermédiaire des systèmes de santé et des régimes sociaux provinciaux. Santé Canada y apporte une contribution par l'intermédiaire du Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie qui est un programme de contrepartie. Nous octroyons aux provinces 14 millions de dollars par an pour financer le traitement et la réadaptation, les services étant principalement axés sur les jeunes et sur les femmes. Des documents sur les meilleures pratiques sont également produits par Santé Canada, après consultation des provinces. D'après les provinces, ces documents se sont avérés très efficaces pour les fournisseurs de services de première ligne. Environ 54 000 exemplaires ont été distribués jusqu'à présent.

Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones fournit des services de traitement et de réadaptation par l'intermédiaire de 61 centres de traitement établis aux quatre coins du pays, dont huit sont des centres spécialisés dans l'abus de solvants et offrent des services à tous les membres des Premières nations.

Santé Canada a instauré des règlements spéciaux dans le but de soutenir les programmes de traitement à la méthadone. Ces programmes relèvent de la compétence des provinces mais c'est Santé Canada qui autorise ces médecins à utiliser le produit. Au Canada et à l'étranger, le traitement d'entretien à la méthadone demeure le type de traitement auquel on a le plus souvent recours pour soigner les personnes qui font de la dépendance aux opiacés mais nous faisons un examen des mécanismes de distribution et de contrôle de nouveaux produits.

On crée des tribunaux de traitement pour toxicomanie qui constituent des options appropriées en matière de gestion des infractions liées à la toxicomanie, mais ils suscitent souvent des réticences parce qu'on considère qu'ils imposent un fardeau supplémentaire à un système de soins de santé qui est déjà très sollicité. Santé Canada a versé une contribution financière pour le tribunal de traitement pour toxicomanie de Toronto.

Plusieurs défis subsistent. Les programmes de traitement et de réadaptation posent des défis en matière de fonctionnement et de gestion. Le traitement est rarement facile et n'est généralement pas rapide. Les rechutes sont courantes. Les toxicomanes ne sont généralement pas en mesure d'obtenir de l'aide lorsqu'ils sont disposés à se prévaloir de ces services. Une réaction rapide est souvent essentielle au succès de l'intervention. On n'a pas établi de

continuum de soins permettant de suivre le patient tout au long du cycle de traitement. Cette lacune a des répercussions néfastes pour la personne concernée et pour le programme de traitement. En outre, l'accès n'est pas uniforme dans toutes les collectivités et les besoins varient d'une personne à l'autre, ce qui augmente les difficultés de réussite. C'est particulièrement vrai en ce qui concerne les jeunes.

Le concept de la réduction des méfaits est fondé sur le principe que l'abus de substances psychoactives ne pourra jamais être complètement éliminé. L'objectif est de réduire le plus possible les conséquences néfastes de l'abus de substances psychoactives sur le plan individuel et sur le plan social. Les programmes de réduction des méfaits sur la santé ont pour but de réduire la propagation des maladies transmissibles, le nombre de décès dus à une overdose, la vulnérabilité à la criminalité, la vulnérabilité des non-toxicomanes aux comportements des toxicomanes et une amélioration de l'accès aux services sociaux et aux services de santé pour les toxicomanes. Plusieurs programmes de réduction des méfaits sont en place à l'échelle nationale, le Programme d'échange de seringues étant l'un des plus connus.

● (1000)

Santé Canada collabore avec les provinces et les territoires pour identifier de nouvelles initiatives plus efficaces comme les travaux du Comité fédéral-provincial-territorial sur l'usage des drogues par injection. Un rapport a été présenté aux ministres fédéral et provinciaux de la Santé et si vous ne l'avez pas déjà vu, je vous recommande de l'examiner. Votre comité a déposé plus de 40 recommandations détaillées. Une des suggestions les plus innovatrices est la recherche pilote sur les sites d'injection supervisés. Santé Canada est en train de délimiter un cadre législatif qui soutiendrait les projets de recherche que les provinces et les municipalités compétentes voudraient entreprendre dans ce domaine.

Dans ce secteur également, il y aura des défis à relever. La réduction des méfaits n'est pas un principe acceptable universellement et il faudra déployer d'autres efforts pour en expliquer l'utilité pour la société. Pour que les initiatives de réduction des méfaits portent fruit, il est nécessaire que tous les intervenants d'une collectivité soient disposés à donner leur entier appui à l'activité. Par exemple, le soutien de la police qui patrouille les rues est essentiel à la réussite de tout projet concernant des sites d'injection supervisés. La mise au point de méthodes innovatrices et efficaces qui soient par ailleurs conformes aux obligations internationales que nous avons en vertu des conventions de l'ONU représente un défi.

L'évaluation des initiatives prises dans le cadre d'une stratégie est essentielle pour cibler les fonds de la façon la plus appropriée et la plus efficace et pour identifier les meilleures pratiques. De l'information sur les projets individuels comme celui concernant l'usage des drogues par injection ou un examen des règlements aideraient toutes les parties concernées à choisir des mécanismes efficaces. Le défi en l'occurrence est la difficulté d'attribuer un lien de cause à effet dans des programmes bien intégrés. L'efficacité de cette méthode a été démontrée par des stratégies qui ont porté fruit comme la Stratégie de lutte contre le tabagisme. Les initiatives sont toujours plus efficaces lorsqu'elles sont jumelées à d'autres initiatives et il n'a pas toujours été possible d'évaluer l'efficacité des diverses stratégies en fonction du résultat. Il est indispensable de mettre en place des mesures et des indicateurs du rendement précis et reconnus. Cette composante est reliée à la composante recherche. Il est nécessaire d'accorder la priorité à l'élaboration de mesures simples et cohérentes dans le contexte d'une stratégie renouvelée. Le problème des ressources se pose également dans ce secteur. L'évaluation est un processus coûteux et on a tendance à y accorder une moins forte priorité en période d'austérité budgétaire.

Nous estimons que l'usage de drogues et l'abus de substances psychoactives est avant tout une question de santé pour l'individu et pour la population en général. C'est pourquoi un rôle prépondérant a été attribué à Santé Canada en ce qui concerne l'élaboration et la gestion de la Stratégie canadienne antidrogue. Pour jouer ce rôle de chef de file, des compétences et des activités vigoureuses au niveau de la coordination, de la consultation et de la communication sont indispensables. Il s'agit principalement de rassembler les personnes concernées et l'information à l'échelle locale, nationale et internationale pour en dégager un savoir collectif et un consensus sur les politiques et les initiatives à prendre dans des domaines où les préoccupations se rejoignent, comme l'usage inapproprié des médicaments d'ordonnance ou certaines tendances émergentes comme la recrudescence de l'abus de substances psychoactives chez les jeunes au cours des dernières années, surtout de la consommation de l'ecstasy. Il s'agit de reconnaître que nous avons besoin du savoir-faire collectif et que l'élaboration d'une stratégie nationale contre l'abus de substances psychoactives nécessite la participation de toutes les parties concernées, y compris les utilisateurs. Il s'agit de reconnaître les partenariats et de les développer. La diapositive 20 est une représentation graphique des diverses activités de coordination menées sous la direction de Santé Canada avec ses partenaires fédéraux, nationaux et internationaux.

Nous attendons en outre avec impatience les recommandations de votre comité et celles du comité spécial du Sénat qui nous permettront d'éclairer et d'orienter nos travaux. Après le dépôt de vos recommandations, nous comptons, avec l'aide de nos partenaires, créer une vision renouvelée d'une stratégie nationale contre l'abus de substances psychoactives et identifier des approches renouvelées dans le but d'atteindre des buts et objectifs mesurables qui représentent un défi, avec l'aide de tous nos partenaires.

La création d'un réseau entièrement intégré quoique global de services et d'initiatives ne sera pas tâche facile. On aura de la difficulté à déterminer quels doivent être les liens entre les divers éléments et les priorités importantes. Il faudra déterminer le lien entre ces initiatives ou activités et tout processus de renouvellement du système de santé qui sera mis en place au cours des prochaines années, afin d'éviter des lacunes.

Il ne sera pas facile de déterminer comment il convient de mettre en oeuvre les activités de façon à ce que le réseau soutienne les individus et la société de façon efficace et les fasse progresser en

toute harmonie vers une réduction de l'usage de drogues et de l'amélioration de la santé; pour ce faire, il faudra prendre des engagements et mobiliser des ressources importantes. Il sera nécessaire d'établir des partenariats vigoureux et d'adopter des approches cohérentes, à tous les paliers de compétence, pour assurer une certaine uniformité et réaliser des progrès. Il faudra tenir compte des divers aspects des facteurs offre et demande. On a toujours eu de la difficulté à concilier de telles exigences et ce, en grande partie, faute de ressources adéquates.

• (1005)

La capacité d'élaborer et de maintenir une stratégie antidrogue efficace reposera principalement sur une collecte globale et systématique de données précises et pertinentes et sur une saine gestion des connaissances avec l'aide des divers partenaires fédéraux, provinciaux et municipaux et des organisations non gouvernementales. Nous attendons vos recommandations avec impatience et soulignons que l'efficacité d'une stratégie renouvelée dépendra d'une répartition équilibrée des ressources entre les diverses composantes du cycle et de ressources suffisantes pour répondre aux attentes de la stratégie.

Je vous remercie pour votre attention.

La présidente: Merci, monsieur Michols.

Avant de permettre à M. White de poser des questions, j'en aurais une à poser au sujet de la diapositive concernant les dépenses actuelles. Les dépenses de la Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs s'élèvent à 34 millions de dollars. Celles de la Direction générale de la santé des Premières et des Inuits se chiffrent à 70 millions de dollars. Cette différence est-elle due au fait que dans ce dernier cas, vous assumez les dépenses à la place des provinces?

M. Dann Michols: Nous sommes les fournisseurs de services de santé pour les membres des Premières nations des réserves et les Inuits du Nord.

La présidente: Bien. C'est pourquoi ce montant est si élevé par rapport à l'autre.

De 1987 à 1992, vous aviez 210 millions de dollars, soit 42 millions de dollars par an alors qu'au cours des cinq années suivantes, vous aviez 20,8 millions de dollars par an et que depuis lors, le montant a encore diminué. À combien est-il rendu?

• (1010)

M. Dann Michols: Pardon?

La présidente: Vous avez dit que vous aviez...

M. Dann Michols: Une somme de 210 millions de dollars sur cinq ans pour tous les ministères participant à la stratégie.

La présidente: Ça représente donc environ 42 millions de dollars par an.

M. Dann Michols: Oui.

La présidente: Vous avez ensuite reçu 104 millions de dollars pour les cinq années suivantes, soit 20,8 millions de dollars par an.

M. Dann Michols: C'est bien cela.

La présidente: Vous avez ensuite mentionné que...

M. Dann Michols: Le montant a été considérablement réduit et est à peine supérieur, je pense, au montant des dépenses pour le Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie, qui est de 14 millions de dollars par an.

La présidente: Bien. Merci.

Monsieur White.

