



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA • NUMÉRO 022 • 1<sup>re</sup> SESSION • 42<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mardi 4 octobre 2016**

**Président**

**M. Bill Casey**



## Comité permanent de la santé

Le mardi 4 octobre 2016

• (0850)

[Traduction]

**Le vice-président (M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC)):** Bonjour à tous. Nous allons débiter la séance, même si certains membres du Comité tardent à se présenter.

Merci à tous d'être des nôtres aujourd'hui pour cette réunion de la plus haute importance. Il y a une semaine et demie à peine, soit le 22 septembre 2016, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a adopté la motion suivante du député Don Davies:

Que, conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité étudie de toute urgence la crise des opioïdes au Canada.

Nous amorçons donc aujourd'hui cette étude que nous poursuivrons au fil de plusieurs séances. J'ose espérer que nos témoins pourront mettre l'accent sur les solutions possibles, et tout particulièrement sur celles auxquelles le gouvernement fédéral peut contribuer. Comme chacun sait, notre pays est aux prises avec un problème important. Il y a un décès causé par une surdose de fentanyl à toutes les 14 heures au Canada, et la situation ne fait que s'envenimer. Nous devons agir de toute urgence.

Nous allons recevoir un large éventail de témoins qui nous feront bénéficier de leurs suggestions et de leurs points de vue particuliers. Comme nous savons qu'il n'existe pas de panacée, cette étude est primordiale pour nous permettre de nous faire une meilleure idée des différentes solutions envisageables. Je sais que c'est un problème qui nous préoccupe tous.

Écoutons maintenant ce qu'ont à nous dire nos témoins d'aujourd'hui. Je vous présente d'abord ceux représentant Santé Canada.

Nous accueillons Hilary Geller, sous-ministre adjointe à la Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs. Elle est diplômée en administration des affaires de l'Université York à Toronto et travaille à Santé Canada depuis 2007. Bienvenue, Hilary.

Elle est accompagnée de Supriya Sharma, conseillère médicale principale. Mme Sharma est médecin et détentrice d'une maîtrise en santé publique de l'Université Harvard. Elle a occupé différents postes à Santé Canada au cours des 12 dernières années.

Nous recevons aussi Rita Notarandrea, première dirigeante du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, ou CCLT, où elle travaille depuis 10 ans. Elle avait passé précédemment 21 ans au Royal Ottawa, un grand hôpital psychiatrique, y compris 13 années à titre de directrice générale. Bienvenue, Rita.

Elle est accompagnée de son collègue du CCLT, Matthew Young, qui pourra nous en dire davantage à son propre sujet lorsqu'il prendra la parole.

Nous accueillons par ailleurs Todd Shean, commissaire adjoint des Services spéciaux de la police fédérale à la Gendarmerie royale du Canada. Sa division est responsable de l'intégrité de la frontière et de la coordination nationale du renseignement. M. Shean a été agent de police pendant 30 ans. À titre de surintendant principal, il a été en charge des opérations nationales visant les stupéfiants et le crime organisé.

Nous recevons aussi Luc Chicoine qui, si j'en crois sa carte de visite que j'ai en main, est coordonnateur national du programme antidrogue de la GRC et travaille au Centre de coordination fédéral, ici même à Ottawa.

Nous accueillons également Caroline Xavier, vice-présidente aux Opérations à l'Agence des services frontaliers du Canada, ou ASFC. Caroline est titulaire d'une maîtrise de l'Université Dalhousie et d'un diplôme de gestion de l'Université Harvard. Elle travaille à l'ASFC depuis environ six ans. Comme nous le savons tous, l'ASFC est chargée d'assurer la sécurité des frontières maritimes et terrestres du Canada.

Nous recevons enfin Brent Diverty, vice-président du Secteur des programmes à l'Institut canadien d'information sur la santé. Il détient une maîtrise en économie et travaillait auparavant à Statistique Canada. Il a récemment travaillé pendant deux ans pour l'agence équivalente en Australie.

Bienvenue à tous.

J'aimerais que nous fassions rapidement un tour de table pour que mes collègues puissent se présenter également.

**M. Darshan Singh Kang (Calgary Skyview, Lib.):** Je m'appelle Darshan Kang et je suis le député de Calgary Skyview.

Bonjour à tous.

**M. John Oliver (Oakville, Lib.):** Je suis John Oliver, député d'Oakville.

Bonjour.

**M. Randeep Sarai (Surrey-Centre, Lib.):** Je m'appelle Randeep Sarai et je suis le député de Surrey-Centre

**M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.):** Je suis Doug Eyolfson, député de Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley de Winnipeg.

**Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.):** Bonjour à tous.

Je m'appelle Sonia Sidhu et je suis la députée de Brampton-Sud.

**M. Ron McKinnon (Coquitlam—Port Coquitlam, Lib.):** Bonjour.

Je suis Ron McKinnon, député de Coquitlam—Port Coquitlam

**M. Colin Carrie (Oshawa, PCC):** Je m'appelle Colin Carrie et je suis le député d'Oshawa.

**M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD):** Je suis Don Davies, député de Vancouver Kingsway.

Merci d'être des nôtres aujourd'hui.

**Le vice-président (M. Len Webber):** Rachael, voulez-vous vous présenter brièvement?

**Mme Rachael Harder (Lethbridge, PCC):** Je m'appelle Rachael Harder et je suis la députée de Lethbridge en Alberta.

**Le vice-président (M. Len Webber):** Très bien. Nous allons maintenant entendre les allocutions de nos témoins en commençant par Hilary et Supriya pour le ministère de la Santé.

**Mme Hilary Geller (sous-ministre adjointe, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, ministère de la Santé):** Merci, monsieur le président.

Bonjour à tous. Au nom de la Dre Sharma et de M. Diverty, je tiens à vous remercier de nous avoir invités à comparaître devant vous aujourd'hui.

Comme vous le savez, la Colombie-Britannique se situe à l'épicentre de la crise actuelle de surdoses et de décès. Ainsi, le Bureau des coroners de la province a noté une augmentation de 62 % des surdoses de drogues illicites de janvier à août de cette année par rapport à la même période l'an dernier. Selon le Centre de lutte contre les maladies de la Colombie-Britannique, la province pourrait, si la tendance se confirme, totaliser 800 décès par surdose de drogues illicites d'ici la fin de l'année, avec près de la moitié des cas où le fentanyl serait en cause. Les plus récentes données issues de l'Enquête canadienne sur le tabac, alcool et les drogues n'indiquaient toutefois pas une hausse de la consommation des drogues illicites les plus courantes.

Qu'est ce qui a changé?

L'augmentation sans précédent du nombre de décès semble s'expliquer par la présence accrue du fentanyl sur le marché clandestin. Selon le coroner de la Colombie-Britannique, on a recensé pas moins de 264 décès par surdose de drogues illicites entre janvier et juillet, une majoration de 222 % par rapport à la période correspondante en 2015. Insite, l'un de deux sites de consommation supervisée au Canada, vient tout juste de mettre à la disposition de ses utilisateurs des bandelettes réactives permettant de détecter la présence de substances dans leur drogue. On indique que 86 % des échantillons ainsi recueillis renfermaient du fentanyl.

Comme vous le dira sans doute la première dirigeante du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, le Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies a sonné l'alerte en signalant cette hausse marquée du nombre de décès liés au fentanyl au Canada. Et comme vous le confirmeront sans doute nos collègues de la GRC, c'est un phénomène que les forces de l'ordre sont elles aussi à même d'observer.

Étant donné qu'il est impossible de connaître avec exactitude la composition et la concentration des drogues illicites, leur consommation a toujours comporté des risques, mais ces risques grimpent en flèche lorsque le fentanyl entre en jeu. Comme le disait si bien la Dre Pery Kendall, médecin-hygiéniste en chef de la Colombie-Britannique, personne n'est à l'abri. Les toxicomanes de longue date

peuvent faire une overdose, tout autant qu'une personne qui consomme des drogues pour la toute première fois.

Pour ce qui est des mesures à prendre de toute urgence pour freiner la flambée de surdoses et de décès, de nombreux experts proposent trois pistes de solution: rendre la naloxone plus accessible; accroître le nombre de sites de consommation supervisée; et assurer un accès plus facile aux traitements, et notamment aux thérapies assistées par des médicaments.

Santé Canada intervient sur ces trois tableaux. Nous avons rendu la naloxone plus facilement accessible en supprimant la nécessité d'obtenir une ordonnance. C'était d'ailleurs la première fois que le ministère éliminait une exigence semblable en réponse à un problème de santé publique. De plus, la ministre de la Santé a pris le 5 juillet dernier un décret d'urgence pour que ce médicament soit immédiatement offert en vaporisateur nasal, un format plus facile à utiliser. À ce sujet, je peux vous dire que le ministère a annoncé hier qu'il a terminé son examen accéléré de ce vaporisateur nasal, ce qui fait que la naloxone peut désormais être vendue sous ce format au Canada.

Par ailleurs, il a été démontré que les sites de consommation supervisée peuvent sauver des vies sans accroître la consommation et la criminalité dans leur voisinage, pour autant qu'ils soient établis et maintenus de façon adéquate. Ces sites permettent de diminuer le nombre de décès par surdose et de diriger les consommateurs de drogues injectables vers les services sociaux et de santé. De plus, ils réduisent la consommation de drogue dans les lieux publics, la fréquence des infections et l'élimination non sécuritaire des seringues.

Je tiens à souligner que Santé Canada a pris bonne note des préoccupations exprimées quant aux exigences prévues dans la Loi réglementant certaines drogues et autres substances relativement à l'établissement de ces sites de consommation supervisée. Suivant les directives de notre ministre, nous travaillons en étroite collaboration avec les intervenants locaux pouvant envisager l'ouverture d'un site semblable de telle sorte que les exigences de la loi n'entravent pas indûment leur initiative. Parallèlement à cela, nous cherchons à déterminer s'il ne conviendrait pas d'apporter des modifications à la loi.

Dans ce contexte, il est important de reconnaître que le processus d'examen et d'approbation des demandes doit permettre de s'assurer que ces sites de consommation supervisée sont créés sur la base de données probantes et bénéficient d'un soutien suffisant pour garantir leur maintien en opération suivant les règles. Ces critères rigoureux protègent la santé et la sécurité aussi bien des clients que du personnel tout en permettant de rassurer la collectivité locale quant à l'application d'un processus assurant le bon fonctionnement de ces sites.

●(0855)

Santé Canada s'emploie également à favoriser l'accès à des options de traitement assisté par des médicaments. À titre d'exemple, une modification réglementaire vient d'être publiée pour permettre la prise en considération des demandes pour la diacétylmorphine de qualité pharmaceutique dans le cadre du Programme d'accès spécial de Santé Canada, car les données scientifiques disponibles indiquent que le recours à l'héroïne peut être bénéfique dans certains cas pour le traitement des dépendances chroniques récurrentes aux opiacés. Plusieurs pays européens ont opté pour le même type de traitement médical misant sur l'héroïne dans certaines circonstances très précises. Il s'agit donc d'une option supplémentaire pour la très faible proportion de patients qui ne réagissent pas aux autres traitements.

[Français]

Cet hiver, nous avons également l'intention de consulter les intervenants sur les exigences réglementaires permettant aux médecins de bénéficier d'une exemption pour prescrire de la méthadone, afin de déterminer si cette exigence est un obstacle inutile au traitement.

[Traduction]

Santé Canada reconnaît en outre l'importance de la recherche pour nous aider à prendre des décisions fondées sur des données probantes, notamment pour ce qui est des traitements assistés par les médicaments.

Par l'entremise des Instituts canadiens de recherche en santé, ou ICRS, nous consentons d'importants investissements dans la recherche. Nous pourrions ainsi compter sur des bases de données permettant d'éclairer nos principales décisions stratégiques. L'étude OPTIMA n'est qu'un exemple des projets ainsi financés par les ICRS. Cette étude permettra de comparer et d'évaluer l'efficacité de deux traitements pour la dépendance aux opioïdes d'ordonnance — la méthadone et la combinaison de buprénorphine et de naloxone — dans le but de produire des données probantes fondées sur la pratique qui pourront guider les soins dispensés aux patients et améliorer la santé des Canadiens.

Je viens de vous décrire différentes mesures visant à atténuer les conséquences néfastes, et je m'attends à ce que d'autres témoins, y compris ceux représentant la GRC, soulignent à quel point il est important d'intervenir du côté de l'offre d'opioïdes.

Dans le champ de compétence de Santé Canada, il a été annoncé le mois dernier que l'on comptait mettre de l'avant des modifications réglementaires visant à contrôler six produits chimiques utilisés dans la production illicite du fentanyl. La période de consultation pour cette proposition réglementaire a pris fin hier. Nous allons donc agir sans tarder pour assurer le contrôle de ces précurseurs chimiques. La ministre de la Santé a aussi fait part de son intention de proposer des options législatives relativement aux presses à comprimés.

Si l'on prend un peu de recul par rapport à la crise immédiate de surdoses et de décès, il faut noter l'importance de la collaboration entre les nombreuses personnes et organisations ayant un rôle à jouer à l'égard des divers aspects liés à la cause profonde de la crise des opiacés. Ce n'est qu'en pouvant compter de manière soutenue sur une telle collaboration complète et fondée sur des données probantes que nous pourrions faire une différence à long terme.

Un important travail de fond suit son cours. Dans la foulée du rapport de 2014 du Comité de la santé sur le rôle du gouvernement dans la lutte contre l'abus de médicaments d'ordonnance, du rapport du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies intitulé

« *S'abstenir de faire du mal* » et de la contribution de nombreux intervenants, le financement de 44 millions de dollars sur cinq ans prévu dans le budget de 2014 a permis de mettre en oeuvre bon nombre des initiatives préconisées.

Permettez-moi de vous en donner simplement quelques exemples. Des lignes directrices mises à jour sur la prescription des opioïdes seront disponibles au début de l'an prochain. Dix-neuf nouveaux inspecteurs ont été embauchés, ce qui devrait permettre d'effectuer plus de 1 000 inspections de pharmacies communautaires. Des campagnes de sensibilisation du public ont été menées. L'Institut canadien d'information sur la santé utilise les 4 millions de dollars reçus en financement pour intensifier ses activités de surveillance et de cueillette de données. La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada investit 13 millions de dollars sur une période de cinq ans pour parfaire la formation des intervenants communautaires en toxicomanie et mettre sur pied des équipes d'intervention en cas de crise.

En s'appuyant sur ces mesures, la ministre Philpott a demandé en avril dernier aux gens de son ministère d'examiner toute la gamme des options envisageables pour lutter contre cette crise. C'est ainsi que la ministre a pu annoncer en juin un plan d'action en cinq points qui vise à agir sur les causes profondes du problème tout en réduisant les risques de préjudice autant dans le contexte des manifestations les plus extrêmes comme les décès par surdose que pour tous les autres Canadiens qui subissent les conséquences néfastes de la consommation malavisée d'opioïdes.

