

SENATE



SÉNAT

CANADA

First Session
Forty-second Parliament, 2015-16-17

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

LEGAL AND
CONSTITUTIONAL AFFAIRS

Chair:
The Honourable BOB RUNCIMAN

Wednesday, April 5, 2017
Thursday, April 6, 2017

Issue No. 26

Third and fourth meetings:
Bill C-37, An Act to amend the
Controlled Drugs and Substances Act and
to make related amendments to other Acts

WITNESSES:
(See back cover)

Première session de la
quarante-deuxième législature, 2015-2016-2017

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

AFFAIRES JURIDIQUES
ET CONSTITUTIONNELLES

Président :
L'honorable BOB RUNCIMAN

Le mercredi 5 avril 2017
Le jeudi 6 avril 2017

Fascicule n° 26

Troisième et quatrième réunions :
Projet de loi C-37, Loi modifiant la Loi réglementant
certaines drogues et autres substances et apportant
des modifications connexes à d'autres lois

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

STANDING SENATE COMMITTEE ON
LEGAL AND CONSTITUTIONAL AFFAIRS

The Honourable Bob Runciman, *Chair*

The Honourable George Baker, P.C., *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Batters	Jaffer
Boisvenu	Joyal, P.C.
Boniface	McIntyre
Dagenais	Pate
Doyle	Pratte
Dupuis	Sinclair
Griffin	* Smith
* Harder, P.C.	(or Martin)
(or Bellemare)	

*Ex officio members

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

Pursuant to rule 12-5 and to the order of the Senate of December 7, 2016, membership of the committee was amended as follows:

The Honourable Senator Griffin replaced the Honourable Senator Omidvar (*April 6, 2017*).

The Honourable Senator Sinclair replaced the Honourable Senator Christmas (*April 6, 2017*).

The Honourable Senator Doyle replaced the Honourable Senator White (*April 5, 2017*).

The Honourable Senator Christmas replaced the Honourable Senator Sinclair (*April 5, 2017*).

The Honourable Senator Pratte replaced the Honourable Senator Galvez (*March 31, 2017*).

The Honourable Senator Dagenais replaced the Honourable Senator Plett (*March 30, 2017*).

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES JURIDIQUES ET CONSTITUTIONNELLES

Président : L'honorable Bob Runciman

Vice-président : L'honorable George Baker, C.P.

et

Les honorables sénateurs :

Batters	Jaffer
Boisvenu	Joyal, C.P.
Boniface	McIntyre
Dagenais	Pate
Doyle	Pratte
Dupuis	Sinclair
Griffin	* Smith
* Harder, C.P.	(ou Martin)
(ou Bellemare)	

* Membres d'office

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité :

Conformément à l'article 12-5 du Règlement et à l'ordre adopté par le Sénat le 7 décembre 2016, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

L'honorable sénatrice Griffin a remplacé l'honorable sénatrice Omidvar (*le 6 avril 2017*).

L'honorable sénateur Sinclair a remplacé l'honorable sénateur Christmas (*le 6 avril 2017*).

L'honorable sénateur Doyle a remplacé l'honorable sénateur White (*le 5 avril 2017*).

L'honorable sénateur Christmas a remplacé l'honorable sénateur Sinclair (*le 5 avril 2017*).

L'honorable sénateur Pratte a remplacé l'honorable sénatrice Galvez (*le 31 mars 2017*).

L'honorable sénateur Dagenais a remplacé l'honorable sénateur Plett (*le 30 mars 2017*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, April 5, 2017
(62)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs met this day at 4:14 p.m., in room 257, East Block, the chair, the Honourable Bob Runciman, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Batters, Boisvenu, Boniface, Christmas, Dagenais, Dupuis, Jaffer, Joyal, P.C., McIntyre, Omidvar, Pate, Runciman and White (13).