M. Randy White (Langley—Abbotsford, Alliance canadienne): Merci d'être venu témoigner, monsieur Michols. Nous avons déjà reçu des représentants de Santé Canada et j'avoue sincèrement que je n'avais pas été très impressionné par ces premiers contacts avec Santé Canada. Votre ministère coordonne plus ou moins cet effort depuis 1988, soit depuis 14 ans. Je voudrais vous donner un aperçu de mes constatations personnelles.

De nombreux ministères fédéraux participent au programme de la lutte antidrogue et la plupart d'entre eux ne suivent pas leurs dépenses, n'ont pas de buts ou d'objectifs, ni de résultats mesurables; ils dépensent sans compter, année après année. L'abus de substances psychoactives est en recrudescence. Les possibilités de traitement sont inexistantes dans la plupart des régions. Vous avez mentionné les quelques 2 millions de dollars que vous investissez à Vancouver, mais j'habite à environ une heure de route de cette ville, dans une localité où l'on n'investit que des sommes dérisoires, voire pas un sou. Aucune enquête nationale n'a été faite depuis 1997; vous avez parlé de 1996 mais je pense que c'est depuis 1997. On fait des études qui se chevauchent, que ce soit à l'échelle municipale, à l'échelle provinciale ou à l'échelle fédérale, et elles ne font généralement l'objet d'aucune coordination. Le ministre de la Santé a fait à Vancouver, il y a quelque temps, une annonce de nature plutôt politique, sur les sites d'injection supervisés. J'ai l'impression qu'il n'avait pas la moindre idée de ce dont il parlait au moment où il a fait cette annonce. Dernièrement, un ministre de la Justice a fait une annonce, à caractère politique je présume, concernant la légalisation de la marijuana ou sa décriminalisation. Je suppose que cette décision a été prise en fonction de ses compétences personnelles mais qu'elle n'est pas nécessairement fondée sur des données concrètes.

On n'a encore jamais défini la notion de réduction des méfaits de façon uniforme. Dans plusieurs cas, il serait en fait plus exact de dire «prolongation des méfaits». J'ai apporté avec moi dans de nombreuses localités du pays deux documents successifs sur la stratégie antidrogue, là où les documents n'ont pas grande utilité pour les intervenants de la rue. D'après les conversations que j'ai eues avec des personnes qui s'efforcent d'aider les alcooliques ou les toxicomanes, ces documents n'avaient pas grande utilité pour elles.

J'ai constaté que des sommes considérables ont été dépensées inutilement dans le cadre de cet exercice et j'ai été témoin de la fermeture de nombreux centres de réadaptation plutôt que de l'ouverture de nouveaux centres, la plupart des centres existants s'efforçant de survivre. Le comble, c'est que le Service correctionnel du Canada a instauré un centre de recherche à l'Île-du-Prince-Édouard pour examiner le problème de la drogue dans les prisons alors qu'on aurait pu et qu'on aurait dû entreprendre ce type de recherche dans un autre centre existant.

Je voudrais que vous expliquiez comment vous mesurez le degré d'efficacité des efforts que le ministère de la Santé déploie depuis plus de 14 ans dans le domaine de la lutte antidrogue au Canada.

M. Dann Michols: L'aperçu que vous venez de donner a un certain rapport avec les défis que je viens de mentionner dans mon exposé. La recherche d'une solution au problème de l'abus de substances psychoactives au Canada fait intervenir plusieurs paliers de gouvernement et divers partenaires. Les ressources affectées à ces activités sont largement insuffisantes compte tenu de l'ampleur de la tâche à accomplir.

Quelques initiatives prises dans ce domaine ont toutefois porté fruit et j'en ai cité plusieurs qui sont dues à Santé Canada. Elles

portent principalement sur la coordination des activités entre les diverses parties concernées, la diffusion de l'information à travers le pays et l'aide à l'élaboration des données et à la recherche nécessaire pour déterminer quelles initiatives sont efficaces. C'est toutefois largement insuffisant, compte tenu de l'ampleur du problème.

• (1015)

M. Randy White: Santé Canada est-il l'organisme le mieux placé pour coordonner ces activités? Je pense que la coordination de tous ces efforts ne devrait pas nécessairement être confiée à un ministère. En effet, les autres ministères estiment pouvoir prendre des initiatives à leur guise puisque vous pouvez prendre celles que vous voulez. Je me demande s'il ne conviendrait pas de créer un organisme central national pour coordonner les activités et gérer ce problème, à l'échelle nationale et internationale. Je vous pose la question.

M. Dann Michols: Je présume que le gouvernement serait disposé à examiner une autre solution qui pourrait s'avérer efficace. Comme je l'ai expliqué, si Santé Canada est le chef de file dans ce domaine actuellement, c'est parce que la consommation abusive de drogues est considérée avant tout comme un problème de santé et que nous sommes le ministère fédéral compétent dans ce domaine. La lutte antidrogue nécessite toutefois une forte coordination des activités des autres ministères. Les ministères ont leurs propres objectifs et leurs propres buts. La plupart d'entre eux n'ont pas des fonds suffisants pour les atteindre. Il y a peut-être d'autres possibilités d'assurer une coordination efficace. C'est une question que nous examinerons volontiers.

M. Randy White: Comment un ministère comme le vôtre, qui est chargé d'assurer la coordination, coopère-t-il avec un organisme comme le Service correctionnel du Canada qui a apparemment un des budgets les plus importants pour la lutte antidrogue mais qui, à mon humble avis, obtient les moins bons résultats dans ce domaine. Qui assure la coordination de ces activités? Qui signale au Service correctionnel du Canada qu'un grave problème de drogues se pose dans les prisons et lui demande ce qu'il fait de tout l'argent qu'il a à sa disposition? Qui est-ce qui le fait?

M. Dann Michols: Nous avons fait à plusieurs occasions des recommandations au Service correctionnel du Canada et à d'autres ministères ou organismes sur les possibilités d'inclure des initiatives de lutte antidrogue dans leurs programmes. C'est en définitive le Service correctionnel du Canada qui est responsable de la fourniture de ces services aux détenus, mais nous lui avons fait des recommandations à ce sujet.

M. Randy White: Si vous pensez que j'éprouve un sentiment de frustration, c'est exact. Je suis extrêmement frustré à cause du peu de progrès réalisés et du manque de coordination dans le contexte de la lutte antidrogue au Canada et je reconnais en toute sincérité que je ne suis pas satisfait du rendement de votre ministère, ni des autres, dans ce domaine. C'est en raison du sentiment de frustration que j'ai au sujet des divers problèmes liés à la drogue dans ce pays que je pose ces questions.

En ce qui concerne la réadaptation, j'ai eu affaire à Santé Canada à propos d'aide pour un projet pilote mis en place dans ma circonscription. Allan Rock, qui était ministre à l'époque, m'a dit de m'adresser à Santé Canada et tout s'est relativement bien passé au niveau des discussions à Ottawa. Par contre, lorsque je me suis adressé au bureau régional de la Colombie-Britannique, celui-ci a refusé catégoriquement de m'accorder de l'aide sous prétexte qu'il n'avait pas les fonds nécessaires et qu'il n'était pas responsable des promesses faites par les fonctionnaires d'Ottawa. La situation s'est détériorée très rapidement. Je me demande si la coordination de cet exercice est bonne au sein de votre propre ministère. D'après ce que j'ai pu constater, le bureau régional est plutôt un organisme autonome qui ne tient pas compte de ce qu'on dit à Ottawa et qui n'en fait qu'à sa tête. Êtes-vous convaincu que vos diverses directions générales vous soutiennent efficacement dans le cadre des projets que vous entreprenez?

M. Dann Michols: Vous savez probablement que Santé Canada a procédé à une restructuration majeure il y a environ deux ans. C'est alors que ma direction générale a été créée. La restructuration avait pour principal but de regrouper les activités axées sur la protection de la santé, les activités réglementaires et les activités axées sur la promotion de la santé. Ma direction générale a des responsabilités dans ces deux secteurs. En outre, on m'a confié à la suite de cette restructuration la responsabilité de regrouper les divers volets de la stratégie antidrogue qui relevait d'autres secteurs de Santé Canada. Cette restructuration nous a aussi donné l'occasion de renforcer les opérations régionales relatives aux activités dont je suis responsable et d'établir de meilleures relations entre les directeurs généraux des divers programmes dont j'ai la responsabilité et le personnel de soutien chargés de la mise en oeuvre de ces programmes. Par conséquent, je pense que si vous entrepreniez la même démarche actuellement, vous obtiendriez une réaction beaucoup plus éclairée et plus favorable à travers le pays.

• (1020)

M. Randy White: Je vous remercie.

La présidente: Merci, monsieur White.

Monsieur Ménard.

[Français]

M. Réal Ménard (Hochelaga—Maisonneuve, BQ): Alors j'ai huit questions à poser. Je vais donc y aller rapidement, en espérant avoir des réponses courtes et précises. D'abord, je suis très content qu'on se voie à nouveau.

Dans les documents que vous aviez fait parvenir à notre greffière —je ne me rappelle pas quand—vous aviez donné beaucoup d'informations. Il y a une trentaine de fiches signalétiques concernant des questions posées par des membres du comité. Je les ai relues hier soir pour qu'on fasse bien les liens avec votre présentation d'aujourd'hui et l'information que vous nous avez donnée.

Est-ce que vous seriez en mesure de déposer au comité, un peu comme cela existe pour le programme PACE, le Programme d'action communautaire pour les enfants, des évaluations externes qui auraient été faites du bilan de la stratégie par votre ministère?

Je pense que les membres du comité, de façon générale, se demandent quel bilan doit-on faire des phases I et II de la stratégie canadienne antidrogue. Dans le document que vous nous avez déposé, vous signalez huit points positifs.

Je veux bien croire cela, mais j'aimerais savoir si des analyses externes ont été faites et si nous pouvons en prendre connaissance. Dans le même ordre d'idées, dans les aspects positifs que vous

mentionnez, vous dites: «il y a une baisse de la consommation de la plupart des substances, particulièrement chez les jeunes». Sur quoi vous appuyez-vous pour faire une affirmation comme celle-là? C'est ma première question.

[Traduction]

M. Dann Michols: La diminution dont j'ai parlé concerne le tabagisme. Malheureusement, d'après les données disponibles, on a enregistré une augmentation de l'utilisation de toutes les autres substances susceptibles de faire l'objet d'un usage abusif.

[Français]

M. Réal Ménard: Je parlais de ce document où on disait «une baisse de la consommation». Mais il faut comprendre que c'est ciblé chez les jeunes et on comprend que les garçons et les filles n'ont pas le même comportement face au tabac.

Par ailleurs, concernant la question des évaluations externes, comme cela existe pour d'autres programmes à Santé Canada, est-ce qu'il y a eu des évaluations externes de votre ministère pour la stratégie canadienne antidrogue? Et pouvez-vous déposer ces documents au comité?

[Traduction]

M. Dann Michols: La plus récente évaluation est celle du rapport du vérificateur général auquel vous avez accès, je pense; nous pouvons toutefois déposer ce document. Nous n'avons pas d'autres évaluations à notre disposition, à ce que je sache.

Gillian?