Étant donné le caractère complexe et délicat de cette urgence en santé publique, il va de soi que nos interventions exigent un leadership de la part de nombreux intervenants différents ainsi qu'une approche coordonnée. Voici d'ailleurs ce que disait à ce sujet l'an dernier l'Association médicale canadienne: « En réalité, il n'y a malheureusement aucun ordre de gouvernement, groupe de fournisseurs de services de santé ni secteur de notre société qui peut régler à lui seul cette crise complexe. »

Pour cette raison, la ministre de la Santé et son homologue ontarien Eric Hoskins, à titre de coprésidents de la conférence des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé, tiendront conjointement une conférence et un sommet au milieu du mois prochain pour discuter du problème actuel de l'abus d'opioïdes au Canada et dégager d'autres pistes de solution possibles pour l'avenir. Le sommet de taille plus réduite qui suivra la conférence réunira des intervenants et des organisations suffisamment habilités et engagés pour pouvoir prendre des mesures concrètes dans la lutte contre la crise des opioïdes.

Je veux remercier le Comité de nous avoir donné l'occasion de prendre la parole aujourd'hui.

●(0900)

[Français]

Mes collègues et moi serons heureux de répondre à toutes vos questions.

Merci.

[Traduction]

**Le vice-président (M. Len Webber):** Merci, madame Geller.

Nous allons passer à notre prochain témoin, Brent Diverty, qui représente l'Institut canadien d'information sur la santé.

Brent, vous pouvez faire votre présentation.

**M. Brent Diverty (vice-président, Secteur des programmes, Institut canadien d'information sur la santé):** Je n'ai pas vraiment préparé d'exposé. Je suis ici en soutien d'Hilary et pour répondre à vos questions sur les données à notre disposition sur le sujet.

**Le vice-président (M. Len Webber):** Merci, Brent.

Nous allons donc entendre Todd Shean, qui représente la Gendarmerie royale du Canada.

**Comm. adj. Todd G. Shean (commissaire adjoint, Services spéciaux de la police fédérale, Gendarmerie royale du Canada):** Bonjour, monsieur le président. Je vous remercie de m'offrir l'occasion de m'exprimer devant le Comité ce matin.

Comme nous le savons tous, nous avons assisté à une progression fulgurante du nombre de surdoses dues aux opiacés au Canada, que ces dernières aient ou non causé la mort. C'est la raison pourquoi cet enjeu doit être considéré comme une véritable épidémie. Le Canada et les États-Unis font tous les deux face à cette crise liée à l'abus des opiacés ayant conduit à un nombre élevé de surdoses. De façon plus précise, les États-Unis comptent le plus grand nombre de surdoses mortelles au monde, alors que le Canada occupe la seconde place.

• (0905)

[Français]

La croissance du nombre de surdoses et de décès dus à l'usage d'opiacés peut être liée au détournement d'opiacés pharmaceutiques légaux, de même qu'à la disponibilité et à l'accès accru aux opiacés tel que le fentanyl. La nature extrêmement puissante de cet opiacé synthétique est bien documentée. On estime que le fentanyl est 100 fois plus puissant que la morphine. Le simple fait d'être exposé à ce produit, que ce dernier soit inhalé sous la forme d'une poudre ou encore absorbé par la peau, peut conduire à des conséquences sérieuses et constitue même un danger de mort potentiel.

[Traduction]

Depuis 2010, on procède à des saisies de fentanyl illicite partout au pays, et ces dernières se multiplient. Des saisies majeures surviennent continuellement, et ce, sur une base régulière, particulièrement en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan et en Ontario, les provinces où le plus grand nombre de surdoses est également rapporté régulièrement.

L'usage accru du fentanyl illicite s'étend géographiquement par l'intervention de groupes criminels organisés connus et des réseaux locaux de trafic de drogues. La demande constante favorise l'importation illicite de plusieurs analogues du fentanyl. Depuis des dizaines d'années, les réseaux criminels organisés et les trafiquants de drogues du Canada produisent des drogues synthétiques illicites sous forme de poudre et de comprimés. Le fentanyl illicite remplace les formes de drogues plus classiques et sert d'additif aux autres drogues, souvent sans que le consommateur ne le sache.

Le fentanyl constitue un problème grave, mais le marché des opiacés illicites évolue à un rythme alarmant. Par exemple, en décembre 2015, une substance nommée le W-18 est apparue au Canada dans une saisie qu'on croyait en être une de fentanyl. On estime que le W-18, importé de l'étranger lui aussi, est 100 fois plus puissant que le fentanyl et on sait que sa consommation est mortelle, même à des doses minimales.

[Français]

Les enquêtes que nous avons menées ainsi que les renseignements dont nous disposons indiquent que la Colombie-Britannique représente le principal lieu de distribution pour les comprimés de fentanyl et qu'elle représente ainsi la province la plus affectée à cet

égard. Cela pourrait s'expliquer par sa situation géographique par rapport au principal pays producteur de fentanyl sur la planète, soit la Chine.

On identifie également la présence d'une production canadienne de fentanyl, mais cela de façon moindre. Nos enquêteurs fédéraux travaillent présentement sur de nombreuses enquêtes impliquant des cas d'importation de fentanyl. Des cargaisons sont acheminées au Canada déguisées ou étiquetées sous plusieurs formes, telles que de l'encre à imprimante, des jouets ou encore des DVD.

[Traduction]

Une fois au Canada, le fentanyl pur est dilué à l'aide de substances frelatantes. Il est alors manufacturé dans des laboratoires clandestins en un produit fini, qui peut prendre la forme de comprimés ou de poudre, et ce, avant d'être distribué à travers le pays et, dans une moindre mesure, exporté vers les États-Unis. Le trafic de fentanyl illicite génère des marges de profit substantielles. On estime par exemple que le coût pour l'acquisition du matériel brut nécessaire à la production d'un million de comprimés de fentanyl revient à moins de 100 000 \$. Une fois vendus, ces comprimés génèrent des profits de plus de 20 millions de dollars. Ces profits, associés à un accès aisé aux marchés d'approvisionnement et à une demande en plein essor, nous portent à croire que l'on ne connaîtra pas une réduction de la demande à court terme.

Considérant la puissance délétère des opiacés de synthèse, il importe d'assurer avec un sentiment d'urgence la protection ainsi que la sécurité des agents de police de première ligne, des agents frontaliers, des travailleurs postaux et de la population en général. Par conséquent, la GRC a élaboré une gamme d'initiatives de sensibilisation destinées aux agents de première ligne et à la population en général.

[Français]

Depuis un an et plus récemment encore, la GRC a distribué des bulletins d'information et de sensibilisation à ses agents, lesquels portaient sur la manipulation sécuritaire des substances inconnues, incluant le fentanyl. Ces documents ont souligné les risques ainsi que les mesures de précaution nécessaires qui devraient être suivies.

Nous avons fait des présentations aux communautés, à des agents provinciaux d'application de la loi et auprès des autres ministères. En outre, une vidéo publique a été distribuée par l'entremise des médias sociaux qui visait à mettre en relief quelques dangers que présentent les opiacés de synthèse pour les premiers répondants et la population, de même que les étapes à suivre afin que ces derniers se protègent en cas d'exposition présumée.

La GRC a procédé à l'achat de 13 700 trousseaux de naloxone en vaporisateurs nasaux. Ces trousseaux ont été distribués au sein de la force policière. La naloxone est un antidote au fentanyl qui contre les symptômes d'exposition au fentanyl et aux autres opiacés.

[Traduction]

Ces trousseaux sont remis aux agents de police en devoir ainsi qu'aux employés qui sont susceptibles d'être exposés accidentellement au produit, et à ceux qui sont susceptibles de fournir des premiers soins aux citoyens en cas d'urgence si on présume que l'on est en présence d'une surdose d'opiacé.

La GRC a également créé une formation obligatoire pour ses agents, de même qu'une politique opérationnelle qui est consacrée au fentanyl et aux autres cas de surdose d'opiacés. Au chapitre des efforts en matière de collaboration, la GRC continue à consulter plusieurs parties prenantes concernant le matériel de sensibilisation. La GRC oeuvre présentement à développer du matériel de sensibilisation afin d'aider la police, les jeunes et les parents à comprendre les conséquences du fentanyl.

● (0910)

[Français]

D'où proviennent donc ces opiacés de synthèse? Selon les rapports provenant des renseignements criminels et des enquêtes de la GRC, on estime que la Chine constitue le principal pays source de ces drogues qui sont acheminées au Canada, particulièrement le fentanyl.

La menace croissante de la part du fentanyl, des précurseurs s'y rattachant, de même que des autres nouveaux types d'opiacés de synthèse est directement liée aux multiples industries produisant ces substances en Chine.

[Traduction]

Internet se trouve à l'interface entre les entités criminelles domestiques et celles qui sont basées en Chine. Le Web et le Web invisible permettent aux criminels de créer en tout anonymat des chaînes d'approvisionnement mondiales pour des gammes de produits et services, en plus de faire office de plateforme de discussion entre experts et criminels. La GRC continue de tisser des relations avec nos homologues du domaine de l'application de la loi en Chine dans un effort visant à renforcer la collaboration où cela est possible afin de lutter contre les activités criminelles, et ce, dans le but de perturber ces réseaux internationaux de trafic de drogues.

En octobre 2015, le gouvernement chinois a mis la touche finale à ses modifications réglementaires afin de régir 116 nouvelles substances incluant certains analogues du fentanyl. Cependant, les drogues qui atteignent le Canada ne sont pas réglementées en Chine. Il existe en outre des disparités entre ce que le Canada et la Chine considèrent comme constituant des crises de santé publique du simple fait de l'écart entre la population des deux pays. En outre, l'abus de fentanyl n'est pas encore présent en Chine. Le gouvernement chinois se concentre plutôt sur l'abus d'autres drogues, telle que la méthamphétamine et la kétamine.

[Français]

Tel que mentionné précédemment, nos homologues américains font également face à une épidémie d'opiacés de synthèse illicites. Dans leur cas, il fut déterminé que le Mexique constituait la principale source de distribution. On doit néanmoins noter que les drogues qui sont acheminées au Canada, en provenance de la Chine, sont également présentes en territoire américain.

La GRC travaille au Canada en partenariat avec d'autres ministères afin d'accroître la sensibilisation à ce défi, tout en recueillant des données quant à la portée du problème. Elle collabore également avec les collectivités afin de contrer l'acheminement de ces opiacés synthétiques illicites qui produisent des conséquences si néfastes. Des alertes furent diffusées dès le mois de juin 2013 par le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, à l'échelle internationale. La GRC compte sur l'appui de ses agents de liaison et de ses analystes qui sont déployés dans le monde entier. Ils ont pour tâche de fournir des orientations, du soutien et de l'assistance aux agences canadiennes d'application de la loi en matière de prévention et de détection des infractions liées aux lois canadiennes.

Par conséquent, ils organisent la liaison avec les organismes étrangers et bâtissent des partenariats afin de faire face aux enjeux qui préoccupent les agents de la GRC et le gouvernement canadien.

[Traduction]

La GRC participe activement aux travaux du groupe de travail de l'Organe international de contrôle des stupéfiants, où les pays traitent à la fois des questions nationales et des enquêtes comportant une dimension internationale. Plus de 30 pays (incluant la Chine) participent à ce groupe de travail. Nous avons utilisé ce mécanisme afin de partager de l'information en lien avec la crise des opiacés que nous vivons au pays. Les discussions lors de ces rencontres peuvent permettre de renforcer la coopération internationale et inciter les pays visés (par exemple la Chine) à envisager des modifications à leur cadre réglementaire.

En outre, des initiatives ont été proposées dans des forums internationaux, tels que le sous-groupe de l'application de la loi du G-7, afin d'étudier la question des équipements et des nouvelles technologies servant à fabriquer des comprimés à partir d'ingrédients actifs achetés en vrac. Les criminels tirent profit des nouvelles substances psychoactives qui ne sont pas encore réglementées en les important en vrac sous forme de poudre. Dans un tel contexte, les forces d'application de la loi doivent réfléchir à de nouvelles façons d'atténuer la présence de ces substances menaçantes dans notre pays.

[Français]

Permettez-moi d'être clair: aussi longtemps que des entités criminelles au Canada continueront à faire des profits à partir du marché des opiacés, ce marché devrait continuer à prendre de l'expansion. La collaboration et le soutien renouvelés des organismes et des ministères canadiens de même que de nos partenaires internationaux continueront d'être nécessaires afin de lutter contre cet enjeu.

[Traduction]

Cela étant dit, je suis d'avis que les mesures qui sont en place, celles qui ont été prises et celles à l'étude à travers le Canada, aideront de façon significative à prévenir les surdoses mortelles, à faire progresser nos stratégies de dissuasion et à mettre sur pied des systèmes de détection rapide afin de cerner rapidement cette grande menace que constituent les substances à base d'opiacés qui circulent sur le marché illicite et d'y réagir.

Merci de m'avoir offert l'occasion de discuter avec vous aujourd'hui. J'ai bien hâte d'entendre vos questions.

● (0915)

**Le vice-président (M. Len Webber):** Merci infiniment, Todd.

Je vais maintenant donner la parole à Caroline Xavier, qui représente l'Agence des services frontaliers du Canada.

Merci, Caroline.

[Français]

**Mme Caroline Xavier (vice-présidente, Direction générale des opérations, Agence des services frontaliers du Canada):** Bonjour, monsieur le président et honorables membres du Comité.

Je m'appelle Caroline Xavier. Je suis ici au nom de l'Agence des services frontaliers du Canada, l'AFSC, à titre de vice-présidente de la Direction générale des opérations. Je remercie le Comité de m'avoir invitée à prendre la parole aujourd'hui.

La crise des opiacés au Canada est une préoccupation immédiate et continue pour l'ASFC. Notre mandat consistant à veiller à la sécurité des Canadiens englobe un vaste éventail d'activités d'application de la loi et de facilitation, ce qui comprend notamment la saisie de drogues dangereuses à la frontière. Notre travail consiste en partie à empêcher le trafic de drogues à la frontière et pour exécuter ce travail, il faut des partenariats, une utilisation de la technologie et une vigilance constante.

Aujourd'hui, je repartirai mes propos en trois parties.

[Traduction]

D'abord, je résumerai le mandat et le rôle opérationnels de l'ASFC en ce qui concerne l'interdiction des drogues à la frontière, et je soulignerai l'importance des partenariats à cet égard. Ensuite, je décrirai certaines des technologies que nous utilisons pour déceler et saisir les drogues. Enfin, je préciserai la façon dont nous composons avec le problème du fentanyl.

Monsieur le président, notre mandat opérationnel englobe un éventail d'activités avant, pendant et après le passage à la frontière. Nous assurons la sécurité publique et nationale grâce au ciblage et au renseignement ainsi qu'au moyen d'interventions coordonnées en réponse aux urgences, aux menaces et aux enjeux émergents.

Il est clair que le fentanyl et les opiacés semblables entrent dans cette catégorie. Il s'agit des substances décelées le plus souvent en quantité croissante; tout particulièrement dans la filière postale. L'approche la plus efficace est de favoriser la sensibilisation à l'égard de la menace et d'intervenir de façon convaincante.