In attendance: Robin Mackay and Maxime Charron-Tousignant, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, March 9, 2017, the committee continued its consideration of Bill C-37, An Act to amend the Controlled Drugs and Substances Act and to make related amendments to other Acts. (*For complete text of the order of reference, see proceeding of the committee Issue No. 25.*)

WITNESSES:*Canadian Nurses Association:*

Meaghan Thumath, Senior Public Health Nursing Expert;

Lisa Ashley, Senior Nurse Advisor, Policy, Advocacy and Strategy.

Province of British Columbia:

Dr. Perry Kendall, Provincial Health Officer (by video conference);

Clayton Pecknold, Assistant Deputy Minister and Director of Police Services (by video conference).

City of Vancouver:

Kerry Jang, City Councillor.

British Columbia Centre on Substance Use:

Kenneth Tupper, Director of Implementation and Partnerships (by video conference).

Canadian Drug Policy Coalition:

Donald MacPherson, Executive Director.

The chair made a statement.

Ms. Ashley, Mr. Jang, Dr. Kendall and Mr. Pecknold each made a statement and, together with Ms. Thumath, answered questions.

At 5:14 p.m., the committee suspended.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 5 avril 2017
(62)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles se réunit aujourd'hui, à 16 h 14, dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Bob Runciman (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Batters, Boisvenu, Boniface, Christmas, Dagenais, Dupuis, Jaffer, Joyal, C.P., McIntyre, Omidvar, Pate, Runciman et White (13).

Également présents : Robin Mackay et Maxime Charron-Tousignant, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 9 mars 2017, le comité poursuit son étude du projet de loi C-37, Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances et apportant des modifications connexes à d'autres lois. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 25 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :*Association des infirmières et infirmiers du Canada :*

Meaghan Thumath, infirmière-conseillère principale en santé publique;

Lisa Ashley, infirmière-conseillère principale, Politiques, Représentation et planification.

Province de la Colombie-Britannique :

Dr Perry Kendall, administrateur des soins de santé (par vidéoconférence);

Clayton Pecknold, sous-ministre adjoint et directeur des services policiers (par vidéoconférence).

Ville de Vancouver :

Kerry Jang, conseiller municipal.

British Columbia Centre on Substance Use :

Kenneth Tupper, directeur de l'implantation et des partenariats (par vidéoconférence).

Coalition canadienne des politiques sur les drogues :

Donald MacPherson, directeur général.

Le président prend la parole.

Mme Ashley, M. Jang, Dr Kendall et M. Pecknold font chacun un exposé puis, avec Mme Thumath, répondent aux questions.

À 17 h 14, la séance est suspendue.

At 5:21 p.m., the committee resumed.

Mr. MacPherson and Mr. Tupper each made a statement and together answered questions.

At 6:15 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, April 6, 2017
(63)

[English]

The Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs met this day at 10:29 a.m., in room 257, East Block, the chair, the Honourable Bob Runciman, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Batters, Boisvenu, Boniface, Dagenais, Doyle, Dupuis, Griffin, Joyal, P.C., McIntyre, Pate, Runciman and Sinclair (12).

In attendance: Robin Mackay and Maxime Charron-Tousignant, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, March 9, 2017, the committee continued its consideration of Bill C-37, An Act to amend the Controlled Drugs and Substances Act and to make related amendments to other Acts. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 25.*)

WITNESSES:

Canadian Police Association:

Tom Stamatakis, President (by video conference).

Canadian Association of Chiefs of Police:

Chief Mario Harel, President;

Superintendent Paul Johnston, Co-chair, Drug Advisory Committee.

Ottawa Police Service:

Constable Craig Fairbairn, Drug Treatment Court Liaison Officer, Central Patrol Directorate.

Safer Ottawa:

Chris Grinham, Co-Founder.

Rideau Bakery Limited:

David Kardish, Owner.

Recovery Ottawa:

Dr. Mark Ujjainwalla, Medical Director.

À 17 h 21, la séance reprend.