Dre Gillian Lynch (directrice générale, Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées, Santé environnementale et sécurité des consommateurs, Ministère de la Santé): Aucune évaluation externe n'a été faite, à ma connaissance, en ce qui concerne les deux premières étapes. On avait prévu un processus d'évaluation en ce qui concerne la première étape. Des évaluations de divers projets ont peut-être été faites, mais on n'a plus fait d'évaluation globale depuis que la troisième étape est amorcée.

[Français]

M. Réal Ménard: J'espère que vous réalisez combien c'est aberrant, parce que dans nos comtés, quand les organismes communautaires reçoivent 18 000 \$, 20 000 \$ ou 25 000 \$, ils doivent remplir paperasse par dessus paperasse pour faire des évaluations. Pour le cas du PACE, évidemment, c'est très positif, parce qu'il y a eu une formation. Mais qu'un ministère comme le vôtre, comme le disait Randy White qui est le principal coordonnateur de la stratégie, n'ait pas eu d'évaluation, il me semble qu'il y a matière à se poser des questions.

J'enchaîne avec une autre question. Dans la ventilation de vos budgets que vous avez fait parvenir spécifiquement pour la stratégie, si on y exclut les dépenses pour les autochtones qui couvrent par ailleurs la moitié de vos budgets disponibles, il y a le Bureau des substances contrôlées.

J'aimerais qu'on échange au sujet du Bureau des substances contrôlées. Si je comprends bien, c'est lui qui fait les recherches les plus récentes concernant la légalisation de la marijuana et c'est lui qui devrait avoir le plus d'informations sur son caractère négatif, sur son innocuité ou pas.

Qu'est-ce que vous pouvez nous donner comme information qui serait utile à notre compréhension, en lien avec la légalisation de la marijuana?

•(1025)

[Traduction]

M. Dann Michols: Je demanderai à Gillian de répondre également.

Ce n'est pas le Bureau des substances contrôlées qui se charge de la marijuana utilisée à des fins médicales; cela fait partie du programme, mais cette question relève d'un autre bureau. Nous avons recueilli et dépouillé le plus grand nombre possible de renseignements sur la valeur thérapeutique et les risques associés à la marijuana utilisée à des fins médicales. Si nous avons un programme de recherche dans ce domaine, c'est parce que nous en avons conclu qu'on avait accès à de nombreux renseignements anecdotiques mais pas à des renseignements scientifiques ou des preuves concrètes des bienfaits thérapeutiques, le type de preuves que l'on exige en ce qui concerne d'autres produits à usage médical.

[Français]

M. Réal Ménard: Madame la présidente, excusez-moi. Je me suis trompé, votre document est très clair. J'ai lu la mauvaise ligne, c'est le Bureau de l'accès médical au cannabis qui fait la recherche. Je l'avais ici mais je me suis trompé de ligne, je m'excuse.

Seriez-vous en mesure de déposer, par exemple, le type de recherche que vous avez fait? Et est-ce que ce bureau-là fait des recherches différentes de celles de l'Institut de recherche en toxicomanie? Par exemple, peut-être savez-vous que des témoins nous ont recommandé la création d'un institut spécifique sur la recherche en toxicomanie. Il y a même des témoins qui disent que le gouvernement américain a dépensé 10 fois plus d'argent au Canada sur la recherche en toxicomanie que ne le fait le gouvernement canadien.

Alors cela m'intéresserait de savoir s'il y a un sommaire de quelques pages qu'on pourrait lire sur l'ensemble des recherches qui ont été conduites par le Bureau de l'accès médical? Et est-ce que ces recherches sont différentes de ce que fait l'Institut de recherche en toxicomanie et en santé mentale?

[Traduction]

Dre Gillian Lynch: Oui, je crois pouvoir donner des informations supplémentaires. Nous avons mis en place un plan de recherche qui a été déposé en 1999, si j'ai bonne mémoire. Dans ce plan, on avait prévu un montant de 7,5 millions de dollars pour la recherche sur l'usage de la marijuana à des fins médicales. Nous poursuivons la mise en oeuvre de ce plan de recherche. Nous avons mis en place deux projets pilotes qui ont été approuvés par le biais du processus des Instituts de recherche en santé du Canada ou par le biais d'un processus distinct. Un de ces projets est le Community Research Institute de Toronto et l'autre est McGill. Le projet de Toronto porte sur la stimulation de l'appétit des personnes atteintes du VIH-sida. L'autre, celui de McGill, concerne la douleur neuropathique. Ces deux études sont sur le point d'être entamées. Nous négocions actuellement avec le NIDA et nous venons d'apprendre que cet organisme avait donné le feu vert pour le projet de Toronto. Les responsables du programme de Toronto nous ont appris lundi qu'ils seraient prêts à aller de l'avant vers la fin-septembre ou dans le courant d'octobre. Ces deux projets seront donc mis en place.

[Français]

M. Réal Ménard: Donc, dans le fond, les études dont vous me parlez sont les études qui sont faites dans le cadre des instituts?

[Traduction]

Dre Gillian Lynch: Nous avons un budget pour la recherche. Nous ferons peut-être appel aux Instituts de recherche en santé du Canada pour nous aider à gérer cette recherche. Nous ne passerons peut-être pas par eux pour la recherche comme telle. Une de ces études, celle de McGill, est faite par l'intermédiaire des Instituts de recherche en santé du Canada, mais elle est financée par les fonds que nous octroyons pour ce programme. Nous collaborons avec cet organisme pour d'autres recherches concernant des études contrôlées et des études nécessitant la participation d'un plus grand nombre de personnes. Nous en discutons et nous comptons bien entamer ces études d'ici peu. Voilà en quoi consiste notre programme de recherche pour le moment.

[Français]

M. Réal Ménard: On a porté à notre connaissance trois études qui ont été faites et d'ailleurs, j'en ai une avec moi, soit Zoccolillo, Vitaro et Tremblay.

J'aimerais savoir s'il est possible qu'il y ait un sommaire des études qui ont été faites? On a déposé un document qui avait également été déposé au Sénat sur un certain nombre d'études. Il me semble que s'il y a un bureau qui regarde spécifiquement la question du cannabis à des fins thérapeutiques, ce serait bien d'avoir un bilan sommaire de ce qui a été fait.

J'ai une troisième question à poser, si je n'abuse pas du temps de la présidence.

La présidente: Vous avez une minute et demie.

M. Réal Ménard: Bien voyons, madame la présidente!

La présidente: Vous avez une minute et demie.

M. Réal Ménard: Mais il y aura un deuxième tour, je vous connais.

Quelle est votre évaluation du comité fédéral-provincial-territorial qui s'occupe de la stratégie de réduction des méfaits? Peut-il devenir une instance intéressante pour mettre en oeuvre certains éléments de la stratégie?

Je sais qu'il existe un comité fédéral-provincial-territorial sur la prostitution de rue; je sais qu'il en existe un sur la question de la réduction des méfaits. Qu'est-ce que vous pouvez nous dire concernant la réduction des méfaits et l'ensemble des drogues du comité fédéral-provincial-territorial?

•(1030)

[Traduction]

M. Dann Michols: Le comité fédéral-provincial-territorial est composé de représentants de tous les ministères provinciaux et fédéraux concernés par cette question. C'est un groupe de travail qui a été créé sous les auspices de la Conférence des sous-ministres de la Santé. Ils ont préparé un rapport contenant diverses recommandations concernant l'utilisation de drogues par injection. Ce rapport a été déposé auprès des sous-ministres et accepté, puis il a été déposé auprès des ministres. Il s'agit maintenant de les examiner aux divers paliers de compétence et de décider ce que l'on veut faire ensuite de ces recommandations. Il s'agit d'un effort collectif. La collaboration a été très bonne entre les divers organismes concernés et nous espérons que l'on poursuivra cette tâche.

[Français]

M. Réal Ménard: Je termine en disant...

La présidente: Il y aura un autre tour.

M. Réal Ménard: J'aimerais qu'on aille visiter le Bureau d'accès...

La présidente: Il y aura un autre tour.

Monsieur Lee.

[Traduction]

M. Derek Lee (Scarborough—Rouge River, Lib.): Je vous remercie pour l'aperçu assez précis que vous avez donné des activités de Santé Canada dans ce domaine.

Dans le cadre de nos travaux, nous nous sommes fondés sur le principe que la situation n'est pas parfaite dans le contexte de cette enveloppe. Nous pensons qu'on pourrait faire plus. On investit des fonds dans la lutte contre ce problème aussi bien au Canada que dans d'autres pays. La bonne nouvelle est peut-être que nous n'y consacrons pas des sommes aussi importantes que divers autres pays comme les États-Unis, qui investissent des milliards de dollars dans ce domaine. En définitive, les Canadiens ont toujours l'impression que nous n'avons pas réalisé beaucoup de progrès. Le problème subsiste et nous n'arriverons peut-être jamais à nous en débarrasser compte tenu des difficultés que nous avons à le gérer, et à obtenir les meilleurs résultats possible en limitant le plus possible les dégâts.

Nous avons quelque compassion pour votre ministère étant donné sa situation. Vous n'avez pas beaucoup de ressources à votre disposition. Il est possible que la stratégie ait été mal conçue ou que l'examen des programmes ait entraîné une réduction de tous les budgets ministériels pour combler le déficit national. Quoi qu'il en soit, on ne remarque pas beaucoup de changements et, comme législateur, je ne puis en faire le reproche à votre ministère, parce que vous n'avez pas suffisamment de fonds.

Vous avez mentionné à juste titre que le problème de la drogue est avant tout une question de santé au Canada. Les principaux fournisseurs des services de santé au Canada sont les gouvernements provinciaux. Comment faites-vous, s'il s'agit vraiment d'un problème de santé? À ce propos, je constate qu'on y consacre des sommes plus importantes dans le cadre de l'enveloppe de santé des Autochtones, où le gouvernement fédéral a une responsabilité considérable. Comment faites-vous en ce qui concerne le reste de la population? S'il s'agit avant tout d'un problème de santé et que la prestation des services de santé relève de la compétence des provinces, comment le gouvernement fédéral arrive-t-il à participer à l'élaboration de solutions?

M. Dann Michols: C'est une excellente question et je pense que, dans une certaine mesure, elle va au coeur du rôle de coordonnateur que joue le gouvernement fédéral à l'échelle nationale, sans être nécessairement aux commandes. Mes collègues ont peut-être d'autres commentaires à faire, mais je voudrais signaler que pour collaborer de façon efficace avec les provinces, il y a d'abord trois conditions à remplir. La première est de posséder les données et les connaissances sur la nature du problème, sur ses racines et sur les mesures qu'on pourrait prendre pour le résoudre. La deuxième est l'éducation des diverses parties concernées. Elle implique l'intervention occasionnelle des ministères provinciaux de la santé et dans certains secteurs, l'accès aux données et l'interprétation des données. La troisième est la capacité d'intégrer les initiatives prises dans le secteur de l'abus de substances psychoactives à d'autres initiatives entreprises par le système de santé provincial, pour pouvoir affecter certaines dépenses déjà investies dans le système de santé à la «réduction des méfaits dus à l'abus de substances», compte tenu des préoccupations que suscite à travers le pays la pénurie générale de ressources dans ce secteur. Il serait utile d'y affecter des ressources supplémentaires mais il serait également efficace de cibler une

portion des ressources actuelles pour le financement des activités de réduction des méfaits.