Notre Centre national de ciblage est une organisation ouverte en tout temps en vue de repérer les personnes, les marchandises et les moyens de transport susceptibles de présenter un risque élevé grâce à un programme d'évaluation du risque intégré et exhaustif. De plus, nous déployons des agents aux quatre coins du monde pour repousser la frontière afin de gérer les menaces avant leur arrivée au Canada. Ces mesures témoignent de notre capacité de voir par-delà la frontière et jusqu'au point d'origine en ce qui concerne la contrebande et d'autres menaces.

Outre nos capacités internes, nos services sont étroitement intégrés à ceux d'une panoplie de partenaires d'application de la loi, y compris des services de police locaux, des organismes d'application de la loi provinciaux, la Gendarmerie royale du Canada et nos homologues des États-Unis et d'autres pays aux vues similaires.

La frontière est une plaque tournante évidente en ce qui concerne les efforts concertés de lutte contre le trafic de drogues et d'autres crimes majeurs par des organismes d'application de la loi.

[Français]

De plus, nous élaborons et cherchons sans cesse des technologies de détection novatrices afin d'aider nos agents. Un certain nombre d'outils et de systèmes sont en place à l'heure actuelle. À la frontière, les appareils numériques de prise d'empreintes digitales nous permettent de transmettre des données sur des empreintes digitales à nos partenaires dans la GRC de façon rapide et sûre.

[Traduction]

Les densimètres installés aux postes frontaliers majeurs et dans les ports maritimes mesurent la densité de telle surface ou de tel objet. Ces appareils peuvent découvrir des compartiments cachés, nous aidant ainsi à intercepter la contrebande.

Nous utilisons aussi des sondes vidéo souples et des rayons X pour repérer les espèces non déclarées ou la contrebande et des fibroscopes pour examiner les sections des véhicules et du fret qui

sont invisibles à l'œil nu. Divers outils nous aident à inspecter les châssis de véhicules et d'autres zones difficiles d'accès.

La technologie de détection des traces est utilisée afin de détecter des quantités minimales de stupéfiants et d'explosifs dans des échantillons de produits et sur des moyens de transport.

Enfin, nous jouissons de l'appui d'une équipe de chiens détecteurs capables de détecter les stupéfiants illégaux, les armes à feu et l'argent comptant; ces capacités sont améliorées par la formation sur la détermination des menaces et des risques que nous offrons à nos agents. Nous pouvons aussi compter sur un laboratoire de science et de génie de réputation mondiale.

Monsieur le président, en ce qui concerne le fentanyl, en particulier, nous avons constaté une augmentation du nombre de saisies depuis 2014. La poudre de fentanyl et les substances équivalentes entrent le plus souvent clandestinement au Canada, principalement en provenance de la Chine, par la filière de la poste, comme l'a expliqué notre collègue de la GRC. Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et le 22 septembre 2016, l'ASFC a effectué plus de 115 saisies de fentanyl.

En raison du volume croissant de colis traités dans les filières de la poste et de la messagerie, il peut être difficile pour l'ASFC de repérer et d'intercepter tous les colis préoccupants. Ces derniers sont souvent faussement déclarés ou intentionnellement mal étiquetés.

[Français]

L'ASFC prend au sérieux la santé et la sécurité de ses employés. À cette fin, des procédures de manutention sécuritaires et des mesures de contrôle sont en place, dont l'équipement de protection personnel pour prévenir l'exposition accidentelle. De plus, compte tenu du rythme auquel évoluent ces produits, l'Agence examine leur caractère adéquat sur une base permanente.

● (0920)

[Traduction]

Comme je l'ai mentionné auparavant, c'est pourquoi les partenariats et le renseignement sont si importants. L'ASFC déploie des efforts collaboratifs soutenus en vue d'atténuer la menace pour la sécurité publique que présente le fentanyl à l'échelle régionale, nationale et internationale. Nous misons sur le renseignement et collaborons avec nos partenaires en vue de repérer les personnes et les entreprises pouvant être impliquées dans le trafic de fentanyl et effectuons des évaluations du risque à leur égard.

Nous gérons un certain nombre de projets d'évaluation du risque commercial visant à intercepter le fentanyl et d'autres substances réglementées qui arrivent par fret aérien et maritime en provenance de la Chine et de Hong Kong. Nos opérations régionales participent à des projets dirigés par des services de police, et notre réseau international échange avec les autorités douanières chinoises en ce qui concerne le fentanyl.

[Français]

La crise des opiacés est un défi qui nécessite des ressources et une coordination considérables. Il nous incombe, au nom des Canadiens, de renforcer nos efforts de collaboration le plus possible.

[Traduction]

Il s'agit d'un défi multidimensionnel. Il y a des incidences importantes sur le plan social, de la santé publique et de la justice pénale. Une partie de la solution consiste à empêcher la substance d'entrer au Canada dans la plus vaste mesure possible. Cela fait partie des responsabilités de l'ASFC, et nous sommes heureux de discuter de notre approche avec le Comité aujourd'hui.

[Français]

Je vous remercie.

[Traduction]

**Le vice-président (M. Len Webber):** Merci, Caroline.

Enfin, nous allons entendre Rita Notarandrea et Matthew Young, qui représentent le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.

Allez-y, Rita.

**Mme Rita Notarandrea (première dirigeante, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies):** Bonjour, monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du Comité.

Je m'appelle Rita Notarandrea et je suis la première dirigeante du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.

Je suis accompagnée aujourd'hui de mon collègue Matthew Young, chercheur et analyste principal au CCLT. M. Young dirige notre programme de recherche épidémiologique sur la consommation de drogues, qui comprend le Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies, les sondages sur la consommation de drogues parmi les élèves et nos travaux sur les nouvelles substances psychoactives.

J'aimerais commencer par remercier les membres du Comité de nous avoir invités à comparaître aujourd'hui.

Pour ceux qui ne connaissent pas bien le CCLT, il a été créé en 1988, et nous sommes le seul organisme au Canada à bénéficier d'un mandat national légiféré consistant à réduire les torts causés par l'alcool et les autres drogues à la société canadienne.

Aujourd'hui, je parlerai brièvement de la crise, comme d'autres témoins avant moi ont déjà parlé de la prévalence du phénomène et du désespoir des personnes et des familles touchées par cette crise au Canada. Je mentionnerai également les contributions du CCLT à la réponse fédérale. Ensuite, d'après notre expérience en la matière et nos partenariats, je présenterai quelques pistes d'intervention possibles.

Au cours des 10 dernières années, la consommation d'opioïdes et les torts qu'ils causent ont fait un bon fulgurant. Par conséquent, en 2012, le CCLT a rassemblé plus de 40 experts et organisations spécialisées afin de déterminer la meilleure façon de s'attaquer à ce problème de santé nationale. Ce groupe diversifié, qui contribue à la fois au problème et aux solutions, comprend des médecins, des infirmières, des dentistes, des pharmaciens, des coroners, des examinateurs médicaux, des Autochtones, des responsables de l'application de la loi, des chercheurs et des représentants des gouvernements.

Nous reconnaissons tous que c'était un enjeu complexe et multidimensionnel qui ne relevait pas d'un seul ordre de gouvernement ou d'une organisation à elle seule. Tout le monde s'y attaquait de façon cloisonnée. En fait, il y avait au moins 70 rapports sur la question. Nous savions aussi qu'il n'y avait pas de solution unique et que bon nombre des bienfaits recherchés de ces médicaments, notamment le traitement de la douleur chronique, s'accompagnaient d'effets néfastes involontaires, comme la dépendance, la surdose et la mort.

En 2013, 12 mois plus tard, ce groupe a publié une stratégie nationale ambitieuse sur 10 ans intitulée « *S'abstenir de faire du mal* », afin de répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada. Son application dépendait des efforts de tous, et tout le monde avait sa part de responsabilité pour régler cette crise de santé importante dans notre société. Cette stratégie, qui se voulait exhaustive, présentait 58 recommandations axées sur différents

thèmes dont la prévention, l'éducation, le traitement, l'application de la loi, la législation, la réglementation, la surveillance et le suivi.

Au cours des trois dernières années, nous avons réalisé des progrès, et par « nous » j'entends le « nous » collectif. Mes collègues ici présents aujourd'hui ont déjà abordé certains aspects de ce travail. Il y a également d'autres experts qui ont reçu des fonds pour donner vie aux recommandations de ce rapport. Encore une fois, c'est une responsabilité partagée. Je serai heureuse de vous remettre des exemplaires de la stratégie initiale, du rapport sur les progrès réalisés et de la liste des activités actuelles de bons nombres de nos partenaires.

Sous la direction de M. Young, le CCLT dirige le Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies, soit le RCCET. Ce réseau pancanadien, qui rassemble divers partenaires du réseau communautaire, se veut un système de détection précoce par lequel on enquête sur les problèmes émergents signalés, on diffuse des alertes et des bulletins sur les sujets de préoccupation immédiats et on informe les communautés des leçons retenues suite aux interventions en réponse à des problèmes locaux liés à la consommation de drogues.

Le RCCET a diffusé sa première alerte sur la vente de fentanyl sur le marché des drogues illicites en juillet 2013, après quoi il a publié d'autres alertes pour signaler la vente de fentanyl déguisé sous forme de comprimés d'OxyContin en février 2014. C'est là un exemple des conséquences involontaires de la lutte contre les chaînes d'approvisionnement d'opioïdes d'ordonnance et leur détournement, puisque c'est là où le crime organisé intervient pour produire et vendre du fentanyl en poudre, sous forme de comprimés de contrefaçon ou d'additifs ajoutés à des poudres et vendus sur le marché illicite.

En fait, à la lumière des inquiétudes croissantes concernant les torts associés au fentanyl, de source illicite et pharmaceutique, et l'absence de données nationales sur les décès associés au fentanyl, le RCCET a décidé, en août 2015, de recueillir et de compiler des données sur le nombre de décès associés au fentanyl au Canada entre 2009 et 2014 pour mieux comprendre l'évolution de la situation et planifier des interventions appropriées.

Bien que toute consommation d'opioïdes puisse causer du tort, comme la surdose et d'autres complications médicales, le fentanyl illicite et les autres nouveaux opioïdes de synthèse présentent un risque encore plus grand pour la santé, pour toutes sortes de raisons, notamment l'absence de réglementation et de contrôle de la qualité et la puissance de ces substances comparativement à celles d'autres opioïdes. Des gens consomment ces drogues en croyant qu'il s'agit d'autres substances moins toxiques.

Nous savions, au moment de la publication de « *S'abstenir de faire du mal* », qu'il s'agit d'un enjeu social et de santé complexe, qui fait partie du problème plus vaste de la consommation de substances au Canada. Nous savions que cette stratégie devrait être améliorée pour demeurer pertinente et intégrer les nouveaux renseignements pertinents au fur et à mesure. Nous savions que les priorités pouvaient changer.

●(0925)

Bien que la solution demeure difficile, la bonne nouvelle, c'est que nous n'avons pas besoin de recommencer à zéro. « *S'abstenir de faire du mal* » est une stratégie qui comprend des volets prévention et éducation professionnelle, traitement, suivi et surveillance, et tout son contenu se fonde sur des données probantes. Nous, et encore une fois j'entends le « nous » collectif, reconnaissons qu'il doit y avoir des interventions destinées à réduire l'approvisionnement d'opioïdes d'ordonnance et illicites, comme on l'a dit. Cet aspect est important, il doit se poursuivre ou être amélioré. Nous reconnaissons aussi qu'il faut nous attaquer à la demande et nous assurer de la mise en place d'interventions appropriées en temps opportun. À cette fin, nous recommandons de porter attention à quelques éléments. Nous avons besoin d'interventions fondées sur des données probantes, de données de suivi et de surveillance, d'éducation et de sensibilisation du public, de lutte contre la stigmatisation et d'efforts collectifs.

Premièrement, la crise des opioïdes met en lumière les lacunes du système de soins des toxicomanies. Nous recommandons d'accroître l'accès à des traitements efficaces, fondés sur des données probantes, dans tout le continuum des soins. Celui-ci comprend les soins primaires, les services de traitement et les mécanismes de soutien. Nous devons veiller à ce que le traitement soit accessible. Nous devons veiller à ce que ces services se fondent sur des données probantes, pour que les personnes qui vont chercher de l'aide puissent recevoir l'aide et l'appui dont elles ont besoin. Nous devons favoriser l'accréditation des établissements de traitement et faire en sorte que les professionnels de la santé qui y travaillent aient les qualifications voulues. Toute porte ouverte devrait mener à de l'aide pour recevoir le traitement et les soins nécessaires de personnes compétentes, ayant les connaissances et les compétences les plus récentes. Malheureusement, nous avons entendu parler dans les médias, d'établissements, principalement dans le secteur privé, qui offrent des services de santé aux toxicomanes, mais qui n'auraient pas de personnel qualifié pour ce faire qui se trouveraient à donner de mauvais renseignements à leurs patients.

Nous avons découvert, par la crise des opioïdes, ce qu'il faut ajouter au système de santé pour traiter efficacement les personnes dépendantes aux opioïdes. Nous avons appris que les professionnels de soins primaires n'étaient pas bien outillés, qu'ils n'avaient pas les compétences voulues en gestion de la douleur et dépendance et que les programmes de formation n'abordaient pas adéquatement ces questions. Par conséquent, nous devons offrir de la formation et des ressources pour aider les professionnels de soins primaires à rédiger des ordonnances selon les lignes directrices, par exemple, à détecter les problèmes et à intervenir tôt. Dans cette crise, nous savons que beaucoup de gens sont à la recherche de services fondés sur des données probantes pour répondre aux besoins des personnes dépendantes aux opioïdes. Comme on l'a mentionné, il y a diverses interventions possibles, comme la prescription de naloxone, l'éducation sur la surdose, les thérapies de substitution aux opioïdes et les centres de consommation supervisée. Certains médicaments efficaces comme le Vivitrol sont malheureusement pas encore disponibles au Canada.

Je vous parle de la nécessité de nous fonder sur des données probantes pour contenir la crise des opioïdes et traiter les personnes ayant besoin d'aide grâce à des interventions efficaces, mais j'aimerais porter à votre attention un nouveau rapport produit par l'OMS, l'Organisation mondiale de la santé, et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, qui s'intitule « *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders* ». Ce rapport aborde tout le continuum de soins, les différentes interventions

possibles, de même que la solidité des recherches qui justifient ces interventions.

Monsieur le président, nous nous ferons un plaisir de faire parvenir des exemplaires de ce rapport au greffier du Comité.