M. MacPherson et M. Tupper font chacun un exposé, puis répondent ensemble aux questions.

À 18 h 15, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le jeudi 6 avril 2017
(63)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles se réunit aujourd'hui, à 10 h 29, dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Bob Runciman (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Batters, Boisvenu, Boniface, Dagenais, Doyle, Dupuis, Griffin, Joyal, C.P., McIntyre, Pate, Runciman et Sinclair (12).

Également présents : Robin Mackay et Maxime Charron-Tousignant, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 9 mars 2017, le comité poursuit son étude du projet de loi C-37, Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances et apportant des modifications connexes à d'autres lois. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 25 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

Association canadienne des policiers :

Tom Stamatakis, président (par vidéoconférence).

Association canadienne des chefs de police :

Chef Mario Harel, président;

Surintendant Paul Johnston, coprésident, Comité consultatif sur les drogues.

Service de police d'Ottawa :

Constable Craig Fairbairn, agent de liaison du tribunal de traitement de la toxicomanie, Direction de la patrouille centrale.

Safer Ottawa :

Chris Grinham, cofondateur.

Rideau Bakery Limited :

David Kardish, propriétaire.

Recovery Ottawa :

Dr Mark Ujjainwalla, directeur médical.

The chair made a statement.

Chief Harel, Constable Fairbairn and Mr. Stamatakis each made a statement and, together with Superintendent Johnston, answered questions.

At 11:29 a.m., the committee suspended.

At 11:37 a.m., the committee resumed.

Mr. Grinham, Dr. Ujjainwalla and Mr. Kardish each made a statement and together answered questions.

At 12:23 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

Le président prend la parole.

Le chef Harel, le constable Fairbairn et M. Stamatakis font chacun un exposé puis, avec le surintendant Johnston, répondent aux questions.

À 11 h 29, la séance est suspendue.

À 11 h 37, la séance reprend.

M. Grinham, Dr Ujjainwalla et M. Kardish font chacun un exposé, puis répondent ensemble aux questions.

À 12 h 23, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Jessica Richardson

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, April 5, 2017

The Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs, to which was referred Bill C-37, An Act to amend the Controlled Drugs and Substances Act and to make related amendments to other Acts, met this day at 4:14 p.m. to give consideration to the bill.

Senator Bob Runciman (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Good afternoon and welcome, colleagues, invited guests, and members of the general public who are following today's proceedings of the Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs. Today, we continue our consideration of Bill C-37, An Act to amend the Controlled Drugs and Substances Act, and to make related amendments to other Acts.

For our first hour we have, from the Canadian Nurses Association, Meaghan Thumath, Senior Public Health Nursing Expert; and Lisa Ashley, Senior Nurse Advisor, Policy, Advocacy and Strategy Branch.

From the City of Vancouver, we have Councillor Kerry Jang.

And from the Province of British Columbia, we have Dr. Perry Kendall, Provincial Health Officer; and Clayton Pecknold, Assistant Deputy Minister and Director of Police Services, who are both joining us via video conference from Victoria.

Thank you all for being with us today.

I'll start with opening statements from our witnesses in the room, beginning with Ms. Ashley, and then we'll move to Mr. Jang and our witnesses from British Columbia.

Ms. Ashley, the floor is yours.

Lisa Ashley, Senior Nurse Advisor, Policy, Advocacy and Strategy, Canadian Nurses Association: Good afternoon, honourable chair and members of the committee. I'm a registered nurse and I work at the Canadian Nurses Association. It's the national professional voice representing more than 139,000 registered nurses and nurse practitioners across the country.

I'm pleased to be here today with Meaghan Thumath, from the B.C. Centre for Disease Control. She will be able to answer questions that are more technical in nature.

At the outset, I'm pleased to inform the committee that the CNA is supportive of this important bill, particularly sections whereby it has removed many of the 26 procedural barriers for opening a supervised consumption site. Registered nurses and

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 5 avril 2017

Le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles, auquel a été renvoyé le projet de loi C-37, Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances et apportant des modifications connexes à d'autres lois, se réunit aujourd'hui, à 16 h 14, pour étudier ce projet de loi.