• (1035)

Dre Gillian Lynch: On peut rassembler diverses personnes et dégager un consensus en ce qui concerne les initiatives qu'on veut prendre. On a d'abord besoin des données nécessaires et d'autres éléments mais, quand on les a réunis, si on veut vraiment former un partenariat, il est essentiel de convaincre les autres de suivre et d'adopter les mêmes objectifs. C'est difficile parce que les plans d'action des autres ne coïncident pas toujours au même moment et c'est là que réside en partie notre difficulté. C'est ce que je tenais à préciser.

M. Derek Lee: Si je vous demandais de rappeler quelle est la nature du problème en ce qui concerne les drogues, que diriez-vous? Quelle est la perception du problème des drogues? Si je prends de l'aspirine, ça ne pose pas de problème. En quoi consiste le problème des drogues? Votre ministère le sait-il? Le problème réside-t-il dans le fait de consommer des drogues ou dans les méfaits de leur consommation? Dites-moi en quoi consiste au juste le problème des drogues au Canada.

M. Dann Michols: Le problème de la drogue au Canada se présente sous diverses formes, mais il s'agit avant tout de la consommation de substances qui ne devraient pas être consommées et de l'abus de certaines substances destinées à d'autres usages. Les dommages causés par cette activité touchent d'abord l'individu, puis l'ensemble de la société. Ce dommage devient ensuite une charge pour les institutions, pour la société ou pour les familles. Il s'agit de l'usage inapproprié et de l'abus de diverses substances. Les substances concernées sont nombreuses, comme vous l'avez certainement appris dans le cadre des travaux de ce comité: l'alcool, les médicaments d'ordonnance, les médicaments en vente libre ainsi que les narcotiques et les substances contrôlées. Il s'agit de substances très diverses qui nécessitent des interventions différentes.

M. Derek Lee: Pour le ministère de la Santé, la question de l'illégalité n'entre probablement pas en ligne de compte. Est-ce bien cela? Le problème ne réside-t-il pas dans les méfaits pour l'individu et dans les autres méfaits? De quelle nature sont-ils? Dites quel est le principal méfait sans parler d'infractions.

M. Dann Michols: Je suis désolé. Je ne pense pas que les méfaits soient dus au fait d'enfreindre des règles mais, comme j'ai tenté de l'expliquer, les règlements constituent un mécanisme par lequel on s'efforce d'enrayer le problème. Le problème est lié à l'usage et à l'abus de substances psychoactives. Il ne tient pas au fait que certaines d'entre elles soient illégales; la plupart d'entre elles sont légales mais on en fait un usage détourné ou un usage auquel elles ne sont pas destinées.

Les méfaits de la drogue vont de l'incapacité de l'individu d'être productif et en santé aux répercussions du détournement des ressources destinées à d'autres fins pour s'occuper de cet individu et des problèmes engendrés par son comportement.

M. Derek Lee: C'est un champ très large. Cela n'inclut-il pas la consommation de quantités exagérées de caféine par l'intermédiaire du café? La caféine est une substance psychoactive. On peut en abuser. On peut consommer trop de caféine. Une consommation excessive de caféine peut avoir des répercussions sur la santé.

M. Dann Michols: Elle en a incontestablement. Je ne pense toutefois pas que ses conséquences soient de même nature que celles de l'abus de certaines autres substances.

M. Derek Lee: J'estime que la caféine devrait figurer au tableau des substances de Santé Canada. Elle n'y figure pas, si je ne m'abuse. C'est pourtant une substance psychoactive.

M. Dann Michols: Ce n'est pas une substance contrôlée.

M. Derek Lee: Elle correspond pourtant à votre définition. Ce que je veux dire, c'est que c'est un problème d'une ampleur considérable. Vous avez fait une description verbale de la nature du problème mais, dans la pratique, vous négligez diverses substances dont on fait une consommation abusive et concentrez votre attention sur d'autres.

M. Dann Michols: Oui.

M. Derek Lee: Dans certains cas, on ne s'intéresse pas tellement à la substance proprement dite mais plutôt aux méfaits qui y sont associés. En ce qui concerne la marihuana par exemple, je m'interroge toujours sur ses méfaits. Je sais qu'elle est illégale, mais la nicotine et le tabac ont des méfaits plus graves que les substances que contient la marihuana. Je voudrais qu'on m'aide à savoir quels sont les facteurs sur lesquels vous portez toute votre attention en ce qui concerne les méfaits les plus graves associés à la consommation de substances psychoactives. Une personne qui fume deux paquets de cigarettes par jour a un problème de santé plus grave que quelqu'un qui fume un joint de marihuana par jour. Je ne doute pas que votre ministère considère que c'est un raisonnement qui se tient.

• (1040)

M. Dann Michols: Je pense qu'une de vos difficultés, et par conséquent une des nôtres, réside dans la description ou la définition de l'ampleur et de l'acuité du problème qu'il faut tenter d'enrayer. Diverses substances causent beaucoup plus de dommages que d'autres lorsqu'on en fait un usage abusif. Le défi auquel sont confrontés les décideurs publics est de déterminer les priorités dans ce domaine, car elles sont différentes, et les ressources qu'il convient de mobiliser à cette fin.

M. Derek Lee: Les ivrognes ne sont-ils pas la cause de plus de dommages au Canada, étant donné leur nombre, que les héroïnomanes?

M. Dann Michols: C'est pourquoi l'alcool est considéré comme une des substances dont on peut faire une consommation abusive et pourquoi la lutte contre ses méfaits pour l'individu et la société fait partie de la stratégie.

M. Derek Lee: Bien. Je tentais, aux fins du compte rendu, de signaler que notre société est dans une certaine mesure incapable de déterminer quelles sont les substances les plus nocives, celles qu'il faudrait cibler et celles qu'il faudrait mettre en haut de la liste ou au bas de la liste. Notre étude porte, bien entendu, sur l'usage non médical des drogues, qui constitue un volet de l'enveloppe. J'essaie encore de déterminer sur quoi il faudrait concentrer son attention.

Je vous remercie.

La présidente: Merci.

Monsieur Sorenson.

M. Kevin Sorenson (Crowfoot, Alliance canadienne): Oui. Je vous remercie d'être venus.

C'est intéressant d'examiner toute cette question, mais je suis impatient d'avoir l'occasion d'examiner de plus près votre exposé lorsqu'il sera sur papier, parce qu'il contenait probablement beaucoup plus d'informations que ce que nous avons pu saisir au passage. J'avais l'impression que vous aviez adopté un débit aussi rapide que celui d'un commissaire priseur.

M. Dann Michols: Je sais ce que c'est.

M. Kevin Sorenson: M. Lee pense que les alcooliques sont la cause de plus de problèmes au Canada que les héroïnomanes. Ils nous coûtent davantage. Il est indéniable que la personne qui fume deux paquets de cigarettes par jour se fait aussi plus de tort que celle qui ne fume qu'un joint de marihuana. Je pense toutefois que ce type de commentaire n'a aucun rapport avec l'objet de notre étude. Nous examinons la question de l'abus de substances psychoactives en général, qu'il s'agisse de nicotine, étant donné la consommation qu'on en fait au Canada, ou de la marihuana, consommée en moins grande quantité. On ne peut pas acheter de la marihuana au magasin et je pense que si c'était possible, on constaterait peut-être que ceux qui fument de la marihuana causeraient beaucoup plus de problèmes pour notre pays que les personnes qui fument un ou deux paquets de cigarettes par jour. Dans les deux cas, cela poserait pour notre pays de nombreux problèmes liés à la productivité, à la santé ou au bien-être individuel.

Je voudrais poser une question au sujet de la diapositive intitulée «Dépenses actuelles de Santé Canada au sujet de l'usage de substances psychoactives: établir les paramètres». Il a beaucoup été question d'évaluation. On n'a pas fait d'évaluation suffisante de la politique antidrogue, ni des résultats obtenus par Santé Canada ou encore de la reddition de comptes. Les initiatives de votre ministère portent-elles fruit? Sont-elles un échec cuisant? Vous pourriez peut-être faire le point là-dessus. Dans les dépenses directes concernant l'abus de substances psychoactives, on constate que celles-ci s'élèvent à 5 millions de dollars en ce qui concerne l'administration des règlements et à 5 millions de dollars en ce qui concerne le Programme sur l'usage de la marihuana à des fins médicales. Lorsque ce programme a été instauré, nous nous sommes lancés dans la culture de la marihuana. L'expérience s'est soldée par un échec cuisant. L'expérience de Flin Flon n'a pas donné de bons résultats. C'était un échec. On a toutefois consacré 5 millions de dollars à la poursuite de ce programme. S'agit-il de dépenses annuelles?

• (1045)

M. Dann Michols: Ce sont des dépenses annuelles.

M. Kevin Sorenson: S'agit-il des dépenses annuelles pour l'exercice précédent?

Dre Gillian Lynch: C'est le budget pour cette année.

M. Kevin Sorenson: Bien.

Il y a ensuite le Service d'analyse des drogues. Les dépenses s'élèvent à 34 millions de dollars, en tranches de 5 millions de dollars, 5 millions de dollars, 4,5 millions de dollars, 4 millions de dollars pour la politique, la recherche et les affaires étrangères et 14 millions de dollars pour le Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie. Par contre, en ce qui concerne la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, les dépenses s'élèvent à 70 millions de dollars. La diapositive n'indique pas comment ces dépenses sont réparties. Tout ce qu'on sait, c'est qu'elles concernent l'alcool et les solvants. Le budget de cette direction générale est donc le double de celui de la précédente. En ce qui concerne cette dernière, les dépenses sont ventilées en six ou sept catégories mais dans ce cas-ci, aucune autre information que le montant global n'est donnée; aucune ventilation n'est faite et aucune évaluation des taux de réussite ou d'échec n'est mentionnée. Pouvez-vous indiquer comment sont réparties ces dépenses de 70 millions de dollars?

M. Dann Michols: Oui, mais il faut être très prudent lorsqu'on compare des pommes et des oranges. La raison pour laquelle la répartition des fonds est mentionnée en ce qui concerne la direction générale est que ces dépenses sont liées à la coordination, à l'élaboration et à la gestion de la Stratégie antidrogue. Les fonds dépensés par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits permettent de fournir des services à une population précise du Canada et il faudrait les comparer aux dépenses faites par les provinces pour d'autres aspects sociaux qui relèvent de leur responsabilité. À mon avis, il ne faut pas tenter d'établir un lien entre le fait que le budget de 70 millions de dollars est plus élevé que l'autre de 34 millions de dollars. Ce deuxième budget est établi en fonction des besoins en ce qui concerne la coordination et la gestion de la stratégie antidrogue et celui de 70 millions de dollars en fonction du besoin de fournir des services de santé à une population qui compte de nombreux individus.

M. Kevin Sorenson: Vous les mettez dans la même catégorie. Vous les avez indiqués et regroupés pour arriver à un total de 104 millions de dollars. Vous avez réparti des dépenses directes en deux catégories.