Deuxièmement, pour contenir la crise qui frappe le pays et intervenir efficacement, nous avons besoin d'un système national détaillé de suivi et de surveillance pour brosser le portrait de la situation nationale. Dans beaucoup de pays du monde, ce travail relève d'un observatoire national des drogues. Comme on vous l'a mentionné hier, Santé Canada, le CCLT et les Instituts de recherche en santé du Canada ont organisé un échange entre experts afin d'examiner les différents modèles possibles pour l'établissement d'un observatoire canadien et d'évaluer comment ces modèles pourraient nous permettre d'atteindre nos objectifs généraux et ciblés relativement à la surveillance des drogues. Cela doit également aussi s'accompagner de programmes de suivi des médicaments d'ordonnance dans chaque province. Le CCLT rencontrera les dirigeants de Santé Canada et d'autres experts du domaine afin d'évaluer quel serait le meilleur modèle pour un observatoire des drogues canadien et un système de détection précoce. Compte tenu de l'ampleur du travail nécessaire pour mettre sur pied un observatoire national des drogues au Canada et de la force des nombreux leaders nationaux dans ce domaine, comme Santé Canada, le CCLT et les IASC, la clé du succès d'un futur observatoire canadien sera d'établir une vision claire et une bonne compréhension des rôles et responsabilités des différents leaders du domaine et des divers gouvernements, puis de bien décrire les besoins à court et à moyen termes pour détecter les problèmes émergents et y réagir promptement. Nous le faisons bien dans le domaine de la santé physique et des maladies infectieuses, par exemple.

●(0930)

Troisièmement, les Canadiens doivent avoir accès à des renseignements exacts pour prendre des décisions éclairées au sujet de leur santé. Nous devons mieux informer et éduquer les Canadiens au sujet des méfaits des opioïdes et de la façon dont ils peuvent participer à la prise de décisions avec leurs professionnels de la santé. Les Canadiens doivent aussi connaître les données probantes sur les traitements non pharmacologiques de la douleur et connaître les services de qualité reconnus pour le traitement de leurs troubles liés à l'utilisation de substances. Ils doivent aussi connaître les symptômes d'une surdose. Ils doivent comprendre l'importance de l'entreposage et de la disposition sécuritaires de leurs médicaments non utilisés et des dangers associés à la conduite sous l'effet des opioïdes.

Enfin, l'un des plus importants défis auxquels nous sommes confrontés dans cette crise, c'est la stigmatisation sociale. Nombre de personnes croient encore que la dépendance est une faiblesse morale. Cela signifie que les gens doivent payer pour avoir accès à un traitement en temps opportun et que lorsqu'ils obtiennent ce traitement, rien ne garantit que l'établissement offrira des soins et un traitement de qualité. Nous devons accroître la sensibilisation à l'égard de la science associée à ces troubles.

Monsieur le président, je continuerai de travailler avec nos partenaires pour apporter les changements nécessaires en vue de lutter contre la crise des opioïdes et contre la dévastation des vies. Nous avons hâte de travailler avec Santé Canada, surtout à la conférence sur la consommation d'opioïdes qui se tiendra en novembre. Nous aurons l'occasion d'échanger avec nos partenaires de la stratégie « *S'abstenir de faire du mal* » au sujet de cet enjeu et des mesures concrètes que nous pouvons prendre.

Le CCLT continuera de coordonner les efforts collectifs, de faire le pont entre les partenaires, de recueillir et d'échanger les données probantes, de cibler les nouveaux enjeux et de répondre aux besoins des intervenants, conformément à son mandat.

M. Young et moi nous ferons un plaisir de répondre à vos questions.

Merci beaucoup.

**Le vice-président (M. Len Webber):** Merci beaucoup, Rita.

Nous aimerions beaucoup obtenir une copie du rapport, en effet. Veuillez la transmettre au greffier.

Très bien, nous allons passer à la période de questions.

Monsieur Randeep Sarai, vous avez sept minutes.

**M. Randeep Sarai:** Je remercie tous les experts de leur présence. Je constate que vous avez des connaissances exhaustives au sujet du fentanyl.

Ma question s'adresse à la GRC.

Le quartier général de la division de la GRC se trouve dans ma circonscription, Surrey-Centre. Certains des meilleurs professionnels de l'application de la loi du pays vivent à Surrey et dans le Lower Mainland.

J'aimerais savoir quelle est la stratégie de la GRC pour répondre à la crise, étant donné son incidence négative sur notre collectivité.

**Comm. adj. Todd G. Shean:** Je vous remercie de votre question.

La GRC a élaboré plusieurs stratégies. Il y a plusieurs années, la GRC a mis en oeuvre une stratégie sur les drogues synthétiques, qui se concentrait sur la prévention, l'application de la loi et, bien sûr, l'éducation. De plus, comme je l'ai dit dans mon exposé, nous avons des agents de liaison et des analystes qui sont affectés partout dans le monde pour établir les relations dont nous avons besoin à l'échelle internationale puisque, comme je l'ai dit au comité, une grande partie du fentanyl est importée au pays. Donc, comment établissons-nous ces relations avec les pays pour pouvoir traiter le problème à la source et éviter que les produits ne pénètrent le marché canadien?

La semaine dernière, j'ai fait une présentation lors d'un colloque sur la frontière canado-américaine. Le gestionnaire de la DEA, M. Rosenberg, a abordé la question. Il a aussi parlé du fentanyl et de l'émergence du W-18 et du carfentanil aux États-Unis, et de l'importance que son organisation accorde aux efforts de prévention et d'éducation afin de sensibiliser les jeunes à risque. Il a dit qu'il accordait une grande importance aux partenariats et à la collaboration entre la Gendarmerie royale du Canada et les autorités américaines en vue de sécuriser les frontières, de même qu'au travail des agents des services frontaliers, de nos homologues au sein de l'ASFC, qui sont aussi sur le terrain.

Comme je l'ai dit, nous avons fait un travail important dans les collectivités par l'entremise de notre bureau dirigé par M. Chicoine et de notre centre de coordination fédéral. Nous avons préparé des vidéos et des produits imprimés, ajusté nos politiques, donné de la naloxone à nos agents de première ligne, collaboré avec tous les ministères et tenu des consultations pour déterminer ce que la GRC pouvait apporter sur le plan de l'application de la loi. Comme nous l'avons entendu de la part de tous nos homologues ici, c'est un effort de collaboration entre plusieurs ministères.

C'est un ensemble de facteurs: le volet national et international; les agents de première ligne; c'est faire partie d'une équipe qui échange des renseignements pour faire progresser les efforts du Canada dans la lutte contre cette crise.

● (0935)

**M. Randeep Sarai:** Dans le même ordre d'idées, est-ce que notre Code criminel ou d'autres documents pourraient vous aider à prévenir cette crise ou à agir? Est-ce qu'il y a des lacunes dans le Code criminel ou nos instruments juridiques?

**Comm. adj. Todd G. Shean:** Je crois qu'on peut toujours dire ceci ou cela à propos des autres domaines. Mon approche a toujours été de dire qu'il y a des organismes au Canada qui décident les lois et que nous sommes ici pour les exécuter. Si l'on examine les lois et qu'on nous demande notre avis, nous allons certainement alimenter ces discussions, mais à l'heure actuelle, nous travaillons en fonction de ce que prévoit le Code criminel du Canada.

**M. Randeep Sarai:** Merci.

Ma question s'adresse aux représentants du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.

Comme vous le savez, la ville de Surrey, comme d'autres villes de la Colombie-Britannique et de l'Alberta, est durement touchée par la crise des opioïdes, surtout les drogues à usage récréatif contenant du fentanyl. Mon collègue Sukh Dhaliwal a tenu un sommet d'urgence avec des professionnels de la santé qui travaillent sur le terrain auprès des gens ayant des problèmes de toxicomanie.

Dans ces dialogues, j'ai entendu des conclusions contradictoires au sujet de la réduction du nombre de prescriptions d'opioïdes. Je suis curieux. Pourriez-vous nous dire ce qu'indiquent vos recherches à ce sujet? Certaines personnes ont dit qu'il ne fallait pas cesser de faire des ordonnances et que certains médicaments à base d'opioïdes aidaient à réduire les dépendances; que sinon, les gens se tourneront vers les drogues contenant du fentanyl. D'autres ont dit que l'utilisation des opioïdes sous ordonnance était très élevée. Quelle est votre opinion à ce sujet?

**Mme Rita Notarandrea:** J'insiste sur une chose. Lorsque nous avons rédigé le rapport « *S'abstenir de faire du mal* », on avait l'impression qu'il y avait une solution unique au problème. Comme nous l'avons tous dit, je crois qu'il n'y a pas de recette magique, pas de solution unique.

Je crois que nous devons éduquer les prescripteurs. Nous devons veiller à ce que les lignes directrices pour la pratique clinique soient respectées par les spécialistes en soins primaires dans les cabinets de médecins. En même temps, nous devons aussi aborder la question du détournement.

Nous devons tout d'abord veiller à ce que les médecins respectent les lignes directrices et à avoir les données probantes nécessaires pour orienter ces lignes directrices. Nous devons cibler les prescriptions qui ne respectent pas les lignes directrices. C'est à cela que je faisais référence lorsque j'ai parlé des programmes de surveillance des ordonnances.

À l'heure actuelle, il y a beaucoup de détournements. Je crois qu'on en a parlé et c'est ce que nous observons.

Il n'y a pas une solution unique au problème. Il faut tenir compte de ces deux facteurs.

**M. Randeep Sarai:** Merci.

Je cède le reste de mon temps de parole à Sonia Sidhu.

**Le vice-président (M. Len Webber):** Vous avez une minute, madame Sidhu.

**Mme Sonia Sidhu:** Je remercie tous les témoins de nous avoir transmis ces renseignements précieux.

J'aimerais d'abord parler des sites d'injection supervisée. Récemment, on a vu de nombreux articles dans les médias au sujet des municipalités qui songeaient établir des sites d'injection supervisée pour réduire le nombre de surdoses et traiter des problèmes de toxicomanie. Que révèlent les données probantes actuelles au sujet de l'incidence positive des sites d'injection supervisée?

• (0940)

**Mme Hilary Geller:** Je vous remercie de votre question.

Les données probantes sont très claires: s'ils sont bien établis et bien gérés, les sites de consommation supervisée sauvent des vies et n'entraînent aucune augmentation du taux de criminalité dans les quartiers avoisinants.

De nombreuses études ont été faites à ce sujet, tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle internationale, et la conclusion est la même partout. On peut se fier à l'expérience de longue date de l'Europe avec les sites de consommation supervisée. Le site Insite de Vancouver est en place depuis plus de 10 ans. Leurs conclusions sont les mêmes.

**Le vice-président (M. Len Webber):** Je dois vous interrompre. Votre temps est écoulé. Je suis désolé.

La parole est maintenant à M. Colin Carrie. Vous avez sept minutes.

**M. Colin Carrie:** Je remercie les témoins de leur présence ici aujourd'hui, parce que nous sommes confrontés à une grave crise.

Docteur Sharma, j'aimerais commencer par vous, puisque vous êtes médecin. Je crois que nous comprenons tous que la toxicomanie est une condition traitable. C'est pourquoi le gouvernement a mis sur pied une stratégie de lutte contre la toxicomanie, qui nous a permis d'investir 500 millions de dollars dans la prévention et le traitement, et d'éviter que les drogues se retrouvent entre les mains des toxicomanes. À l'époque, le mandat de Santé Canada était axé sur la santé et la sécurité des Canadiens. Je crois que c'est toujours le cas, n'est-ce pas?

Je crois qu'il est très important, étant donné la situation à laquelle nous sommes confrontés, que Santé Canada et le cabinet de la ministre soient ouverts et transparents. Certains s'inquiètent des actions et du jugement de la ministre, en raison de certaines décisions controversées qu'elle a prises. J'aimerais avoir votre avis à ce sujet.

Étant donné la présence importante des opioïdes dans la rue, je crois qu'il faut tenir compte des rapports sur les drogues contaminées ou adultérées dans la rue. Malheureusement, nous avons appris dans les médias que Tilray, une entreprise de la Colombie-Britannique, avait rapporté à Santé Canada que certains dispensaires offraient de la marijuana adultérée avec des cancérigènes, des fongicides et des pesticides. La ministre a choisi de ne pas en parler aux Canadiens.

À titre de conseillère médicale principale de la Direction générale des produits de santé et des aliments, si vous recevez des renseignements sur la présence d'opioïdes adultérés dans la rue, croyez-vous qu'il serait important de transmettre cette information à la population canadienne, par l'entremise d'un communiqué de presse ou d'un autre moyen de communication, ou par l'entremise des médias, de sorte que les Canadiens qui consomment ces

substances soient au courant? Croyez-vous que cela aiderait à protéger la santé et la sécurité des Canadiens?

**Dre Supriya Sharma (conseillère médicale principale, Direction générale des produits de santé et des aliments, ministère de la Santé):** En ce qui a trait à l'autorisation des opioïdes au Canada, ce sont des produits commercialisés. Donc, en cas d'adultération ou de contamination, nous évaluerions les risques. Ensuite, nous prendrions des mesures de conformité et d'application de la loi au besoin.

Il y a un ensemble de mesures de conformité et d'application de la loi que nous pouvons prendre, notamment le rappel des produits, la modification des étiquettes, etc.

**M. Colin Carrie:** Vous pourriez sortir les drogues de la rue et faire quelque chose, le dire aux Canadiens rapidement plutôt que d'attendre un an, n'est-ce pas? Vous ne feriez pas cela?

**Dre Supriya Sharma:** Une fois que nous avons pris connaissance des risques et que nous avons décidé des mesures à prendre, nous déterminons le moyen de communication le plus approprié à utiliser. On pourrait publier un message sur le Web. On pourrait diffuser un communiqué de presse. Cela varie selon le cas, selon les risques et selon notre évaluation.

**M. Colin Carrie:** Tout ce que je dis, c'est qu'il faut manquer de jugement pour attendre un an avant de transmettre l'information à la population.

Madame Geller, vous avez entendu parler de l'étude SALOME.

**Mme Hilary Geller:** Oui.

**M. Colin Carrie:** Est-ce que cette étude a permis de déterminer que l'hydromorphone était une solution de rechange valide à l'héroïne et qu'elle présentait moins de risques?

**Dre Supriya Sharma:** Je peux peut-être répondre.

L'étude SALOME visait à évaluer l'utilisation à long terme des médicaments opioïdes. On voulait comparer l'utilisation d'héroïne injectable de qualité pharmaceutique, ou diacétylmorphine, à l'utilisation de l'hydromorphone, un analgésique sous forme injectable approuvé au Canada, mais qui n'est pas approuvé pour le traitement de la dépendance aux opioïdes pour le moment. L'étude a permis de constater que chez la population étudiée, l'hydromorphone était tout aussi efficace que l'héroïne de qualité pharmaceutique et entraînait moins d'effets indésirables.

Il ne s'agit toutefois que d'une seule étude et il faut tenir compte du contexte associé aux documents scientifiques et médicaux utilisés.