Le sénateur Bob Runciman (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Bonjour et bienvenue, chers collègues, chers invités et chers membres du public qui assistent à la séance du Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles. Aujourd'hui, nous poursuivons notre étude du projet de loi C-37, Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances et apportant des modifications connexes à d'autres lois.

Durant la première heure de la séance, nous recevons Mme Meaghan Thumath, infirmière-conseillère principale en santé publique, ainsi que Mme Lisa Ashley, infirmière-conseillère principale, Politiques, représentation et planification stratégique, toutes deux de l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada

Nous accueillons également M. Kerry Jang, conseiller municipal de Vancouver.

De plus, deux représentants de la province de la Colombie-Britannique se joignent à nous par vidéoconférence, à partir de Victoria : Dr Perry Kendall, administrateur des soins de santé, et M. Clayton Pecknold, sous-ministre adjoint et directeur des services policiers.

Merci à toutes et à tous d'être ici aujourd'hui.

Nous allons écouter d'abord les exposés des témoins qui sont ici en personne, en commençant par Mme Ashley. Elle sera suivie par M. Jang, puis par nos témoins de la Colombie-Britannique.

Madame Ashley, la parole est à vous.

Lisa Ashley, infirmière-conseillère principale, Politiques, représentation et planification stratégique, Association des infirmières et des infirmiers du Canada : Bonjour, monsieur le président, bonjour, mesdames et messieurs. Je suis infirmière autorisée et je travaille à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, le porte-parole national de plus de 139 000 infirmières et infirmiers autorisés et infirmières et infirmiers praticiens de partout au pays.

Je suis heureuse d'être ici aujourd'hui avec Meaghan Thumath, du Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique. Elle sera en mesure de répondre aux questions d'ordre technique.

Pour commencer, je suis ravie d'indiquer au comité que l'AIC appuie ce projet de loi important, particulièrement les sections qui portent sur l'élimination de bon nombre des 26 obstacles procéduraux à l'ouverture d'un site de consommation

nurse practitioners know the impact of problematic substance use. We see it in our communities, in our clinics and in our emergency departments. Public health nurses have been integral in pioneering Canada's supervised consumption sites, evidence-informed programs that improve access to care, improve health outcomes, reduce overdose deaths, without increasing substance use rates, community disorder or crime.

I will now turn to our suggestions, which include straightforward amendments to the bill for the committee's consideration. They are also outlined in our brief, which has been submitted to the committee.

First, there is a need to remove additional procedural barriers to opening supervised consumption sites. While the current version of the bill removes legislative barriers to opening supervised consumption sites, amendments are needed to provide a more immediate response to overdose epidemics. We recognize that the proposed legislation reduces the exemption criteria from 26 to 5, a change that decreases barriers to obtaining an exemption to operate a supervised consumption site. However, the application process will still require significant time and resources on the part of medical officers of health, health care providers, community organizers and individuals whose time and resources are already stretched and better applied to providing services to those who need them.

This added step leaves health service providers with two unreasonable options: either delay the provision of life-saving services while an application is under way, or proceed without the exemption and face possible criminal charges.

The CNA puts forward two recommendations to address these procedural barriers.

Recommendation 1: To be more responsive during developing situations such as the current opioid crisis, the CNA recommends that Bill C-37 be amended to include a provision that would allow provincial or territorial ministers to grant temporary exemptions to supervised consumption sites.

Recommendation 2: Our position is that of the five proposed requirements, the sole criterion that needs to be considered is 56.1(2)(b), "the local conditions indicating a need for the site." This proposal aligns with the federal government's recent commitment to treating drug use as a public health issue rather than a criminal justice issue. It also reinforces the role of harm

supervisée. Les infirmières autorisées et les infirmières praticiennes connaissent les répercussions de la consommation problématique de substances. Elles les observent dans les collectivités, dans les cliniques et dans les services d'urgence. Les infirmières en santé publique ont joué un rôle de premier plan dans la création des sites de consommation supervisée du Canada. Ces programmes fondés sur des données probantes permettent d'améliorer l'accès aux soins, d'améliorer les résultats en matière de santé et de réduire les décès attribuables à une surdose, tout cela sans accroître les taux de toxicomanie, les troubles communautaires ou les taux de criminalité.