M. Dann Michols: Dans ce tableau, nous avons voulu indiquer les dépenses de Santé Canada consacrées à la lutte contre les méfaits de l'abus de substances psychoactives. Une partie de ces fonds sont consacrés à la gestion de la stratégie et une autre partie à la fourniture de services à des populations dont nous sommes responsables. L'objectif n'est donc pas de permettre de comparer les activités des deux directions générales. Elles sont de nature très différente. Le but est de donner une indication des activités de Santé Canada dans le domaine de l'abus de substances psychoactives.

M. Kevin Sorenson: Je présume que les 70 millions de dollars en question ne couvraient pas les frais directs concernant tous les Autochtones, les membres des Premières nations et les Inuits qui font une consommation abusive de substances et reçoivent des services de santé.

M. Dann Michols: Il s'agit de ceux dont Santé Canada est responsable, c'est-à-dire des membres des Premières nations vivant dans les réserves et des Inuits vivant au nord du 60e parallèle.

Dre Gillian Lynch: Je travaillais dans ce secteur il y a quelques années. Les 70 millions de dollars représentent les fonds destinés au financement du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones, c'est-à-dire un programme mis en oeuvre dans les réserves qui fournit des services de prévention, de traitement et de réadaptation aux membres des Premières nations vivant dans les réserves.

M. Kevin Sorenson: Dans les réserves.

Dre Gillian Lynch: Dans les réserves seulement.

M. Kevin Sorenson: Est-ce que cela comprend les Autochtones ou les membres des Premières nations qui abusent de substances et qui vont dans un hôpital d'Edmonton, par exemple?

Dre Gillian Lynch: Non. Ces services sont normalement financés par l'intermédiaire des services provinciaux. Si la personne en question était renvoyée dans sa réserve pour suivre un traitement, les services qui lui seraient offerts relèveraient alors du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones. Par contre, en dehors des réserves, les services relèvent du programme provincial.

M. Kevin Sorenson: Il s'agit donc uniquement des services offerts dans les réserves.

Dre Gillian Lynch: Oui.

• (1050)

M. Kevin Sorenson: Il s'agit des personnes qui sont en traitement pour abus de substances psychoactives.

Dre Gillian Lynch: Et aussi pour la prévention et l'éducation des enfants. Il s'agit d'un programme très général, analogue au type de programme offert par une province dans une collectivité précise.

M. Kevin Sorenson: La somme de 34 millions de dollars n'inclut toutefois pas les services de traitement pour les autres Canadiens.

Dre Gillian Lynch: Elle inclut une partie de ces services. Les 14 millions de dollars destinés au Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie sont des fonds destinés à un programme de contribution dans le cadre duquel nous accordons des subventions aux provinces pour les aider à financer les services de traitement et de réadaptation qu'elles offrent à leurs citoyens. Ce programme a pour objet de les aider à mettre en place de nouveaux programmes innovateurs. Il est principalement axé sur les femmes et les enfants et il s'agit d'une contribution de contrepartie, d'un montant égal à la contribution des provinces. Autrement dit, nous accordons des fonds aux provinces pour autant qu'elles investissent au moins le même montant dans ce type de programmes. Il s'agit donc d'une contribution qui fait partie du montant de 34 millions de dollars affecté aux services provinciaux de traitement et de réadaptation.

M. Kevin Sorenson: Bien.

Combien a-t-on investi dans la recherche sur les sites d'injection supervisés?

Dre Gillian Lynch: La plupart des travaux concernant les sites d'injection supervisés sont liés au rapport intitulé «Réduire les méfaits». Ces fonds ne sont pas destinés à d'autres fins, à ce que je sache. Je peux toutefois me renseigner à ce sujet. Ils ont donc servi à financer les travaux du comité fédéral-provincial qui a publié le...

M. Kevin Sorenson: On a toutefois mentionné que des fonds ont été investis à Vancouver. Quel en est le montant?

Dre Gillian Lynch: En ce qui concerne l'accord de Vancouver? Je peux me renseigner à ce sujet.

M. Dann Michols: Il ne s'agit pas dans ce cas de parrainage d'un site d'injection supervisé.

Dre Gillian Lynch: Non.

M. Kevin Sorenson: Non, il s'agit de recherche.

Dre Gillian Lynch: En 1997, Santé Canada a octroyé 1 million de dollars pour l'accord de Vancouver et en septembre 2000, 5 000 \$. Au cours des trois prochaines années, nous verserons au total une contribution de plus de 7 millions de dollars aux efforts communautaires dans le domaine de la santé à Vancouver. En outre, un certain pourcentage du budget annuel du Programme TRAT est destiné à la Colombie-Britannique.

La présidente: Il s'agit de services de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie.

Dr Gillian Lynch: Oui.

M. Kevin Sorenson: J'ai un pénitencier dans ma circonscription, mais je ne parle pas seulement de celui-là. Il y en a probablement d'autres où la situation est aussi médiocre, sinon pire. En tant que critique du Solliciteur général, je reçois des lettres et des appels de personnes qui me parlent de ce qui se passe dans les prisons et de l'accès aux services de santé dans ces prisons. Nous avons un problème de drogues dans nos prisons. En fait, il y a des détenus qui consommaient de la marijuana à leur arrivée et qui consomment des drogues dures lorsqu'ils en sortent. Je n'aime pas trop l'idée de lancer quelque chose sous les auspices de Santé Canada et d'un autre organisme relevant de la responsabilité du Solliciteur général et des services correctionnels. J'ai l'impression que les problèmes dont s'occupe Santé Canada prospèrent et s'épanouissent dans nos centres correctionnels. Est-ce qu'on intègre tout cela? Est-ce que vous utilisez l'établissement de recherche? Est-ce que Santé Canada a un plan global quelconque pour enrayer non pas la consommation de drogues dans les prisons, mais peut-être la progression des maladies liées aux drogues? Il y a des cas d'hépatite C et de VIH dans nos services correctionnels. Nous sommes en train de dépenser énormément d'argent pour des programmes médicaux sur la marijuana, des services d'analyse des drogues et de la recherche sur les politiques. Est-ce que Santé Canada joue un rôle au niveau de nos services correctionnels où nous voyons proliférer ces problèmes de santé?

M. Dann Michols: Je crois que les problèmes de toxicomanie qu'on constate dans les pénitenciers sont un microcosme des problèmes qu'on retrouve ailleurs dans la société, des problèmes qui prennent des aspects différents peut-être, mais qui sont analogues. Santé Canada n'est pas chargé d'enrayer cette toxicomanie, mais simplement de coordonner la stratégie antidrogue. Corrections Canada est notre partenaire dans le cadre de cette stratégie et nous collaborons avec ce service en lui donnant les conseils en matière de santé dont il a besoin pour s'attaquer au problème. Mais ce problème n'est pas différent de celui qu'on retrouve dans bien d'autres secteurs.

La présidente: Merci.

Pourrais-je une fois de plus vous demander de bien m'expliquer ces dépenses? Nous sommes allés au Poundmaker's Lodge à Saint-Albert. C'est un des établissements que le gouvernement fédéral appuie parce qu'il s'adresse à des personnes vivant dans la réserve?

•(1055)

Dre Gillian Lynch: C'est exact. Il y a peut-être aussi un financement provincial, mais c'est tout un secteur qui bénéficie des soutiens du gouvernement fédéral.

La présidente: Le Centre Calder de Saskatoon que nous avons visité est financé par le gouvernement provincial parce qu'il relève de sa responsabilité et qu'il s'adresse à tous les citoyens de la province. Il pourrait aussi y avoir des fonds fédéraux supplémentaires. Si par exemple il y avait quelqu'un qui ne viendrait pas d'une réserve, c'est là qu'on l'enverrait.

Dre Gillian Lynch: Si...

La présidente: Je ne parle pas particulièrement du Centre Calder. Ce que je veux dire, c'est que si je suis une personne non autochtone, les services de réadaptation me concernant vont être couverts par mon gouvernement provincial. Je dois donc comparer ces 70 millions de dollars au budget provincial de réadaptation qui est en partie financé par ces 14 millions dans les provinces.

Dre Gillian Lynch: C'est exact.

La présidente: Bon. Avez-vous une idée de ce que les provinces consacrent globalement à la réadaptation?

Dre Gillian Lynch: Nous en avons une certaine idée dans la mesure où les provinces nous présentent un état de leurs dépenses dans ce domaine pour pouvoir bénéficier du financement du PTRAT puisque c'est un financement 50-50. Je ne peux cependant pas vous garantir que les informations que les provinces nous donnent englobent tout ce qu'elles font, car elles doivent uniquement justifier les dépenses correspondant à ce partage 50-50.

La présidente: Pour les projets qu'on leur demande de financer.

Dre Gillian Lynch: Exact. Toutefois, dans la comptabilité que l'Ontario nous a présentée l'année dernière, par exemple, on arrivait à un total de l'ordre de 17 millions de dollars, mais en fait le partage des coûts ne concernait que 4 millions de dollars sur ce total. Ce que je ne peux pas vous dire, c'est si ces 17 millions de dollars représentent tout.

La présidente: Quand nous étions à Vancouver, il y avait six lits pour des jeunes dans le sud de la Colombie-Britannique et nous n'arrêtons pas de nous dire qu'il y avait là des enfants qui, sans aide, allaient forcément entraîner toutes sortes de coûts pour la justice et la santé. Comment se fait-il qu'on ne le comprend pas et qu'on n'investit pas à ce niveau dans la réadaptation? C'est une responsabilité du gouvernement provincial, et nous n'avons donc pas nécessairement notre mot à dire à cet égard, mais si vous pouviez investir massivement pour essayer de résoudre ce problème au lieu de laisser progresser cette toxicomanie, nous pourrions réduire les frais des services de police, de services correctionnels et de santé. Il faudrait en quelque sorte que les gens comprennent qu'il y a forcément un coût quelque part.

Quand la vérificatrice générale a rédigé son rapport sur l'éducation et les soins de santé, les démarches en matière de santé ne semblaient pas très claires dans le contexte fédéral puisqu'évidemment l'éducation et la santé relèvent des provinces. Nous avons demandé des renseignements aux ministres provinciaux de la Santé, mais jusqu'à présent nous n'en avons pas eu. Il est un peu difficile de comparer des pommes et des oranges.

Enfin, ce n'était qu'une petite intervention.

Je vais donner la parole à Carole-Marie Allard.

[Français]

Mme Carole-Marie Allard (Laval-Est, Lib.): Merci, madame la présidente.

Bonjour, merci d'être là. Ma première question en est une de clarification. Quand vous parlez des 104 millions de dollars, est-ce que cela comprend les salaires des gens qui travaillent dans le ministère?

[Traduction]

M. Dann Michols: Le montant englobe les traitements éventuels. Donc, ils sont inclus dans ces 34 millions de dollars. Je pense qu'il y a aussi un certain contenu salarial dans les 70 millions de dollars, mais il s'agit essentiellement de subventions et de cotisations.