• (0945)

**M. Colin Carrie:** Je crois que c'est prometteur. Mme Geller a dit que le Programme d'accès spécial — destiné aux patients qui ont une condition grave ou potentiellement mortelle lorsque les traitements traditionnels ont échoué, ne sont pas appropriés ou ne sont pas disponibles — était utilisé pour obtenir de l'héroïne pharmaceutique qui se retrouvait ensuite dans la rue. Ce n'est pas le but du programme. S'il existe une solution de rechange légale — on en parle même dans la déclaration concernant l'accès, sur votre site Web —, ne croyez-vous pas qu'on devrait tenter d'utiliser cette solution de rechange légale et plus sécuritaire, plutôt que d'introduire plus d'héroïne dans le marché?

**Dre Supriya Sharma:** Comme vous l'avez dit, le Programme d'accès spécial est destiné aux personnes qui souffrent de conditions graves et potentiellement mortelles. Le médecin présente une demande pour son patient, qui est évaluée à ce titre. Lorsque nous recevons les demandes, nous vérifions les renseignements fournis par le médecin et nous nous assurons que le médecin a parlé à son patient des risques et avantages connexes. Les demandes sont évaluées au cas par cas.

Si l'on compare les deux produits, l'hydromorphone est un produit commercialisé, mais il n'est pas commercialisé à cette fin, et la diacétylmorphine est aussi associée à un ensemble de données probantes qui appuient son utilisation pour traiter les dépendances chroniques récurrentes aux opioïdes; elle est utilisée dans divers pays.

Pour toute demande en vertu du Programme d'accès spécial, nous examinons les renseignements du patient et la demande qui est faite pour nous assurer qu'elle répond aux critères du programme et qu'elle est raisonnable. Dans certains cas, vous avez raison, nous avons autorisé l'utilisation de la diacétylmorphine. On y a recours lorsque tous les autres traitements possibles ont malheureusement échoué; c'est donc pour un très faible pourcentage de patients.

**M. Colin Carrie:** Espérons que ce pourcentage demeure faible. Je connais le programme. Je l'ai défendu et j'ai tenté d'aider des patients qui souffraient de cancers potentiellement mortels. Je sais que le financement du programme est limité et je crois qu'il faut surveiller cela parce que c'est désolant de voir que les ressources servent à obtenir de l'héroïne alors qu'il existe une solution de rechange légale et sécuritaire.

Monsieur Young, le RCCET dit que votre travail nous est extrêmement utile et je tiens à vous en remercier. Il y a quelques années, en Ontario, Deb Matthews, qui était alors ministre de la Santé, a pratiquement supplié le gouvernement fédéral de faire la transition vers les opioïdes résistants à l'altération.

**Le vice-président (M. Len Webber):** Monsieur Carrie, je suis désolé, mais votre temps est écoulé. Vous pourrez reprendre à la deuxième série de questions. Je dois passer au prochain intervenant.

La parole est maintenant à M. Davies. Vous avez sept minutes, monsieur.

**M. Don Davies:** Merci à tous d'être ici aujourd'hui.

D'ici la fin de l'année, on s'attend à ce que 800 Britannico-Colombiens meurent d'une surdose d'opioïdes. Aujourd'hui, cela représente un décès avant midi, et un autre avant minuit. Le Dr Perry Kendall, l'administrateur provincial des soins de santé de la Colombie-Britannique, a déclaré l'état d'urgence en santé publique en Colombie-Britannique. Des centaines d'autres personnes mourront en Alberta, et on s'attend à ce que l'Ontario ait un nombre comparable de décès qu'en Colombie-Britannique d'ici la fin de 2016. À l'échelle nationale, on s'attend à ce que 2 000 Canadiens meurent d'une surdose, ce qui représente un décès toutes les quatre heures, environ.

La GRC prévoit une croissance du marché du fentanyl au cours des 18 prochains mois, ce qui signifie qu'encore plus de Canadiens mourront. Deux grains de fentanyl de la taille d'un grain de sel — ou un grain, dans le cas du carfentanyl — suffisent pour causer la mort d'un consommateur de drogue, y compris des jeunes qui en consomment à leur insu. Nos premiers répondants et nos policiers sont donc en danger. On parle du décès de voisins, d'amis et de proches. Comme Mme Geller l'a indiqué, personne n'est à l'abri.

Madame Geller, la question que j'aimerais vous poser est la suivante: la crise nationale des surdoses d'opioïdes est-elle une urgence nationale de santé publique?

**Mme Hilary Geller:** C'est certainement le cas en Colombie-Britannique, où l'état d'urgence en santé publique a été déclaré. Si vous regardez la définition d'« épidémie » établie par l'Organisation mondiale de la Santé, vous constaterez qu'elle est liée au dépassement de taux moyens de décès ou de maladie. Donc, selon cette définition, la situation en Colombie-Britannique est certes une urgence, comme l'a déclaré le gouvernement. Toutefois, je dois préciser, honnêtement, que si on s'en tient à cette définition au sens strict, le manque de données à certains égards m'empêche de vous dire si la situation des autres provinces correspond à cette définition. Nous constatons certainement une augmentation en Alberta, comme vous l'avez indiqué, et nous avons des indications que le phénomène commence à être observé dans l'est du pays. Les services policiers de l'Ontario ont donné des indications en ce sens.

De notre point de vue, nous considérons cela comme une urgence afin que les diverses administrations du pays aient toutes les ressources dont elles ont besoin pour intervenir. Le ministère fédéral de la Santé met en place toutes les mesures possibles dans ses domaines de compétences et encourage les autres à faire de même, de façon à être prêts à intervenir, non seulement en Colombie-Britannique, mais ailleurs, le cas échéant.

• (0950)

**M. Don Davies:** Très bien. Je n'aime pas vous interrompre, mais je dispose de peu de temps.

L'Agence de la santé publique du Canada n'a-t-elle pas le pouvoir de déclarer une urgence nationale en matière de santé publique?

**Mme Hilary Geller:** Je suis désolée. Je ne connais pas la loi qui la régit.

**M. Don Davies:** D'accord, merci.

Nous avons parlé du projet de loi C-2. Madame Geller, vous avez parfaitement énoncé les faits. Nous savons que les sites de consommation supervisée sauvent des vies. Nous savons également, comme l'ont indiqué tous les intervenants du pays, que le projet de loi C-2, qui a été adopté par le gouvernement précédent, établit 26 exigences distinctes et précises qui, selon tous les groupes du pays avec lesquels j'ai discuté, constituent des obstacles inutiles à la création de sites de consommation supervisée. Cela prend des mois, des centaines d'heures.

J'ai parlé aux gens du Conseil de la santé de Toronto. J'ai parlé aux gens de la ville de Montréal. J'ai parlé aux gens de la ville de Victoria. On ne parle pas de gens véreux qui veulent ouvrir un site de consommation supervisée, mais de municipalités et de conseils de la santé des provinces canadiennes qui nous disent que les sites de consommation supervisée permettent de sauver des vies et que cette mesure législative entraîne la création d'obstacles inutiles.

Madame Geller, vous avez indiqué que votre stratégie consiste à donner des explications sur ces barrières aux divers groupes, mais ce que les gens de ces groupes me disent, c'est qu'ils ont besoin d'explications à cet égard. Ils me disent qu'il faut éliminer ces obstacles.

En fait, ma question s'adresse à Mme Notarandrea. Votre groupe est-il favorable à l'abrogation ou à la simplification du projet de loi C-2 pour qu'on puisse ouvrir un plus grand nombre de sites de consommation supervisée et sauver des vies?

**Mme Rita Notarandrea:** Essentiellement, notre groupe est un organisme qui examine les données. Je pense que Mme Geller a parlé des données sur les sites de consommation. Nous visons aussi à assurer la protection du public. À mon avis, c'est toujours une question d'équilibre. Actuellement, par rapport au projet de loi et selon ce qu'on m'a dit, cet équilibre est facilité. Les gens qui présentent des projets reçoivent beaucoup d'aide pour que ces propositions soient acceptées.

**M. Don Davies:** Donc, vous êtes satisfaite des dispositions du projet de loi C-2. Est-ce la position de votre organisme?

**Mme Rita Notarandrea:** Encore une fois, nous n'avons pas de position en tant que telle. Nous analysons les données sur les sites de consommation. Que révèlent-elles sur leur importance dans le continuum de soins? Nous sommes favorables à ce que cela fasse partie du continuum de soins. Ce qu'on nous a dit, c'est que tous les efforts nécessaires sont déployés pour assurer la protection du public ainsi que celle des personnes qui souffrent.

**M. Don Davies:** Très bien.

Monsieur Shean, la Dre Jane Buxton, qui est professeure à l'Université de la Colombie-Britannique, a récemment indiqué au Comité qu'environ 82 % des gens de Vancouver font un appel au 911 pour signaler les cas de surdose, mais que ce pourcentage tombe à moins de 60 % en périphérie de Vancouver, surtout dans les collectivités desservies par la GRC. La Dre Buxton a indiqué que c'était principalement attribuable à la politique du SPV qui fait en sorte que les policiers de Vancouver ne se rendent pas systématiquement sur les lieux des surdoses signalées au 911. La GRC a-t-elle envisagé l'adoption d'une telle politique?

**Comm. adj. Todd G. Shean:** À ma connaissance, non.

**M. Don Davies:** Merci.

Madame Xavier, à la fin juillet, lorsque la première ministre de la Colombie-Britannique a créé un groupe de travail sur le fentanyl, elle a demandé à l'ASFC de procéder à la fouille de petits colis afin de saisir le fentanyl. Cependant, M. Clayton Pecknold, qui est directeur des services de police de la Colombie-Britannique et coprésident du groupe de travail, a clairement indiqué que cette politique n'a pas été mise en oeuvre. Il a dit ce qui suit: « Nous attendons toujours la réponse du ministre fédéral de la Sécurité publique. Nous avons clairement demandé que de nouvelles stratégies visant à intercepter le fentanyl à la frontière soient adoptées et qu'on donne à l'ASFC les outils dont elle a besoin. »

Le 15 septembre, l'ASFC a indiqué qu'elle cherchait de nouvelles façons de fouiller les envois postaux, mais qu'elle n'avait pas encore modifié sa politique. Dans le cas des colis suspects de moins de 30 grammes, la politique actuelle de l'ASFC consiste à « communiquer avec l'importateur pour demander l'autorisation d'ouvrir l'envoi postal. En cas de refus, le colis est renvoyé à l'exportateur ». À votre avis, pourquoi l'ASFC n'a-t-elle pas donné suite à la demande du groupe de travail de fouiller les petits envois postaux?

• (0955)

**Mme Caroline Xavier:** En ce qui concerne les restrictions...

**Le vice-président (M. Len Webber):** Je dois vous interrompre. Je suis désolé.

Monsieur Davies, votre temps est écoulé. Vous devrez attendre au prochain tour. Je dois passer au prochain intervenant.

Monsieur Eyolfson, la parole est à vous, pour sept minutes.

**M. Doug Eyolfson:** Je vous remercie tous d'être venus. Nous traitons d'un sujet qui me tient à coeur. J'ai pratiqué la médecine d'urgence pendant 20 ans, surtout au centre-ville de Winnipeg. Nous avons été directement témoins de nombreux cas de ce genre.

Madame Geller, M. Davies a parlé du projet de loi C-2 et des exigences qu'il comporte quant à l'implantation de sites de consommation supervisée. Selon vous, ce projet de loi a-t-il nui à votre capacité d'effectuer le suivi de cette crise en ralentissant l'implantation des sites de consommation supervisée dans les villes?

**Mme Hilary Geller:** Je vous remercie de la question.

Je pense qu'il est important de se rappeler qu'avant les modifications apportées à la LRCDas, la Loi réglementant certaines drogues et autres substances — qu'on appelle aussi le projet de loi C-2, qui n'était pas une mesure législative autonome, mais une série de modifications à une loi...

**M. Doug Eyolfson:** Exactement.

**Mme Hilary Geller:** Il comportait une série de critères rigoureux auxquels les demandeurs potentiels devaient satisfaire. Ces critères ont été publiés. Qu'on ait une mesure législative ou non, il aurait été absolument nécessaire d'adopter des lignes directrices strictes afin que les décideurs aient toutes les informations nécessaires pour prendre une décision éclairée et pour s'assurer que tout site qui serait ouvert est géré et exploité de façon adéquate.

Je pense qu'il est aussi intéressant de souligner que la plupart des critères — les 26 critères relatifs aux demandes énoncés dans la LRCDas — sont très semblables à ceux des documents d'orientation publiés par les gouvernements de la Colombie-Britannique et du Québec, qui ont été conçus pour informer la population de ces provinces des types de renseignements qui pourraient être exigés pour l'ouverture de sites de consommation supervisée.

Je dirais que l'ouverture de nouvelles installations suscite certainement un intérêt considérable. Le personnel de mon ministère a des discussions fréquentes et très détaillées avec les demandeurs potentiels. Ce qu'on me dit, c'est qu'au terme de ces discussions, les gens sont généralement reconnaissants de l'aide précieuse qui leur a été apportée pour préciser les exigences, pour comprendre comment ces informations ont été fournies par d'autres, en particulier par Insite. Les gens considèrent qu'ils connaissent la marche à suivre pour présenter une demande adéquate.

**M. Doug Eyolfson:** Il y a eu un changement de philosophie à l'égard de la réduction des méfaits et des sites de consommation supervisée. Nous savons très bien que cela suscitait beaucoup d'opposition auparavant. Le site de Vancouver a longtemps été le seul en son genre simplement parce que son statut était indéterminé. Il avait fait l'objet d'un appel devant la Cour suprême. On ne savait donc pas s'il pourrait demeurer ouvert.

Si l'opposition ou la réticence à l'égard de la réduction des méfaits avait été moins forte au cours des dernières années, aurait-il été plus facile, sur le plan de la surveillance et du traitement, d'intervenir plus rapidement par rapport à cette crise?

**Mme Hilary Geller:** La surveillance et le traitement sont deux choses distinctes.

Je dirais que sur le plan de la surveillance — et nous en discutons avec nos collègues ici présents, c'est connu —, nos systèmes à l'échelle nationale ne sont pas très bons. Selon moi, l'élaboration des systèmes de surveillance varie d'un endroit à l'autre au pays. Certains endroits ont un excellent système, notamment la Colombie-Britannique, tandis qu'ailleurs, il reste du travail à faire, et c'est ce que nous faisons. Voilà ce que je dirais au sujet de la surveillance.

Quant au traitement, je crois qu'on a toujours reconnu que le traitement est un aspect extrêmement important. Dans la foulée des travaux du Comité et de ceux liés à la stratégie « S'abstenir de faire du mal », dont Rita a parlé plus tôt, le budget de 2014 comportait d'importants investissements pour le traitement. Il reste manifestement beaucoup à faire, tant pour les méthodes de traitement au moyen de médicaments que pour les indicateurs en matière de traitement, sans compter les travaux portant sur les Premières Nations. Je dirais que cela demeure une de nos priorités.

**M. Doug Eyolfson:** Merci.

Ma prochaine question s'adresse aux représentants de la GRC. Je vous remercie d'être venus. Je suis particulièrement heureux de vous voir ici, étant donné que j'étais moi-même un enfant de la GRC.