Je vais maintenant présenter les suggestions de l'AIIIC, qui comprennent des amendements simples que le comité pourrait apporter au projet de loi. Ces suggestions se trouvent également dans le mémoire que nous avons soumis au comité.

Tout d'abord, il faut éliminer davantage d'obstacles procéduraux à l'ouverture de sites de consommation supervisée. La version actuelle du projet de loi élimine certains obstacles à l'ouverture de tels sites, mais d'autres amendements sont nécessaires afin de permettre une intervention immédiate en cas d'épidémies de surdoses. Nous reconnaissons que la mesure législative proposée diminue le nombre de critères d'exemption, pour les faire passer de 26 à 5, et que cela constitue un changement qui réduit les obstacles à l'obtention d'une exemption pour l'exploitation d'un site de consommation supervisée. Toutefois, le processus de demande d'exemption demandera encore beaucoup de temps et de ressources de la part des médecins-hygiénistes, des fournisseurs de soins de santé, des organisateurs communautaires et des personnes dont le temps et les ressources sont déjà limités. Il serait préférable d'utiliser ce temps et ces ressources pour offrir des services à ceux qui en ont besoin.

En raison de cette étape supplémentaire, les fournisseurs de soins de santé sont confrontés à deux choix déraisonnables : retarder la prestation de services vitaux en attendant la réponse à la demande d'exemption, ou fournir ces services vitaux sans attendre l'exemption et risquer des accusations criminelles.

L'AIIIC propose deux recommandations pour surmonter ces obstacles procéduraux.

Recommandation 1 : afin de mieux réagir lors de situations en évolution, comme la crise actuelle des opioïdes, l'AIIIC recommande que le projet de loi C-37 soit amendé de façon à inclure une disposition autorisant les ministres provinciaux et territoriaux à accorder des exemptions temporaires pour l'ouverture de sites de consommation supervisée.

Recommandation 2 : l'AIIIC est d'avis que, parmi les cinq exigences proposées, seule l'exigence stipulée à l'alinéa 56.1(2)b mérite d'être retenue, soit « les conditions locales indiquant qu'un tel site répond à un besoin ». Cette recommandation s'harmonise à l'engagement qu'a pris récemment le gouvernement fédéral de traiter la consommation de drogues comme un problème de santé

reduction as a key component of Canada's new federal drug strategy.

The CNA believes that if 56.1(2)(b) — “the local conditions indicating a need for a site” — is met, the minister may then consider whether the regulatory structure, under 56.1(2)(c), and resources, under 56.1(2)(d), are in place to support the site. Still, an absence of regulatory and resource requirements should not invalidate the application. Rather, it should only serve to indicate the community's potential need for support in meeting them and assisting in government planning.

Further, it is CNA's position that 56.1(2)(a), “the impact of the site on crime rates,” and 56.1(2)(e), “expressions of community support or opposition,” should also be removed. Such requirements are not supported by evidence and, as such, would be contradictory to the federal government's intention under the New Canadian Drugs and Substances Strategy that drug policy decisions be rooted in a strong evidence base.

The CNA recommends the amendment of existing exemption requirements under section 56.1(2) by offering the following proposed wording:

An application for an exemption under subsection (1) shall include evidence, submitted in the form and manner determined by the Minister, of the local conditions indicating a need for the site.

Before closing, I must emphasize that the CNA is a strong advocate of harm reduction, which we view as an essential part of a comprehensive health care response that complements abstinence, prevention and treatment strategies.

I thank the committee for providing the Canadian Nurses Association with the opportunity to speak on behalf of registered nurses and nurse practitioners. We have a professional responsibility to advocate for improved access to life-saving services that are based on current evidence and research on behalf of all people of Canada.