[Français]

Mme Carole-Marie Allard: Donc, cela veut dire que pour les 104 millions de dollars, il y a tous les employés du ministère de la Santé qui travaillent dans l'administration des divers programmes, c'est ça?

M. Dann Michols: Oui.

Mme Carole-Marie Allard: Est-ce que vous pouvez nous dire combien il y a de personnes qui sont impliquées dans ce secteur? Combien y a-t-il d'employés, combien d'années-personnes?

[Traduction]

Dre Gillian Lynch: Dans cette enveloppe de 34 millions de dollars, il y a environ 160 ou 170 personnes, y compris le personnel des quatre laboratoires d'analyse de drogues que nous avons au Canada.

• (1100)

[Français]

Mme Carole-Marie Allard: D'accord. Alors 170 personnes et 104 millions de dollars, c'est à peu près le portrait que vous me donnez ce matin?

[Traduction]

Dre Gillian Lynch: Non, pardon, cela concerne les 34 millions de dollars. Les 104 millions mentionnés précédemment correspondaient au montant de la phase II de la stratégie antidrogue, et il ne s'agit pas d'argent de Santé Canada, mais du montant de la stratégie globale antidrogue. Santé Canada ne conserve que 14 millions de dollars de ce montant total de la stratégie antidrogue. Le reste des 34 millions de dollars, c'est le budget que Santé Canada consacre à la stratégie antidrogue. Il ne s'agit pas d'argent qui avait été spécifiquement affecté à la stratégie antidrogue en 1987 et 1992.

[Français]

Mme Carole-Marie Allard: Alors, je retiens de votre témoignage que Santé Canada admet qu'elle ne peut pas tout faire. Il n'y a pas beaucoup d'argent et vous saupoudrez un peu, vous semblez essayer d'intervenir dans plusieurs problématiques.

Mais au bout du compte, on a vu sur le terrain—je suis un peu d'accord avec Randy—que c'était un désastre. On voit des gens totalement débordés par des problèmes; les organismes qui s'occupent de réhabilitation sont incapables de garder leurs employés parce qu'ils ne peuvent offrir des salaires décentes. Alors, les gens qui subissent des traitements retournent dans la collectivité parce qu'on n'a pas de place pour les aider à se réhabiliter.

On revient d'Europe et on a vu comment à Francfort et à Zurich les gens impliqués dans le problème de la drogue nous ont dit que les solutions devaient venir du niveau local ou municipal, si vous voulez.

Dans la ventilation des sommes que vous nous donnez, est-ce qu'il y a des sommes qui vont directement dans la collectivité pour aider? Est-ce que je comprends bien que c'est seulement 14 millions de dollars qui vont dans des collectivités au Canada pour la réhabilitation? Il n'y a pas autre chose?

[Traduction]

Dre Gillian Lynch: C'est exact. Nous avons 14 millions qui vont aux provinces pour l'aide aux communautés.

[Français]

Mme Carole-Marie Allard: Est-ce que c'est donné directement aux provinces?

[Traduction]

Dre Gillian Lynch: Aux provinces, oui.

[Français]

Mme Carole-Marie Allard: Alors, ce sont les provinces qui administrent cet argent.

[Traduction]

Dre Gillian Lynch: C'est exact.

[Français]

Mme Carole-Marie Allard: J'imagine que la répartition va dans le sens... Est-ce que vous avez des chiffres pour le Québec? Est-ce qu'on est en mesure...oui, c'est combien?

[Traduction]

Dre Gillian Lynch: Le Québec reçoit 2 806 790 \$.

Mme Carole-Marie Allard: Deux millions de dollars.

Dre Gillian Lynch: C'est 2,8 millions de dollars.

Mme Carole-Marie Allard: Pour toute la province.

Dre Gillian Lynch: Oui. C'est un financement à parts égales. Le Québec est censé verser 2,8 millions de dollars en contrepartie. C'est une forme d'effet de levier.

[Français]

Mme Carole-Marie Allard: Ça ne fait pas beaucoup d'argent pour la réhabilitation. Alors merci, je n'ai pas d'autre question.

[Traduction]

La présidente: Encore une fois, pour que les choses soient bien claires, cela ne veut pas dire que c'est tout ce que dépense le Québec. Il s'agit simplement de l'argent que nous utilisons pour investir dans des programmes innovateurs. J'espère que le Québec consacre des montants bien plus importants que cela à la réadaptation—et je vois que tout le monde opine.

Monsieur Ménard.

[Français]

M. Réal Ménard: Je veux bien qu'on se comprenne. Je relisais les réponses que vous avez fait parvenir au comité et il n'y a pas eu d'évaluation de la stratégie canadienne dans la phase I. Mais vos documents nous disent que dans la phase II, il y a eu des évaluations et qu'elles sont plutôt positives. Est-ce qu'on comprend bien quand on affirme cela?

En tant que comité, si on fait des recommandations disant qu'il faut qu'il y ait une stratégie canadienne de lutte antidrogue, évidemment, il faut avoir des documents qui nous aident à faire un bilan.

Tantôt, vous me disiez qu'il n'y en avait pas eu. J'ai relu vos documents et on dit qu'il y a eu des évaluations pour la deuxième phase qui ont été rendues publiques et que ces évaluations sont plutôt positives. À ma connaissance, nous ne les avons pas eues, à moins que la chercheuse les ait eues, mais moi, je ne les ai pas vues.

Est-ce qu'on comprend bien quand on dit ça? Est-ce que vous savez à quel document je réfère? Les parlementaires ont posé des questions et vous nous avez fait parvenir des fiches écrites, et là je vous cite, on dit:

En mars 1997, le financement de la stratégie canadienne antidrogue a pris fin. En juin 1997, une évaluation complète de cette dernière a été effectuée et rendue publique. Les auteurs sont arrivés à la conclusion que la phase II a été menée «en conformité avec les buts et objectifs généraux énoncés dans le mémoire présenté au Cabinet, avec toutefois des modifications».

Est-ce que nous avons eu ces documents-là?

Mme Chantal Collin (chercheuse): Pas ce comité-ci.

M. Réal Ménard: Pas le comité. Est-ce qu'on peut les avoir?

Si on fait des recommandations sur le bilan, faut-il avoir une stratégie ou pas, il faut qu'on ait des mécanismes d'évaluation. Je pense qu'on se comprend là-dessus, c'est assez élémentaire comme... bon, enfin, on réglerait ça. Mais l'idée c'est que s'il y a des documents d'évaluation, ce ne serait pas mauvais que le comité les ait, n'est-ce pas?

Deuxièmement—vous êtes tous des experts dans votre domaine—de votre compréhension générale de la première et de la deuxième phase de stratégie, est-ce que vous pensez que le comité devrait recommander que l'on poursuive dans un modèle d'intervention qui mette au centre de ses préoccupations la stratégie de la réduction des méfaits? Est-ce que vous croyez que c'est toujours quelque chose qui, d'un point de vue des politiques publiques, est positif, efficace et devrait être au centre de nos préoccupations?

• (1105)

[Traduction]

M. Dann Michols: Je vais laisser mes collègues se prononcer pour ce qui les concerne, mais d'après ma propre expérience de la gestion de ce secteur, je répondrais que oui, il est absolument essentiel de viser à réduire les méfaits. Il faut définir les diverses interventions sur le plan du contrôle, de l'approvisionnement et de la demande, mais je crois qu'il est essentiel de viser à réduire les méfaits.

Dre Gillian Lynch: Je suis d'accord. La réduction des méfaits est un élément essentiel. J'ajouterais à cela la réduction de la consommation générale, c'est-à-dire l'idée d'essayer de dissuader les individus de se tourner vers la drogue à n'importe quel moment de leur existence. Je mettrais cela en parallèle avec la réduction des méfaits.

[Français]

M. Réal Ménard: D'accord. Encore une fois, dans une perspective d'évaluation, si vous aviez quatre, cinq composantes de la stratégie, laquelle vous apparaît avoir le moins bien réussi et pourquoi? Et laquelle vous apparaît être le motif de plus de fierté et avoir marqué des résultats plus positifs, et pourquoi encore une fois?

[Traduction]

M. Dann Michols: Je ne suis pas sûr de pouvoir répondre spontanément à cette question, en partie parce que je pense que nous n'avons pas suffisamment d'information et de connaissances sur les effets de beaucoup de ces interventions. Comme je l'ai dit dans mes remarques d'ouverture, il faudrait mesurer divers facteurs et divers impacts. Comme l'a montré la stratégie antitabac, il faut envisager toute une gamme d'interventions dans tout un éventail de secteurs. La prévention en est un aspect, de même que les mesures législatives de réglementation. Nos évaluations ne sont pas assez sophistiquées pour faire cette évaluation et je ne pense pas que nous ayons un nombre suffisant d'interventions pour pouvoir en juger. C'est une des lacunes, notamment pour la dernière phase de la stratégie.

Il nous faut de meilleures données et de meilleures informations. Nous devons être en mesure de mieux évaluer de ce qui a été fait pour déterminer ce qui est efficace.

[Français]

M. Réal Ménard: Ça fait quand même depuis 1989, ça fait une décennie qu'il y a une stratégie antidrogue, mais enfin.

Il y a deux commentaires de la part des témoins qui sont revenus souvent et j'aimerais connaître votre appréciation à ce sujet. On nous disait: il n'y a pas de lieu d'imputabilité identifié clairement à Santé Canada pour ce qui est de la stratégie canadienne antidrogue. Bon, là

on sait qu'il y a un bureau, on connaît le nombre de fonctionnaires, on connaît les ressources. Est-ce qu'il vous apparaît qu'il y a un problème dans l'identification des centres décisionnels?

En deuxième élément d'explication, on nous disait: la stratégie n'a peut-être pas donné les résultats escomptés—encore qu'il y ait des résultats positifs, tout n'est pas négatif. On nous disait: il n'y a pas eu un équilibre entre les efforts concernant les plans d'offre et demande.

Qu'est-ce que des deux constats vous inspirent comme réaction?

[Traduction]

M. Dann Michols: Je réagis vivement à la première remarque. Il y a à Santé Canada un centre qui rend compte des activités de la stratégie antidrogue. C'est un programme qui a été mis en place dans mon service. Cette remarque concerne probablement le fait qu'il s'agit d'un mécanisme de coordination, comme en réponse à quelques autres questions. Onze ministères et organismes fédéraux participent d'une façon ou d'une autre aux activités visant à atteindre les objectifs de la Stratégie canadienne antidrogue. Santé Canada n'a pas...

• (1110)

[Français]

M. Réal Ménard: Il n'y en a pas 11, il y en a 14.

[Traduction]

M. Dann Michols: Il s'agit de coordonner les efforts. Nous ne contrôlons pas les gens, nous essayons simplement de les influencer, de travailler avec eux, d'assurer une coordination. Je pense que la responsabilité est plutôt au niveau fédéral. Elle ne relève pas nécessairement de Santé Canada.