Il y a eu diverses approches à l'égard des drogues. Le législateur et les organismes d'application de la loi ont parfois adopté une approche répressive et une approche dite de tolérance zéro. D'autres ont indiqué que ces approches n'ont fait qu'empirer les choses, dans certains cas, en incitant les gens à vivre dans la clandestinité et à ne pas se faire soigner.

Quelles sont vos observations à ce sujet? À votre avis, une approche principalement axée sur la criminalisation de ces activités empire-t-elle les choses en poussant ces gens vers la clandestinité?

• (1000)

**Comm. adj. Todd G. Shean:** Je vous remercie de la question.

Vous êtes un enfant de la GRC, et mon fils vient de terminer sa deuxième année de résidence. Il voulait être médecin urgentologue. Je crois donc que nous avons quelque chose en commun.

Du point de vue de l'application de la loi, je vous dirais que nous répondons aux questions relatives à toute mesure législative, lorsqu'on nous le demande. Notre rôle consiste à faire appliquer les lois adoptées par le gouvernement. Voilà essentiellement notre position à ce sujet. On nous demande souvent des informations sur les nouvelles mesures législatives proposées, et nous sommes prêts à donner notre avis lorsqu'on nous le demande. Ensuite, notre rôle est de veiller à l'application des lois du pays adoptées par les parlementaires.

**M. Doug Eyolfson:** Actuellement, on ne compte qu'un seul site de consommation supervisée au Canada. Du point de vue de l'application de la loi, les services de police de la Colombie-Britannique ont-ils constaté une augmentation de la criminalité liée à la présence de ce site de consommation supervisée?

**Comm. adj. Todd G. Shean:** À ma connaissance, nous n'avons pas fait d'étude sur l'augmentation de la criminalité à proximité du site de consommation supervisée. Donc, la seule chose que je peux dire, c'est qu'à ma connaissance, la GRC n'a pas fait d'étude précise à cet égard.

**M. Doug Eyolfson:** Très bien. Merci.

Je pense qu'il me reste environ 15 secondes, c'est bien cela?

**Le vice-président (M. Len Webber):** C'est cela, 15 secondes.

**M. Doug Eyolfson:** Cela ne me donne probablement pas assez de temps pour poser une autre question. Merci beaucoup.

**Le vice-président (M. Len Webber):** Merci.

Nous passons maintenant au deuxième tour; les interventions seront de cinq minutes.

Nous commençons par Mme Rachael Harder.

**Mme Rachael Harder:** La question s'adresse aux gens du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.

Vous avez parlé de l'équilibre nécessaire entre la sécurité publique et la création de sites d'injection supervisée, disons, pour ceux qui consomment ces drogues. Dans cette recherche d'équilibre, quelles sont, selon vous, certaines des difficultés auxquelles vous êtes confrontés par rapport à la sécurité du public?

**Mme Rita Notarandrea:** En ce qui concerne les traitements, nous nous concentrons sur les sites d'injection supervisée et les sites de consommation supervisée. Il existe un large éventail d'options de traitement; je tiens à préciser que par rapport aux normes de l'OMS et de l'ONUDC dont j'ai parlé, diverses options de traitement sont offertes pour le traitement des troubles de toxicomanie.

Je tiens également à dire qu'il faut examiner les interventions fondées sur des preuves. Ce sont toutes des options qui sont offertes aux gens qui souffrent de troubles de toxicomanie, dont la dépendance aux opioïdes. Ce que je dis, c'est que nous devons examiner toutes les options de façon à offrir un traitement efficace aux personnes qui sont aux prises avec toutes les complications associées à la dépendance. Nous devons adopter une approche exhaustive. Nous devons les aider à composer avec leur trouble, nous rendre sur les lieux où ils se trouvent et assurer leur sécurité.

**Mme Rachael Harder:** Il semblerait donc pertinent que cette approche exhaustive comporte un mécanisme de prévention. Cela devrait faire partie de cette approche globale. Qu'en est-il des mesures visant à aider les gens à se libérer des comportements toxicomanogènes, de la dépendance? Cela fait-il partie — et sous quelle forme — de cette approche exhaustive?

**Mme Rita Notarandrea:** Tout à fait. Cette approche exhaustive, lorsque j'ai fait allusion à la feuille de route « *S'abstenir de faire du mal* », englobait toutes ces mesures. Elle incluait la prévention. Elle traitait de l'éducation des consommateurs et de la sensibilisation du public, de la façon de discuter avec son médecin et de la façon d'envisager d'autres options que les opioïdes pour gérer la douleur. C'est l'une des mesures.

Il y a aussi les médecins, les fournisseurs de services primaires. J'ai mentionné dans mes observations que les fournisseurs de services primaires ne possèdent pas les compétences voulues, comme ils l'ont signalé, relativement à la gestion de la douleur, au traitement et au dépistage des dépendances et au continuum de soins de traitement. J'ai parlé de prévention et d'éducation. Qu'est ce que le continuum de soins de traitement englobe? Avons-nous toutes les données nécessaires pour appuyer les traitements existants?

Comme je l'ai mentionné plus tôt, certains centres de traitement résidentiels... Je pense qu'en Colombie-Britannique, il y a eu un article intéressant qui portait sur 150 centres de traitement résidentiels et sur les renseignements qu'ils fournissaient aux familles qui voulaient obtenir de l'aide pour leur proche. Les données sont là. Je pense que nous devons nous assurer qu'elles sont appliquées dans l'ensemble du continuum, que ce soit dans la prévention, l'éducation, le traitement ou le rétablissement.

• (1005)

**Mme Rachael Harder:** À votre avis, quels sont quelques-uns des meilleurs traitements? Que nous montrent les données? Quels traitements devrions-nous appliquer?

**Mme Rita Notarandrea:** C'est très exhaustif. C'est la raison pour laquelle j'ai dit que je me ferai plaisir de vous transmettre ce rapport. Il renferme les données les plus récentes et leur importance dans ce continuum, y compris pour les opioïdes d'ordonnance.

**Mme Rachael Harder:** Au final, si vous deviez nommer la cause fondamentale de cette crise des opioïdes qui sévit actuellement au Canada, quelle serait-elle?

**Mme Rita Notarandrea:** Malheureusement, je ne pense pas qu'il y ait une cause en particulier, et je pense que tous les facteurs que vous avez abordés sont en cause. C'est la formation des prescripteurs. C'est l'ensemble du continuum. Il y a l'application et toutes les autres mesures que nous pouvons prendre. Il faut informer la population que vous n'avez pas 40 opioïdes dans votre armoire à pharmacie, car les trois quarts des étudiants ont dit se procurer les opioïdes à leur domicile. Je crois que c'est une approche exhaustive, comme on l'a mentionné. Il n'y a pas de solution unique.

**Mme Rachael Harder:** Merci.

**Le vice-président (M. Len Webber):** Merci. Votre temps est écoulé, madame Harder.

Je vais passer à M. Kang.

**M. Darshan Singh Kang:** Je remercie tous les témoins d'être venus témoigner devant le Comité pour discuter de ce très grave problème. Je sais que nous traversons également une période difficile en Alberta. C'est un problème très sérieux là-bas, et je souhaite que nous trouvions des pistes de solution au Comité pour régler le problème le plus rapidement possible.

Je vais céder le reste de mon temps de parole à Mme Sidhu pour qu'elle puisse poser une question. Merci.

**Mme Sonia Sidhu:** Pourriez-vous clarifier un point brièvement? Sous le gouvernement précédent, le projet de loi C-2 portant sur les centres d'injection supervisée était-il un projet de loi distinct pouvant être amendé?

**Mme Hilary Geller:** Non, le projet de loi C-2 renfermait une série de modifications proposées à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances.

**Mme Sonia Sidhu:** Certains ont fait valoir que le processus actuel pour mettre en place des sites d'injection supervisée est trop difficile ou encombrant. Je me rappelle que le maire de Vancouver en a parlé récemment. Je sais que la ministre a dit que la mesure législative devrait faire l'objet d'un examen.

Pouvez-vous me dire où en est rendu cet examen? Quels aspects du projet de loi pourraient être améliorés si un examen est effectué?

**Mme Hilary Geller:** L'examen est en cours, alors je pense qu'il est trop tôt pour dire que des conclusions ont été tirées, mais nous évaluons le projet de loi, les parties de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances qui portent sur les dispositions qui s'appliquent lorsqu'on fait une demande pour mettre sur pied un centre de consommation supervisée, et nous les comparons à nos expériences actuelles.

Depuis de nombreux mois, nous tenons de nombreuses discussions avec des demandeurs potentiels. Il n'y en a qu'un qui a fait une demande à l'heure actuelle, tout le monde est au courant, et c'est Montréal. De toute évidence, c'est avec la ville de Montréal que nous avons le plus d'expérience, car elle est la plus avancée dans le domaine. Nous essayons d'avoir des conversations très détaillées avec les demandeurs pour déterminer s'il y a des critères précis qui leur posent problème. Si le problème est qu'ils ne comprennent pas vraiment les exigences, comme je pense l'avoir mentionné plus tôt,

ils trouvent ces conversations très utiles, plus particulièrement lorsque nous pouvons décrire avec précision le type de renseignements qu'ils doivent fournir dans leur demande pour mettre sur pied un centre InSite.

Fort de nos expériences au cours de la dernière année et de notre analyse de ces expériences et de la mesure législative, nous pourrions formuler des recommandations à la ministre le moment venu.

• (1010)

**Mme Sonia Sidhu:** Vous avez dit qu'il n'y a qu'une demande qui est traitée à l'heure actuelle.

J'ai remarqué plus particulièrement que la discussion s'articulait autour de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, et la ministre s'est récemment prononcée sur cette loi. J'aimerais comprendre l'incidence d'une surdose et des problèmes de dépendance sur les toxicomanes et savoir s'il y a des effets sur l'ensemble de la collectivité que nous devrions connaître. Y a-t-il eu des discussions à ce sujet?

La question s'adresse à Rita Notarandrea.

**Mme Rita Notarandrea:** Si je comprends bien votre question, vous parlez des différentes populations qui ont été touchées. Matthew a des renseignements plus récents, mais je dirais qu'il y a les aînés. De plus, pour ce qui est de l'utilisation, nous voyons des hausses chez les jeunes et les Premières Nations. Quand nous regardons les différents médicaments d'ordonnance, je sais qu'il y a le problème des opioïdes, mais en ce qui concerne les femmes, les benzodiazépines sont davantage un problème.

Il y a différentes populations et différents problèmes, et l'utilisation est certainement en hausse, comme je l'ai mentionné, dans deux principaux groupes, à savoir les aînés et les jeunes, mais aussi chez les Premières Nations.

**Mme Sonia Sidhu:** Je vais céder le reste de mon temps de parole à Ron.

**Le vice-président (M. Len Webber):** Monsieur McKinnon.

**M. Ron McKinnon:** Merci.

Votre déclaration était très intéressante. J'aimerais remercier Don d'avoir mentionné que le Comité étudie de façon expéditive la Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose que j'ai proposée, ce qui fera en sorte que les gens seront moins enclins à appeler la police.

Puisqu'il ne me reste plus de temps, je vais m'arrêter là.

Merci.

**Le vice-président (M. Len Webber):** Désolé, monsieur McKinnon.

Nous allons revenir aux conservateurs. Monsieur Carrie, vous avez cinq minutes.

**M. Colin Carrie:** Je voulais souligner que les libéraux semblent mettre l'accent sur les sites d'injection supervisée, et en réalité, ils injectent seulement des ressources dans ces centres. Dans le budget, il n'y avait pas de fonds prévus pour le traitement, la prévention ou l'éducation. Ce qui me contrarie notamment, c'est qu'à Oshawa, si un toxicomane veut un traitement, il doit attendre. Il doit parfois attendre des semaines. Il fait ensuite une rechute avant même d'obtenir le traitement. Il serait plus facile qu'il se présente à un endroit et qu'il continue de s'injecter.

Je ne pense pas, à moins que vous placiez la priorité sur le traitement, que nous allons dans la bonne direction. J'ai trouvé intéressant de voir les priorités de la ministre. Je pense que le traitement était la priorité numéro trois. J'ai aimé lorsque le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies a dit que le traitement est la priorité numéro un, car cette obsession entourant les sites d'injection supervisée... Le projet de loi C-2 n'empêche pas la mise sur pied de sites d'injection supervisée. Il permet aux gens qui ont le droit de savoir d'avoir leur mot à dire. Si la collectivité n'appuie pas le site d'injection, alors il ne produira pas de résultats positifs.

Je veux revenir à ma question pour le Dr Young.

Notre gouvernement collaborait avec d'autres personnes dans le monde. Je sais que nous avons reçu des lettres de gouverneurs américains et de la Maison-Blanche dans lesquelles on nous demandait de nous pencher sur toute cette catégorie de médicaments et de faire la transition vers des formules résistantes à l'altération et destinées à prévenir les abus. C'est ce que nous comptons faire. En juin dernier, la ministre Philpott, lors d'une conférence sur les politiques à Toronto, a dit qu'il y a des preuves empiriques solides que l'introduction d'une formule résistante à l'altération de l'OxyContin au Canada a causé la crise du fentanyl au Canada. Je me demandais si c'est vrai ou si c'est une situation plus nuancée et complexe que cela?

**Dr Matthew Young:** Ce que nous voyons depuis un bon moment, c'est que de nombreuses interventions sont mises en place qui, idéalement, si elles sont efficaces, diminueront la demande d'opioïdes à long terme, mais l'une des répercussions immédiates a été de devoir diminuer l'approvisionnement. Je pense que ces formules s'inscrivent probablement dans l'une de ces mesures. Si l'approvisionnement est supérieur à la demande, vous vous retrouvez dans la situation avec laquelle nous sommes aux prises en ce moment, où le crime organisé s'en mêle et comble un marché.

Je ne pense pas que cela répond directement à votre question, mais c'est la situation à l'heure actuelle.

•(1015)

**M. Colin Carrie:** Je sais que nous sommes dans cette situation à l'heure actuelle, mais il semble que — et il serait logique à mon avis, et ce serait la preuve — lorsque l'OxyContin deviendrait résistant à l'altération, les gens ne pourraient pas l'utiliser, ou il serait beaucoup plus difficile de l'utiliser. Si vous avez une stratégie pour rendre toute cette catégorie de médicaments, s'ils sont disponibles, résistants à l'altération, cela devrait ralentir l'accès à l'OxyContin détourné ou à un type semblable d'opioïdes. C'est illogique. N'est-il pas vrai que l'OxyContin générique est disponible au Canada même après 2012, et que les collègues de réglementation provinciaux ont commencé à conseiller des périodes d'ordonnance plus courtes et des doses d'opioïdes moins élevées en 2012? Pour ceux qui souffrent de dépendances, ne cherchent-ils pas à mettre la main sur la prochaine substance accessible? En délaissant les substances résistantes à l'altération, n'est-il pas logique d'utiliser les technologies existantes lorsque vous examinez une stratégie globale relative à l'usage abusif d'opioïdes?