Thank you.

The Chair: Thank you.

Mr. Jang, the floor is yours.

Kerry Jang, City Councillor, City of Vancouver: Thank you very much. Good afternoon, Mr. Chair and honourable committee members. I'd like to thank the committee for inviting the City of Vancouver to speak about Bill C-37 from the

publique plutôt que comme un problème de justice criminelle. Elle renforce également le rôle de la réduction des méfaits à titre de composante clé de la nouvelle stratégie antidrogue fédérale.

Selon l'AIIC, si l'exigence énoncée à l'alinéa 56.1(2)b) est satisfaite, c'est-à-dire « les conditions locales indiquant qu'un tel site répond à un besoin », le ministre pourrait déterminer si la structure administrative, l'alinéa 56.1(2)c), et les ressources, l'alinéa 56.1(2)d), nécessaires pour encadrer le site sont en place. Or, l'absence d'une structure administrative et de ressources ne devrait pas entraîner le rejet d'une demande; elle devrait servir uniquement à démontrer que la communauté aurait peut-être besoin d'aide pour satisfaire ces exigences et aider le gouvernement dans sa planification.

De plus, l'AIIC juge que les exigences formulées à l'alinéa 56.1(2)a), « l'incidence d'un tel site sur le taux de criminalité », et à l'alinéa 56.1(2)e), « les expressions d'appui ou d'opposition de la communauté », devraient être retirées. Aucune donnée probante ne vient soutenir ces exigences, ce qui signifie que l'application de ces exigences irait à l'encontre de l'intention du gouvernement fédéral exprimée dans la nouvelle Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances, selon laquelle les décisions stratégiques en matière de drogues doivent s'appuyer sur des données probantes.

L'AIIC recommande d'amender les exigences actuelles relatives aux demandes d'exemption prévues au paragraphe 56.1(2) et propose le libellé suivant :

Toute demande d'exemption présentée en vertu du paragraphe (1) doit démontrer, selon les modalités fixées par le ministre, que les conditions locales indiquent qu'un tel site répond à un besoin.

Avant de terminer, je tiens à souligner que l'AIIC est un ardent défenseur de la réduction des méfaits. De fait, nous considérons que cette approche est un élément essentiel de toute réponse complète en matière de soins de santé parce qu'elle se veut un complément aux stratégies d'abstinence, de prévention et de traitement.

Je remercie le comité d'avoir donné l'occasion à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada de venir prendre la parole au nom des infirmières autorisées et des infirmières praticiennes. Nous avons la responsabilité professionnelle de défendre, au nom de tous les Canadiens, l'amélioration de l'accès aux services vitaux qui reposent sur des données et des recherches récentes.

Merci.

Le président : Merci.

La parole est à vous, monsieur Jang.

Kerry Jang, conseiller municipal, Ville de Vancouver : Merci beaucoup. Bonjour, monsieur le président, bonjour, mesdames et messieurs. Je remercie le comité d'avoir invité la Ville de Vancouver à présenter le point de vue du gouvernement

municipal government perspective. My name is Dr. Kerry Jang, and I'm a Vancouver city councillor and a professor of psychiatry at the University of British Columbia.

I'll be blunt. Throughout my long career in municipal government and mental health addictions research, I have never witnessed a public health emergency of the magnitude of what we're seeing in Vancouver today. Just to give you some statistics, so far in 2017, our staff estimate, based on data from the Vancouver Police Department and B.C. coroner reports, have shown that there have been over 100 overdose deaths in the City of Vancouver. It represents an average of more than one death per day in our city alone. If this pace continues, we will see more than 400 deaths in Vancouver by the end of this year.

The financial and human resource costs associated with the current measures are not sustainable. Throughout the first quarter of 2017, Vancouver Fire and Rescue Services have attended 1,716 overdose calls. In 2016, they attended 4,709.

The magnitude of this problem is so huge that we had to actually increase our municipal property tax by 0.5 per cent in order to fund additional resources, and that was not popular.