J'espère aussi que je n'ai pas donné au comité l'impression qu'on n'avait pas fait beaucoup de bon travail dans le cadre de la stratégie antidrogue. Il y a eu des documents sur les pratiques exemplaires, des réunions, des rapports rédigés aux niveaux fédéral et provincial, des recommandations. Le service d'analyse des drogues que nous exploitons est excellent. Il y a des réussites. Il faut maintenant évaluer l'impact que tout cela peut avoir eu sur la toxicomanie au Canada. L'argent qui a été investi a été bien dépensé, et les gens qui travaillent dans ce domaine travaillent très fort.

[Français]

M. Réal Ménard: D'accord. Une dernière question?

La présidente: Non, c'est fini.

[Traduction]

Mme Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.): Je vais vous poser une question qu'on vous a déjà posée. Je vous la pose parce que je crois que, si nous devons recommander des stratégies efficaces pour combler les lacunes que vous avez mentionnées, les défis que vous avez signalés, nous devons avant tout comprendre pourquoi ces problèmes existent. Je sais bien que Randy et Réal vous ont déjà posé cette question, mais je veux vous la poser à nouveau. Cette stratégie existe depuis 13 ou 14 ans. Il y a des groupes de travail fédéraux-provinciaux-territoriaux. Je constate que vous en avez environ quatre. Vous avez une coopération interministérielle au niveau de 11 ministères, et pourtant vous dites qu'il y a une pénurie de données, qu'il y a des lacunes. Évidemment, comme la vérificatrice générale vous l'a dit, nous n'avons strictement aucune donnée. Je ne comprends pas pourquoi. Est-ce que c'est une question de sphères de compétence? Est-ce que c'est parce que vous n'avez pas les ressources suffisantes?

Puisque vous avez déjà des échanges aux niveaux fédéral, provincial, territorial et interministériel, comment se fait-il que vous n'avez pas de paramètres? Le grand philosophe Yogi Berra a dit un jour que si on ne savait pas où on allait, on avait du mal à savoir comment y aller. Vous n'avez pas d'indicateurs. Vous n'avez pas élaboré de paramètres ni même d'objectifs mesurables. Comment pouvez-vous avoir une stratégie qui ne repose pas sur des éléments clés et inhérents? C'est là-dessus que doit s'appuyer n'importe quelle stratégie de santé. La volonté existe. Vous avez cerné les problèmes. Je ne comprends pas pourquoi ils existent encore puisque vous avez les mécanismes pour intervenir aux niveaux fédéral, provincial, et territorial et que vous avez des groupes de travail. Vous avez aussi identifié un continuum que vous êtes incapables d'assurer. Vos 11 ministères devraient pourtant être capables d'assurer ce continuum pour les gens qui sont dans la rue, en prison ou qui en ressortent, si ces groupes fonctionnent.

On ne peut pas résoudre le problème tant qu'on ne sait pas pourquoi ces groupes ne fonctionnent pas. Ma question est donc la suivante : Pourquoi? Est-ce une question de sphères de compétence ou une question de ressources? Pourquoi tout cela ne fonctionne-t-il pas depuis plus de 14 ans? Je ne dis pas que vous allez résoudre tous ces problèmes, mais comment se fait-il que vous n'avez pas réglé un seul de ces grands problèmes?

M. Dann Michols: Je crois que la réponse est oui. C'est parce qu'il y a de multiples champs de compétence. C'est parce que c'est complexe. Dans certains cas, nous avons énormément de données, mais nous n'avons pas la capacité de les analyser et de les interpréter pour bien les comprendre. Dans d'autres cas, nous n'avons pas forcément les données voulues. Parfois, nous ne pouvons pas déterminer si une intervention était efficace ou non. On peut avoir l'impression qu'elle l'est, mais on n'est pas nécessairement sûr et on ne peut pas forcément le prouver.

Dans mes remarques d'ouverture, j'ai parlé de la complexité d'une intervention efficace contre la toxicomanie et des interrelations qu'elle implique. Prenez le cas de quelqu'un qui fait de la prison dans une institution fédérale, qui en sort et qui se retrouve alors sous la responsabilité provinciale. Comment assurer le continuum dont vous parlez? Comment même assurer un suivi pour savoir ce que devient cet individu? C'est une problème complexe qui nécessite tout un éventail d'interventions, et nous devons pouvoir suivre toutes ces interventions. Il y a donc toute une question de champs de compétence. Ce n'est pas nécessairement impossible, mais il faut établir et suivre tout un cheminement. Tout cela dépend des ressources disponibles.

•(1115)

Mme Hedy Fry: Vous dites que c'est une question de ressources. Il y a d'autres secteurs de compétence, par exemple dans le domaine des garderies d'enfants. DRHC réussit pourtant à faire une enquête longitudinale sur les attitudes, le comportement et la situation des jeunes au Canada. C'est une question de champs de compétence. D'autres ministères réussissent à faire des choses très complexes qui font intervenir diverses autorités. Donc, vous dites que c'est surtout une question de ressources.

M. Dann Michols: En grande partie, oui. Vous avez pu constater qu'au cours des trois phases de la stratégie antidrogue, ces ressources ont considérablement diminué.

Mme Hedy Fry: Si nous devons recommander qu'on augmente vos ressources, compte tenu des mécanismes de discussion au niveau fédéral-provincial-territorial et des groupes de travail interministériels que vous avez, vous pensez que cela changerait quelque chose?

M. Dann Michols: Cela changerait forcément la situation, mais je ne voudrais pas que vous ayez l'impression que c'est uniquement une question de ressources. Il faut appliquer ces ressources de la manière la plus efficace possible. Comme cela fait intervenir divers champs de compétence, il faudra tout un travail de coordination et de collaboration avec d'autres partenaires.

Mme Hedy Fry: Merci.

La présidente: Merci.

Avant de donner la parole à M. White, je remarque que dans votre page 17, à propos de la réduction des méfaits, vous dites que vous collaborez avec les provinces et les municipalités à des recherches sur des sites d'injection sûrs. Avez-vous un échéancier pour la mise en oeuvre de la proposition actuelle?

M. Dann Michols: Dans la recommandation du rapport, on dit qu'il faudrait creuser l'idée de cette intervention. Cela impliquerait une participation des provinces et probablement des municipalités. Le rôle du gouvernement fédéral est de déterminer le cadre juridique dans lequel cela pourrait se faire, s'il existe des obstacles juridiques à écarter, et quelles autres formes d'aide nous pourrions apporter. L'échéancier dépendrait donc de la volonté de toute une gamme de partenaires.

La présidente: À propos d'alcoolisme, de toxicomanie et de réadaptation, vous dites que vous ciblez surtout le traitement des jeunes et des femmes. Y a-t-il une raison particulière à ce choix? Est-ce que c'est par exemple parce qu'il y a une trop grande pénurie de programmes? Est-ce qu'on s'occupe de la réadaptation et du traitement des personnes qui souffrent du syndrome d'alcoolisme foetal ou des effets de l'alcoolisme foetal et qui sont aussi des consommateurs de drogues? Je crois que c'est un secteur particulièrement délicat de la population qui ne fonctionne pas bien dans un cadre normal de réadaptation. Au cours de nos déplacements à travers le Canada, nous avons constaté que c'était un problème croissant et très délicat.

Dre Gillian Lynch: Je crois que si on a choisi les femmes et les jeunes, c'est parce qu'on avait l'impression que c'étaient des groupes qui n'étaient pas bien desservis par les programmes généraux de traitement actuellement existants. Ces programmes sont plus généralement axés sur les hommes et l'alcoolisme.

Je crois que vous avez parfaitement raison de parler de SAF/EAF. Il sera certainement intéressant de discuter avec les provinces de l'aide qu'on peut apporter à ce groupe dans le cadre de ce financement.

La présidente: J'espère que vous n'attendrez pas trop longtemps pour en discuter. Si je ne me trompe, c'est déjà un problème dans certains établissements pour les jeunes. Les programmes actuels ne leur correspondent pas très bien, et il va falloir que quelqu'un pousse à la roue pour qu'on élabore de nouveaux programmes.

Dans votre acétate sur la législation et la réglementation, vous dites que vous devez faire des évaluations continues des risques pour assurer un équilibre entre un contrôle efficace et les ressources disponibles. Je crois que vous avez dit qu'il était impossible d'inspecter régulièrement toutes les personnes ou entreprises qui s'occupent de la distribution et de l'utilisation légitimes de substances contrôlées, comme les pharmacies. Or, hier, les pharmaciens nous ont dit qu'il serait vraiment utile que Santé Canada vérifie les ordonnances du mois écoulé pour voir s'il y a par exemple une tendance anormale quelque part, au lieu d'obliger les pharmaciens, surtout dans les petites localités, à dénoncer un médecin qui prescrit de façon excessive certains stupéfiants. Ils ont dit que ce serait une intervention utile entre les pharmaciens et les médecins pour assurer un contrôle. Ils ont exprimé le souhait que ces services soient rétablis. Donc il y a des gens sur le terrain qui estiment que c'est un service utile. Pourrait-on réévaluer cette politique?

• (1120)

M. Dann Michols: Oui, on pourrait la réévaluer, et c'est d'ailleurs le cas actuellement. Ce que j'essayais de souligner, c'est qu'il faut utiliser aussi efficacement que possible des ressources limitées. Il est clair qu'avec des ressources illimitées, le gouvernement fédéral pourrait faire des interventions utiles. Le problème, c'est que nous n'avons pas ces ressources. Le problème est donc d'utiliser aussi efficacement que possible ces ressources limitées.

Nous avons examiné la question il y a quelques années et constaté qu'il y a des collègues qui régissent les pharmaciens et les médecins. Nous n'avons pas les ressources voulues pour intervenir à ce niveau. Ce serait une intervention utile qui éviterait aux pharmaciens de devoir signaler un médecin. Mais si nous n'avons pas les ressources ou si ce n'est pas la meilleure façon de les utiliser, nous préférons que ce soient les collègues qui interviennent et qui trouvent une autre formule pratique pour s'occuper de ce problème. Si nous avons les ressources ou si nous pouvons trouver un arrangement quelconque, nous le ferons. Le problème vous a évidemment été signalé, comme à nous, et nous sommes en train de travailler sur cette question avec les collègues. Nous les avons consultés sur ce point précis pour essayer de trouver le mécanisme le plus efficace possible. Il faudra que toutes les parties regroupent leurs pouvoirs et leurs activités.

La présidente: Il est clair que le budget annuel de la stratégie antidrogue a été dramatiquement réduit, de 42 millions par an à 14 millions par an, et que le problème continue à s'aggraver au Canada. C'est un de ces domaines dans lesquels, si l'on fait un bon travail de prévention, les gens vont dire qu'il n'y a plus de problème de drogues et qu'on n'a plus besoin de continuer à investir. Franchement, je ne crois pas que le problème national de la toxicomanie reçoive autant d'attention qu'il le devrait. J'espère que notre comité vous aidera à augmenter ce budget.

Votre budget de 34 millions a-t-il aussi diminué au cours de cette période ou est-il resté constant, ce qui constitue en fait un recul?

M. Dann Michols: Notre budget a diminué. Il a donc fallu détourner des ressources d'autres domaines pour maintenir un certain niveau de coordination des services de la stratégie antidrogue. Nous avons puisé ailleurs dans le budget de ma direction ou dans le budget de Santé Canada pour maintenir cette coordination et ces services.