**Dr Matthew Young:** Aux alentours de 2014, nous avons découvert que le crime organisé mettait du fentanyl dans les comprimés d'OxyContin de contrefaçon. Je ne connais pas un grand nombre des réponses à votre question précise quant à savoir si cette mesure était celle qui aurait dû être prise. Je sais qu'à peu près à cette époque, il y avait un marché desservi par le crime organisé qui utilisait des comprimés d'OxyContin de contrefaçon, et c'était

probablement parce qu'il y avait une baisse de l'approvisionnement en opioïdes pharmaceutiques détournés sur le marché illégal.

**M. Colin Carrie:** L'un des défis à l'heure actuelle, puisque des médicaments génériques sont facilement accessibles... Je pense que les gouverneurs des États du Nord ont écrit à la ministre de la Santé. Je me demandais si nous pourrions demander à l'Agence des services frontaliers si nous commençons à voir un passage de part et d'autre à la frontière d'OxyContin de marque générique. Est-ce que cela cause des problèmes à la frontière avec les gouverneurs des États du Nord? Sont-ils un peu contrariés par cette situation?

**Mme Caroline Xavier:** Je ne peux pas parler si c'est un problème lié à l'OxyContin plus particulièrement. Il faudrait que je vous revienne sur cette question, si c'est l'information que vous voulez. Ce que je peux vous dire, comme je l'ai mentionné dans ma déclaration liminaire, c'est que nous constatons une hausse des passeurs qui essaient de faire traverser, par exemple, un colis par l'entremise de nos services postaux. Comme mes collègues de la GRC l'ont mentionné, la gestion de la contrebande continue de se faire dans le vaste cadre des activités illégales de contrebande.

**Le vice-président (M. Len Webber):** D'accord, merci.

Votre temps est écoulé, monsieur Carrie.

Nous allons passer à M. John Oliver.

**M. John Oliver:** Merci de vos exposés.

Je veux me concentrer sur les changements de comportement des gens qui se procurent illégalement du fentanyl et des opioïdes. Il semble y avoir trois catégories. Il y a ceux qui consomment des substances pour le plaisir à titre d'essai, et je pense ici aux jeunes adultes et aux adolescents, il y a ceux qui souffrent de toxicomanie, de problèmes de santé mentale et de dépendances, et il y a la troisième catégorie de personnes qui sont devenues dépendantes de façon non intentionnelle dans le cadre d'un traitement de gestion de la douleur.

Monsieur Diverty ou peut-être docteur Sharma, avez-vous fait l'analyse? Je pense qu'il y a différentes stratégies à adopter pour chacune de ces trois catégories. Avez-vous fait l'analyse? Quel est le pourcentage? Quelle est la ventilation?

**M. Brent Diverty:** Merci de votre question.

Nous avons en fait une étude qui sera rendue publique dans environ un mois qui se penche sur les hospitalisations dues aux opioïdes, et l'une des constatations que nous avons faites dans le cadre de cette étude, c'est que les aînés et les jeunes sont hospitalisés pour différentes raisons. Je parle d'hospitalisations en soins de courte durée...

**M. John Oliver:** Pouvez-vous en venir au fait?

**M. Brent Diverty:** Absolument. Chez les aînés, on voit plus d'empoisonnements aux opioïdes accidentels et non intentionnels. Chez les jeunes, ils sont plus intentionnels.

**M. John Oliver:** Le pourcentage serait de 80 %, ou est-ce un tiers, un tiers, un tiers? Comment est-ce réparti?

**M. Brent Diverty:** Nous mettons la dernière main aux chiffres. C'est pourquoi je peux seulement vous décrire la tendance générale pour l'instant.

**M. John Oliver:** Vous ne le savez pas en ce moment. D'accord.

Docteur Sharma, y aurait-il des stratégies différentes? Si vous saviez que la majorité des gens qui sont devenus dépendants de façon non intentionnelle se procurent maintenant ces substances, auriez-vous des stratégies différentes pour eux?

Je vais revenir aux grandes entreprises pharmaceutiques. Je pense que Purdue, par exemple, est passée à l'hydromorphone, et elle a encore du mal à concevoir un produit résistant à l'altération. Toutes les provinces l'utilisent maintenant, à l'exception de la Colombie-Britannique, je pense.

Quel est le rôle des grandes entreprises pharmaceutiques pour éduquer les médecins au sujet des ordonnances? Surveillons-nous les habitudes de rédaction d'ordonnances des médecins?

• (1020)

**Dre Supriya Sharma:** Je vais répondre à la première partie de votre question.

Si nous avons des renseignements clairs sur les risques, nous pouvons adopter les stratégies appropriées. Vous avez raison de dire que les stratégies varient selon les circonstances. La situation au Canada est plus complexe, car les gens commencent à consommer des opiacés pour une raison, et avec le temps, les raisons changent. Évidemment, les situations varient selon le patient. C'est la raison pour laquelle nous parlons d'une stratégie approfondie à plusieurs volets afin d'aborder simultanément plusieurs facteurs différents.

Les sociétés pharmaceutiques fabriquent et mettent en marché les produits pharmaceutiques. Elles sont donc une part de responsabilité dans leur utilisation. Mais, il faut aussi tenir compte, bien entendu, du rôle des pharmaciens, médecins et praticiens. C'est la raison pour laquelle nous nous attaquons à cette situation à l'aide d'une stratégie approfondie.

**M. John Oliver:** D'accord. Très bien. Donc, des stratégies sont en cours d'élaboration et elles pourraient avoir un impact sur la prescription d'ordonnances. Le problème semble empirer. Il y a encore des cas de dépendance involontaire. Connaissez-vous des stratégies novatrices qui empêcheraient ce groupe de personnes en particulier de développer une dépendance?

**Dre Supriya Sharma:** En tant qu'organe qui autorise l'utilisation de ces médicaments, Santé Canada a comme objectif de s'assurer que les gens disposent des informations exactes et appropriées afin de prendre des décisions éclairées.

Lorsque j'étais à l'école de médecine, mes collègues et moi avions de très vives appréhensions à l'égard de l'utilisation des opiacés. Il y a eu un changement dans l'utilisation de ces produits et nous tentons maintenant d'ajuster le tir. Une des façons d'y arriver est de rendre l'information appropriée accessible. Aussi, Santé Canada travaille avec le DeGroot Pain Centre afin de conseiller les praticiens et de leur fournir des documents d'orientation sur l'utilisation appropriée de ces médicaments.

**M. John Oliver:** Merci.

Ma dernière question s'adresse à Mme Geller.

Pour les jeunes — et j'ignore combien ils sont en pourcentage — qui expérimentent, qui sont victimes de surdoses et qui sont hospitalisés, les résultats de l'étude de l'ICIS pourraient être utiles. Que fait-on dans les écoles en matière de sécurité publique pour éduquer les jeunes sur les dangers liés au fentanyl et à l'utilisation des petites pilules vertes estampées capables de tuer un jeune de 18 ans qui expérimente lors d'une fête?

**Mme Hilary Geller:** Le problème avec les jeunes, en général, c'est qu'ils ont davantage tendance à utiliser, à des fins récréatives, les médicaments d'ordonnance qu'ils trouvent dans la pharmacie de leurs parents. Les sondages montrent qu'entre 2 % et 4 % des jeunes consomment à des fins récréatives des médicaments d'ordonnance.

Au cours des dernières années, Santé Canada a mené une campagne de sensibilisation qui cible ce phénomène. Ce travail se poursuit et, dans le cadre de son plan d'action en cinq points, la ministre s'assurera d'inclure dans notre plan les pratiques exemplaires internationales en matière de prévention. Il a été démontré que les tactiques alarmistes, comme « dites non aux drogues », n'ont pas l'effet escompté. Les approches qui fonctionnent sont celles qui mettent davantage l'accent sur le renforcement de la résilience chez les très jeunes enfants.

**Le vice-président (M. Len Webber):** Merci.

Nous devons passer au prochain intervenant. Monsieur Davies, vous avez la parole pour trois minutes.

**M. Don Davies:** Madame Xavier, j'aimerais vous donner l'occasion de répondre à la question que je vous ai posée. Pourquoi l'ASFC n'a-t-elle pas réagi à la demande du groupe de travail de la Colombie-Britannique de procéder à des fouilles des petits envois à la recherche de fentanyl?

**Mme Caroline Xavier:** Le paragraphe 99(2) de la Loi sur les douanes stipule que l'ASFC ne peut pas ouvrir les envois pesant moins de 30 grammes. Donc, nous ne pourrions pas ouvrir ces envois, car cela contreviendrait à la loi.

Ceci dit, la loi précise que nous ne pouvons pas ouvrir les envois sans consentement, donc nous demandons aux personnes concernées leur consentement. Si nous n'avons pas de réponse dans les 30 jours, nous déterminons les prochaines étapes en collaboration avec nos collègues de Poste Canada et de la GRC. Même si nous ne pouvons pas ouvrir un envoi, Poste Canada pourrait le faire, en collaboration avec les autorités policières, selon une approche différente. Notre rôle principal est de nous assurer que le produit ne se retrouve pas en circulation au pays et c'est ce que nous faisons pour prévenir cette situation.

**M. Don Davies:** Recommandez-vous une modification de la loi pour permettre à l'ASFC d'ouvrir les envois de moins de 30 grammes?

• (1025)

**Mme Caroline Xavier:** Dans le cadre de l'examen en cours de notre mandat et de notre collaboration avec nos partenaires, nous examinons la loi pour déterminer si une modification de celle-ci serait une option pour lutter contre cette crise.

**M. Don Davies:** Si je souhaite exporter du fentanyl au Canada et que je connais l'existence de cette disposition, je n'ai qu'à envoyer mon produit dans des colis de moins de 30 grammes, non?

**Mme Caroline Xavier:** Nous utilisons tous les outils technologiques de détection dont j'ai parlé plus tôt. Mon but est de m'assurer que si un envoi soupçonné de contenir un produit de contrebande ou un produit qui ne devrait pas entrer au pays, que ce produit ne se retrouve pas en circulation sur notre territoire, que les agents puissent ou non ouvrir l'envoi. C'est mon mandat.

**M. Don Davies:** D'accord, mais un fait demeure: l'ASFC doit passer au crible les envois douteux, mais elle ne peut pas les ouvrir. Vous devez communiquer avec l'expéditeur, c'est exact?

**Mme Caroline Xavier:** C'est exact.

**M. Don Davies:** Selon les meilleures données que j'ai pu obtenir avant cette étude, 10 % des consommateurs d'opiacés ont une dépendance au produit et 30 % ont ce que l'on appelle un trouble de l'usage des opiacés. Il ne fait aucun doute que la dépendance physique se développe très rapidement. Les symptômes de sevrage sont désagréables et difficiles. De toute évidence, nous avons besoin de fonds considérables au pays pour le traitement.

Madame Geller, votre ministère envisage-t-il d'accroître le financement en vue de l'ouverture de centres de désintoxication afin d'aider ceux qui ont une dépendance aux opiacés à s'en libérer?

**Mme Hilary Geller:** En ce qui concerne la santé des Premières Nations et des Inuit, un de nos champs de responsabilité, il y a eu une injection importante de fonds pour améliorer les approches en matière de traitement. Aussi, des organisations, comme l'ICIS, ont reçu des investissements considérables pour mener des recherches approfondies sur les meilleures approches en matière de traitement.

Rita pourra vous en dire davantage à ce sujet, mais le CCLT mène aussi des activités de ce côté. Au provincial, je sais que la Colombie-Britannique fait preuve d'innovation. Je suis convaincue que vous en savez davantage que moi à ce sujet, y compris sur l'annonce de la première ministre, la semaine dernière, concernant un investissement de 5 millions de dollars. Dans notre domaine de compétence, au-delà de la santé des Premières Nations et des Inuits, nous cherchons des façons d'appuyer les provinces et autres intervenants pour nous assurer que le traitement offert est le plus efficace et efficient possible.

**M. Don Davies:** Le gouvernement fédéral offre-t-il un soutien financier aux provinces?

**Le vice-président (M. Len Webber):** Votre temps d'intervention est écoulé, mais vous disposerez, comme nous tous, d'une autre intervention de cinq minutes pour interroger les témoins.

J'aimerais poser une question très brève concernant l'antidote contre les opiacés, la naloxone, et son accessibilité. J'ignore si je dois poser ma question à Mme Geller ou à Mme Sharma.

Je sais que les policiers transportent avec eux la naloxone, mais j'ignore si tous les premiers intervenants en font de même. Ne serait-il pas utile de fournir également cet antidote aux centres d'injection supervisée? Pourquoi ne pourrait-on pas rendre ce produit plus accessible qu'il ne l'est actuellement?

**Dre Supriya Sharma:** La naloxone est offerte sous forme d'injection et de vaporisateur nasal. Nous avons fait des démarches pour que les deux formats soient accessibles sans ordonnance, ce qui a beaucoup aidé. La naloxone est déjà utilisée dans les centres d'injection supervisée, par les premiers répondants et dans les services d'urgence. Nous travaillons à diverses stratégies pour accroître l'accessibilité du produit. De nombreuses provinces ont entrepris de fournir gratuitement la naloxone. Elles l'offriront, sous forme d'injection ou de vaporisateur nasal, dans des trousseaux spéciales avec des directives d'utilisation.

Les mesures prises ont déjà permis d'accroître l'accessibilité du produit. Je crois que nous observerons un meilleur accès à la naloxone, tant sous forme d'injection que sous forme de vaporisateur nasal.

**Le vice-président (M. Len Webber):** C'est une très bonne nouvelle. Merci.

Monsieur McKinnon, vous avez la parole pour cinq minutes.

**M. Ron McKinnon:** J'aimerais aller dans une autre direction. Traditionnellement, notre approche à l'égard des drogues et de la toxicomanie a été de contrôler les produits qui créent une

dépendance et qui sont dangereux. Toutefois, au cours des dernières années, les recherches menées par le Dr Bruce Alexander, à Vancouver, et le Dr Gabor Maté, notamment, laissent entendre que les gens développent une dépendance non pas en raison du produit qu'ils consomment, mais bien en raison d'un manque de contact humain. En augmentant le contact humain chez ces personnes, on améliore leur qualité de vie. Résultat: ils sont moins susceptibles de développer une dépendance.

Ma question s'adresse aux représentants du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Connaissez-vous ces études et, si oui, qu'en pensez-vous? Pourriez-vous nous donner votre opinion?

• (1030)

**Mme Rita Notarandrea:** Lorsque nous étudions la question de prévention, nous examinons les facteurs de risque et de protection. Par exemple, nous examinons la résilience des gens. Certains facteurs de risque sont génétiques, d'autres sont environnementaux. Dans les facteurs de protection, il y a la connectivité à l'école, ainsi que la connectivité avec les parents et les soins attentifs de ces derniers à la maison.

Lorsque nous examinons les pratiques en matière de prévention, nous examinons toute une liste de facteurs de risque et de protection.