J'ai parlé tout à l'heure du coût d'ensemble de la toxicomanie pour la société. On a fait des études à l'échelle nationale sur cette question au début des années 90, et j'ai dit tout à l'heure qu'il faudrait en faire une autre maintenant car je pense que la société n'est pas vraiment consciente du coût total de ce problème, sans parler des répercussions psychologiques du fait qu'on ne veut pas reconnaître que c'est un problème ou qu'on dit que ce n'est pas le problème de la société et que c'est simplement l'individu qui doit être réadapté.

La présidente: Je trouve intéressant qu'on ait tendance à penser que c'est plutôt un problème qui concerne les grandes villes. La situation est particulièrement évidente dans l'est de Vancouver. Au petit déjeuner ce matin, quelqu'un disait qu'il avait grandi dans une petite ville, un petite bourgade tranquille du fond de la Colombie-Britannique, et que la vie y était plate. Les enfants là-bas prenaient du LSD tout le temps, et j'ai dit: Quoi? J'ai grandi en milieu urbain et cela n'existait pas, parce que nous avons d'autres distractions et d'autres activités pour nous occuper. Bien sûr, il y avait une certaine consommation de substances comme l'alcool, le tabac ou la marijuana, mais pas toutes ces autres drogues qui se consomment dans toutes sortes de petites et grandes villes un peu partout au Canada, comme j'ai été stupéfiée de le constater. C'est bien un problème, et un problème national.

Monsieur White.

• (1125)

M. Randy White: Pouvez-vous me dire combien nous consacrons à la toxicomanie dans tous les ministères?

M. Dann Michols: Je crois que la vérificatrice générale a eu du mal à le déterminer. Nous n'avons pas ces données.

M. Randy White: Si, elle a pu le faire, et lui aussi, d'ailleurs. Il y a exactement 11 mois, nous avons posé la même question aux représentants de votre ministère. Vous venez aujourd'hui nous dire que vous n'avez toujours pas la réponse. C'est une des raisons de l'opposition—et je ne peux pas parler pour ma collègue—et j'aurais certainement été tout à fait en faveur d'un accroissement de votre financement, mais je suis contre. En fait, j'en arrive à me dire qu'il faudrait diminuer ce budget, et je vais vous expliquer pourquoi.

Nous avons demandé aux ministères combien ils consacraient à ce problème et certains ne nous ont pas répondu. Certains nous ont dit qu'ils ne pouvaient pas nous donner de chiffres. Nous avons demandé aux provinces combien elles y consacraient. Certaines n'ont même pas eu la courtoisie de nous le dire. Votre ministère est censé être responsable de la coordination, mais vous ne coordonnez pas vraiment les ressources principales. Je ne m'en prends pas particulièrement à votre service, je vous donne simplement mon impression. Quatorze ministères sont concernés par cette stratégie et aucun d'entre eux n'est capable de nous expliquer clairement à quoi il consacre son argent et quels sont les résultats qu'il obtient. Vous êtes peut-être le mieux placé, je ne sais pas.

Je me suis insurgé quand le solliciteur général a fait construire un établissement de recherche à Montague, à l'Île-du-Prince-Édouard, par-dessus le marché, pour étudier la consommation de drogues dans les prisons. Le solliciteur lui-même m'a dit qu'il avait fait construire cet établissement parce qu'il avait vraiment l'impression que son ministère en avait besoin. D'autres ministères n'étaient pas d'accord, mais il l'a quand même fait construire. Ce sont plus de 3 millions de dollars qu'on aurait pu utiliser pour la réadaptation. Cette recherche sur la consommation de drogues dans les prisons aurait pu se faire n'importe où au Canada, dans n'importe quel établissement, par vous ou par un autre ministère. Pourtant, à Montague, à l'Île-du-Prince-Édouard, il y a une espèce de statue qui ressemble à un édifice ou à un monument dédié à l'actuel solliciteur général qui ne fait rien pour la réadaptation des drogués.

Je vais presque jusqu'à dire que l'on devrait retirer leur financement à ces ministères tant qu'ils ne s'organisent pas correctement de façon à avoir au moins un organisme de coordination qui prenne l'argent, le répartisse et exige des résultats, au lieu de laisser chaque ministère se débrouiller seul. C'est comme ça que je vois les choses, et ce sera ma position au comité. J'en suis désolé, parce que je voudrais vraiment que l'on parvienne à résoudre le problème de la drogue au Canada. Vous avez dit que l'argent était bien dépensé. Je dis moi que vous ne savez pas si l'argent a été bien dépensé. Je dis aussi que j'ai vu des cas, comme à Montague, à l'Île-du-Prince-Édouard, où il n'a pas été bien dépensé.

Après tout cela—c'est mon avis—comment allons-nous faire passer une stratégie de lutte contre la drogue de ce comité à la Chambre des communes puis à ceux qui assurent la coordination dans la rue, là où c'est important, auprès du drogué qui est dans la rue et qui a besoin d'aide, pas d'un bout de papier, pas d'un document théorique disant que telle est la stratégie nationale antidrogue? J'ai fait cela. Comme je l'ai expliqué, j'ai été jusqu'aux échanges de seringues et tout le reste, et ils n'ont jamais vu le fameux document, sans même parler de savoir ce que ça représente en réalité dans la rue. Comment amener la stratégie là où elle a vraiment un sens, jusqu'à John ou Jean qui sont dans la rue aujourd'hui à la recherche de leur prochaine dose ou en train de se vendre? Comment l'amener jusque-là?

• (1130)

M. Dann Michols: J'ai deux ou trois suggestions. Il ne sera pas possible d'intervenir dans le cadre de la stratégie antidrogue dans la rue auprès de la personne qui en a besoin sans passer par les institutions qui sont justement dans la rue pour assurer ce service particulier. Dans l'ensemble, il ne s'agit pas d'institutions fédérales et il faudra donc un partenariat, comme je l'ai expliqué, avec les institutions provinciales et municipales, les ONG qui travaillent dans ce domaine particulier, les organismes policiers. Il faut un effort coordonné. Si l'on veut que toutes ces parties travaillent ensemble, il faut faire savoir que le problème et les interventions sont importants pour la société. Nous n'avons pas les informations ou les ressources nécessaires pour le faire.

Santé Canada est responsable de la coordination de la stratégie antidrogue. Nous ne pouvons pas aller dans un ministère. Nous ne pouvons pas analyser les livres. Nous ne pouvons pas extraire l'information. Nous coordonnons une équipe qui doit, en quelque sorte, se regrouper, sachant que l'objectif est important, et qui dispose des ressources nécessaires. Ce n'est peut-être pas parce qu'ils ne veulent pas fournir l'information mais simplement qu'ils n'ont pas les moyens de la recueillir, de l'analyser et de la diffuser.

M. Randy White: C'est ce qui ne va pas. Vous êtes des coordonnateurs. Il nous faut une organisation nationale qui prenne

l'argent et dise, je vais vous donner de l'argent, mais vous allez me donner des objectifs. Vous allez me dire ce que vous avez fait, vous allez me donner des résultats, et je vais regarder vos livres pour voir comment vous avez dépensé l'argent. Que ce soit Santé Canada ou pas—et Dieu nous protège de Corrections Canada—nous avons besoin d'une organisation nationale pour passer à l'étape suivante. Votre organisation n'a pas les moyens de savoir dans quelle mesure il y a double emploi ou même si l'argent est dépensé là où il faut. Est-ce que ce n'est pas juste?

M. Dann Michols: C'est juste pour ce qui est de la situation actuelle. Il faudrait effectivement essayer de voir s'il serait possible de mettre sur pied un organisme qui aurait le poids nécessaire. Je pense qu'il faut surtout insister sur l'importance des objectifs, sur le fait que les ministères concernés doivent tout mettre en oeuvre pour les réaliser, et leur donner les ressources suffisantes pour faire le travail nécessaire.

M. Randy White: Que ce soit Santé Canada qui assure la coordination ou pas, il n'y a pas que la coordination. Il faut une organisation dotée d'autorité pour distribuer l'argent. Finis les monuments au solliciteur général à l'Île-du-Prince-Édouard. Dépensez l'argent dans la rue, pour la réadaptation ou de façon à aider les jeunes, ou même les vieux, qui sont toxicomanes. Je voulais vous dire que c'est ma position, et je serai très ferme sur ce point au comité. Je ne pense pas que l'argent aille là où il faut mais en fait, je ne le sais même pas et vous non plus.

La présidente: Pour conclure, vous avez dit au cours de votre exposé, que c'était un défi, que vous aviez exécuté des programmes, et qu'il se peut qu'une partie de l'argent qui aurait normalement servi à l'évaluation et à la collecte de données ne soit pas dépensé parce que vous assurez l'exécution des programmes. Donc il est question d'une certaine somme d'argent. Plusieurs personnes, même des chercheurs, nous ont dit dans les différentes régions que s'ils devaient choisir entre recherche et services, tels un programme de réadaptation, ils choisiraient le programme de réadaptation. C'était surprenant, parce qu'il y a tellement peu de recherche qu'on aurait pu croire que les chercheurs allaient défendre la recherche, mais ils savaient que la réadaptation était encore plus nécessaire.

D'une façon ou d'une autre, nous devons réussir à trouver ce juste équilibre, parce que nos programmes de prévention et de réadaptation ne peuvent réussir que si nous analysons ce que nous faisons. Que ce soit en dehors de Santé Canada ou par le biais d'un organisme, soit le coût sera plus élevé que ce que nous dépensons actuellement, soit nous devons réduire les programmes.

• (1135)

M. Dann Michols: C'est vrai. Je crois que je vous ai donné l'exemple de la stratégie antitabac qui a été approuvée récemment. La somme est considérable. De l'argent a été précisément prévu, pas pour la recherche sur le problème de fond, qui est nécessaire également, mais pour l'évaluation des interventions de façon à savoir, à long terme, quelle était l'utilisation la plus judicieuse. C'est essentiel, mais la nature humaine étant ce qu'elle est, en dernière analyse, s'il faut absolument choisir entre les dépenses de réadaptation à court terme et les dépenses d'évaluation à long terme, je pense que l'argent sera consacré aux services.

La présidente: Merci à vous et à toute votre équipe d'être venus aujourd'hui. Si vous avez d'autres renseignements à nous communiquer tandis que nous terminons nos audiences et que nous préparons notre rapport, qui doit être prêt en novembre, nous vous en serons bien sûr très reconnaissants. Au nom de tous les membres du

comité, j'espère que nous pourrons vous aider à continuer à faire du bon travail et à en faire davantage. Merci beaucoup.

Chers collègues, nous reprendrons à 14 heures.

POSTE  MAIL

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

Poste-lettre

Lettermail

**1782711
Ottawa**

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à :*
Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

If undelivered, return COVER ONLY to:
Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

On peut obtenir des copies supplémentaires en écrivant à : Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5
Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943
Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

Additional copies may be obtained from: Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5
Telephone: 613-941-5995 or 1-800-635-7943
Fax: 613-954-5779 or 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address: <http://www.parl.gc.ca>