**M. Ron McKinnon:** Vous êtes au courant des travaux du Dr Alexander?

**Mme Rita Notarandrea:** Je connais Gabor, le deuxième chercheur que vous avez mentionné.

**M. Ron McKinnon:** D'accord.

Et, Santé Canada?

**Mme Hilary Geller:** Honnêtement, je n'ai vraiment rien à ajouter aux propos de Rita. Nous connaissons les documents sur les causes fondamentales des troubles liés à la dépendance. Nous nous tenons au courant. C'est peut-être ce genre de réflexion qui explique pourquoi les pays adoptent des approches différentes quant à leurs politiques en matière de drogues.

**M. Ron McKinnon:** Je crois que si nous faisons erreur sur les causes de la dépendance, nous risquons d'aller dans une autre direction, peut-être une mauvaise direction, sur le traitement de cette dépendance et la façon de la prévenir. D'ailleurs, si nous faisons réellement fausse route en nous concentrant sur les substances plutôt que sur les gens, cela pourrait avoir une incidence sur notre capacité à éduquer les gens sur le problème, à les traiter et à prévenir la dépendance.

L'un ou l'une d'entre vous pourrait nous fournir plus de détails à ce sujet?

**Mme Rita Notarandrea:** Comme je l'ai dit plus tôt, les deux approches sont nécessaires. Nous devons examiner les opportunités de prévention qui existent, ainsi que les pratiques actuelles en matière d'éducation, de prescription d'ordonnances et de prestation de services de traitement.

**M. Ron McKinnon:** D'accord. C'est tout pour moi.

**Le vice-président (M. Len Webber):** D'accord.

Allez-y, madame Sidhu.

**Mme Sonia Sidhu:** Je voulais simplement informer le comité que j'ai remis un avis de motion au greffier en vue de la séance de jeudi. La motion dit ceci:

Que, conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité prie la ministre de la Santé de faire diligence pour procéder à l'examen des lois et règlements actuels en matière de sites d'injection supervisés. Cet examen, réalisé avec une méthode reposant sur de solides données probantes, devrait avoir comme objectif final d'améliorer la santé et la sécurité des Canadiens.

**Le vice-président (M. Len Webber):** Merci de cette information, madame Sidhu. Une copie de votre motion sera remise aux membres du Comité lors de notre prochaine séance.

Docteur Carrie ou madame Harder, vous avez la parole pour cinq minutes.

**M. Colin Carrie:** Nous allons nous partager le temps de cette intervention.

Vous aurez peut-être remarqué que les libéraux tentent de parler uniquement d'une chose, les centres d'injection supervisée, lorsqu'il est question de l'échelle de traitement. C'est de cela que j'aimerais parler, car Mme Geller a tout à fait raison de dire qu'il n'existe aucune preuve que le taux de criminalité a augmenté dans les environs de ces centres d'injection.

J'aimerais demander au représentant de la GRC s'il peut nous faire parvenir des données. Je ne crois pas qu'elles existent, par contre. Si j'ai bien compris, il a été recommandé aux policiers de ne pas déposer d'accusations pour des crimes commis dans les environs du centre Insite, à Vancouver. Autrement dit, s'ils ne déposent pas d'accusations, le taux de criminalité n'augmentera pas.

J'ai eu l'occasion de me rendre sur place, sans prévenir. Il est incroyable de voir le nombre de crimes commis, mais aucune accusation n'est déposée.

J'aimerais savoir si vous pouvez nous faire parvenir ces statistiques, car la raison pour laquelle ces centres d'injection supervisée sont ouverts dans ces communautés, semble-t-il, c'est que le taux de criminalité n'augmentera pas. Mais, nous savons qu'habituellement, les toxicomanes ne sont pas fortunés. Si j'ai bien compris, pour pouvoir se payer leur dose quotidienne, ces gens commettent entre quatre et huit crimes. On parle ici de crimes mineurs, comme la prostitution, l'introduction par effraction ou autres. Peu importe où ces centres d'injections supervisée sont ouverts, il y aura une augmentation du taux de criminalité dans les environs. Les policiers à qui nous avons parlé à Vancouver disent que ce sont tous des crimes mineurs.

Il est important de souligner que, dans le projet de loi C-2, on précise qu'il faut trouver un équilibre entre la sécurité des communautés et des quartiers, et celle des parents et des enfants de la région, et la volonté d'ouvrir ces centres.

Est-ce le genre d'information que vous pourriez nous fournir?

• (1035)

**Comm. adj. Todd G. Shean:** Le site dont nous parlons en ce moment est situé sur le territoire du service de police de Vancouver. Puisque ce n'est pas le territoire de la GRC, il faudrait que nous nous adressions à un autre service de police pour lui demander s'il a ces données. Ce n'est pas nous qui les aurions. Elles se trouveraient dans les bases de données de la Ville de Vancouver.

**M. Colin Carrie:** J'aimerais les avoir pour confirmer ce point qu'il faut absolument soulever.

Madame Geller, nous savons que la Chine est une source importante de fentanyl. Pouvez-vous confirmer que le sujet du fentanyl n'a pas été abordé durant la visite récente du premier ministre en Chine? Le savez-vous?

**Mme Hilary Geller:** Je suis désolée, je n'en sais rien.

**M. Colin Carrie:** Pouvez-vous vous informer et nous revenir là-dessus?

**Mme Hilary Geller:** Je pourrais certainement me renseigner. Je ne sais pas si je réussirai à obtenir une réponse.

**M. Colin Carrie:** Il n'y a pas de mal à poser la question. Merci beaucoup.

**Mme Rachael Harder:** J'aimerais une précision, très brièvement. Je pense que c'est vous, madame Geller, qui avez dit que 2 à 4 % des jeunes font un mauvais usage ou abusent des substances. Est-ce exact? Est-ce vous qui avez donné cette statistique?

**Mme Hilary Geller:** Oui. Je pourrais trouver les données. Elles proviennent du sondage sur la consommation de drogues par les élèves, qui vient d'être publié.

**Mme Rachael Harder:** Serait-il possible de transmettre le rapport au Comité?

**Mme Hilary Geller:** Absolument. En fait, il est publié en ligne, mais oui, nous pouvons vous le transmettre.

**Mme Rachael Harder:** Excellent. Merci.

Ma question finale, pour conclure, s'adresse à vous, Rita.

M. Oliver a fait un très bon résumé des trois différents groupes de consommateurs. Je trouve ce cadre utile. J'aimerais savoir quelle serait votre recommandation pour prévenir la consommation et l'abus d'opioïdes chez les jeunes expérimentateurs. C'est un groupe qui me tient beaucoup à cœur.

**Mme Rita Notarandrea:** Il faut chercher à prévenir la consommation et l'abus de toute substance psychoactive; je considérerais donc la question dans un cadre plus vaste... Les opioïdes sont une des substances contre lesquelles nous luttons aujourd'hui. Dans le passé, nous avons lutté contre la méthamphétamine et aussi contre l'héroïne. Je pense qu'il faut envisager la question comme je l'ai dit plus tôt: quelles initiatives de prévention tenant compte à la fois des facteurs de risque et de protection ont fait leurs preuves? Nous avons fait, avec différentes substances... Prenez l'exemple du cannabis. Nous devons trouver des façons de transmettre les messages de manière à ce qu'ils parlent aux jeunes. Nous faisons la même chose relativement à l'alcool; nous transmettons des messages qui parlent aux jeunes.

Votre question est bonne en ce sens qu'il faut étudier les différentes substances afin d'adapter nos messages, mais le cadre général que nous employons quant aux initiatives de prévention demeure le même. Nous devons considérer les facteurs de risque et de prévention, mais nous devons aussi adapter nos messages en fonction de chaque substance.

**Mme Rachael Harder:** Merci.

**Le vice-président (M. Len Webber):** Je donne maintenant la parole à M. Don Davies. Vous avez cinq minutes.

**M. Don Davies:** Madame Geller, je vais vous permettre de répondre à la question. À votre connaissance, des fonds fédéraux ont-ils été réservés pour aider les provinces à ouvrir des centres de traitement ou de désintoxication?

**Mme Hilary Geller:** Je ne suis pas au courant d'autres fonds que ceux affectés aux programmes gouvernementaux actuels.

**M. Don Davies:** Merci.

Monsieur le commissaire adjoint, je crois avoir lu quelque part que la GRC voudrait qu'il y ait de la réglementation concernant les presses à comprimés à volume élevé au Canada. Pouvez-vous confirmer cette affirmation et peut-être l'étoffer un peu?

**Comm. adj. Todd G. Shean:** Comme je l'ai déjà dit, j'ai participé aux discussions pour contribuer à l'élaboration de certaines mesures législatives. Grâce à mon rôle au sein du G7, j'ai déjà participé à des projets dans le cadre desquels nous avons examiné l'équipement. Lorsqu'on nous le demande, nous contribuons aux discussions sur l'équipement utilisé afin d'aider à déterminer s'il conviendrait de l'inclure dans de futures mesures législatives.

**M. Don Davies:** Je pense qu'il est généralement convenu que nous n'avons pas de registre de collecte de données nationales. Nous ne savons pas vraiment combien de personnes sont tuées par des surdoses d'opioïdes. Nous n'avons pas non plus d'information précise sur les pratiques en matière de prescription et autres.

Monsieur Diverty ou madame Geller, quelles mesures devrions-nous prendre? Avons-nous besoin de données nationales à ce sujet? Dans l'affirmative, comment pouvons-nous les obtenir?

• (1040)

**M. Brent Diverty:** À mon avis, il est essentiel que nous ayons des données nationales. Les données nationales permettent de comprendre le problème à l'échelle du pays, ainsi que de comparer notre situation à celles d'autres pays et d'autres territoires.

Il y a des obstacles. Par rapport aux méfaits, il y a les données sur les décès. Ce n'est pas facile d'établir que la mort a été causée par un empoisonnement par opioïde. Nous élaborons des directives pour les coroners, en collaboration avec eux, afin d'ériger des normes. Les coroners peuvent obtenir des résultats très différents concernant la cause de décès inscrite sur un certificat de décès. Nous n'avons vraiment pas de données nationales comparables, et il faut remédier à cette situation.

Par rapport aux demandes de remboursement de médicaments, qui représente une partie de la question de l'approvisionnement, nous tentons d'établir des données nationales comparables pour toutes les demandes. Nous n'avons pas de données nationales comparables pour les demandes de remboursement de médicaments d'ordonnance présentées à des régimes privés. Nous avons ces données pour seulement trois provinces en ce moment, mais grâce aux nouveaux dossiers électroniques et aux systèmes d'information sur les médicaments, nous ne devrions pas tarder à avoir des données plus complètes.

Ce sont des domaines prioritaires auxquels nous travaillons actuellement, et une partie de l'investissement de Santé Canada sert à tenter d'atteindre ces objectifs.

**M. Don Davies:** Merci.

Madame Notarandrea, si vous aviez à suggérer une mesure que nous pourrions prendre rapidement et qui pourrait immédiatement contribuer à sauver des vies contre des surdoses d'opioïdes, quelle serait-elle?

**Mme Rita Notarandrea:** Après tout ce que j'ai dit au sujet d'adopter une approche globale, vous voulez que j'en cible une seule.

**M. Don Davies:** Je veux simplement que vous fixiez la priorité.

**Mme Rita Notarandrea:** Je dirais que le plus important, ce serait d'avoir un observatoire national des médicaments. Il comprendrait des programmes de surveillance pharmaceutique dans tous les territoires et un système de détection rapide.

Nous avons besoin des données. Nous avons celles concernant les problèmes de santé physique. Si la grippe frappe le Canada, nous pouvons concentrer nos efforts sur les endroits les plus touchés. Il nous faut le même genre de données pour les troubles liés à la consommation de drogues et pour le dossier qui nous occupe aujourd'hui, soit les opioïdes et les décès attribuables aux opioïdes. Si je devais fixer une priorité, ce serait celle-là.

**M. Don Davies:** Merci.

J'aimerais parler des directives relatives aux prescriptions. Aux États-Unis, les CDC ont émis de nouvelles directives en mars dernier dans le but de rationaliser les pratiques de prescription des opioïdes et l'éducation des patients. De plus, le Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique a publié de nouvelles directives et normes professionnelles modelées sur celles des CDC. On m'a dit que les normes de la Colombie-Britannique étaient plus strictes que les directives nationales du Canada, qui n'ont pas été révisées depuis 2010 et qui ne correspondent peut-être plus aux recherches actuelles sur les analgésiques.

Je sais que les directives doivent être mises à jour en janvier. Or, étant donné la gravité de la crise des surdoses, madame Geller, pensez-vous que nous devrions accélérer le processus pour mettre à jour les directives nationales relatives aux prescriptions?

**Mme Hilary Geller:** La mise à jour des directives nationales canadiennes relatives aux prescriptions, qui datent de 2010, je crois, est une des initiatives financées dans le budget de 2014. Elle est presque terminée. Je pense qu'elle en est à l'étape finale importante du processus d'examen par les pairs.

En outre, beaucoup d'efforts sont déployés pour faire en sorte que les prescripteurs reçoivent très rapidement les directives une fois qu'elles seront adoptées. C'est une étape très importante, selon moi. Le médecin général des États-Unis a envoyé une lettre à tous les médecins du pays pour leur fournir une copie des directives dans un format facile à utiliser. Nous aimerions certainement que la même chose soit faite ici.

Nous espérons que d'autres autorités provinciales de réglementation des médecins suivront l'exemple de la Colombie-Britannique et feront des nouvelles directives canadiennes leurs normes de pratique, car il s'agit d'une des façons principales de s'attaquer à l'une des causes profondes du problème: les pratiques de prescription des médecins.

**Le vice-président (M. Len Webber):** Merci.

Il nous reste une minute. Je vais poser une question très brève à Mme Xavier.

Quel pourcentage du courrier en provenance de l'étranger est analysé et soumis à des tests de détection d'opioïdes?

**Mme Caroline Xavier:** Tout le courrier, qu'il soit envoyé par la poste ou par service de messagerie, doit être présenté à l'ASFC. Nous utilisons une méthode d'évaluation du risque.

Nous analysons tout le courrier en provenance d'Asie parce que nous savons que c'est une des régions à risque élevé.

• (1045)

**Le vice-président (M. Len Webber):** Une fois que vous détectez quelque chose, vous trouvez le colis et, bien sûr, vous le remettez aux organismes d'application de la loi. Ensuite, poursuivez-vous les démarches pour tenter de procéder à une arrestation ici au pays?

**Mme Caroline Xavier:** Oui.

Quand nous saisissons un colis qui est peut-être lié au crime organisé ou qui enfreint une loi relative à la contrebande, nous collaborons avec le service de police local ou nos collègues de la GRC et nous leur transmettons l'information. À partir de là, des décisions sont prises sur la façon d'en arriver à la source.

**Le vice-président (M. Len Webber):** Merci beaucoup.

Merci à tous d'avoir été ici aujourd'hui. Voilà qui conclut notre journée. Nous serons de retour jeudi pour poursuivre notre étude.

La séance est levée.

---







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

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

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

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

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

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

---

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

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

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

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

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

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

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

---

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