However, we do know from our colleagues at InSite and other overdose prevention sites that they are absolutely necessary in intervening in this overdose crisis. Without these critical programs in place, we would be in a much worse situation. In fact, our staff is now noting that the number of deaths occurring outside the downtown core, in areas that do not have a supervised injection site, are actually increasing.

Supervised injection sites, or consumption sites, offer the critical opportunity for intervention in the case of overdoses. Rigorous evaluations of InSite, for example, show that the facility has significantly reduced HIV risk behaviour, such as needle sharing. It also is an important point of contact for users to get referrals for treatment and primary care.

I'm very encouraged that Bill C-37 reframes the issue of substance use within a public health framework. However, at the City of Vancouver, we feel that too much emphasis still has been put on enforcement, leaving harm reduction, treatment and prevention grossly under-resourced and neglected in federal and provincial policies. As such, the City of Vancouver is concerned that Bill C-37 places unwarranted concern that new facilities having an impact on local crime.

Quite simply, the research has not borne that out. In fact, supervised injection facilities have been shown to actually benefit community safety. We see, for example, the number of needles

municipal par rapport au projet de loi C-37. Je m'appelle Kerry Jang. Je suis conseiller municipal à la Ville de Vancouver et professeur de psychiatrie à l'Université de la Colombie-Britannique.

Franchement, durant toutes mes années de recherche en santé mentale et en toxicomanie et au sein du gouvernement municipal, jamais je n'ai vu une urgence de santé publique de l'ampleur de celle qui frappe actuellement Vancouver. Pour vous donner quelques statistiques, selon les estimations de notre personnel, qui sont fondées sur les données du Service de police de Vancouver et sur les rapports du coroner de la Colombie-Britannique, il y a eu au-delà de 100 décès par surdose à Vancouver depuis le début de 2017. Cela représente une moyenne de plus d'un décès par jour dans notre ville seulement. Si ce rythme se maintient, on comptera plus de 400 décès à Vancouver d'ici la fin de l'année.

Les coûts en ressources financières et humaines associés aux mesures actuelles sont insoutenables. Durant le premier trimestre de 2017, le Service des incendies et de sauvetage de Vancouver a répondu à 1 716 appels concernant des surdoses. En 2016, il a répondu à 4 709 appels de ce type.

Le problème est si immense que nous avons été obligés d'augmenter les impôts fonciers municipaux de 0,5 p. 100 pour financer des ressources supplémentaires, ce qui n'a pas plu à la population.

Toutefois, grâce à nos collègues d'InSite et d'autres sites de prévention des surdoses, nous savons que de tels programmes sont absolument essentiels pour enrayer la crise des surdoses. Sans ces programmes vitaux, la situation serait encore pire. De fait, notre personnel a remarqué une augmentation du nombre de décès qui surviennent à l'extérieur du centre-ville, dans des quartiers où il n'y a pas de sites d'injection supervisée.

Les sites d'injection ou de consommation supervisée permettent d'intervenir rapidement dans les cas de surdose. En outre, des évaluations rigoureuses d'InSite, par exemple, montrent que le centre a réduit considérablement les comportements à risque susceptibles d'exposer leurs auteurs au VIH, comme le partage de seringues. C'est aussi un endroit important de par la possibilité pour les utilisateurs d'être dirigés vers des services de traitement et des soins primaires.

Je suis très heureux que le projet de loi C-37 redéfinisse la consommation de substances pour en faire une question de santé publique. Toutefois, à la Ville de Vancouver, nous sommes d'avis que le projet de loi met toujours trop l'accent sur les activités policières, ce qui a pour résultat que les politiques fédérales et provinciales accordent insuffisamment de ressources et d'attention à la réduction des méfaits, au traitement et à la prévention. De ce fait, la Ville de Vancouver craint que le projet de loi C-37 donne lieu à des inquiétudes injustifiées pour ce qui concerne l'incidence de l'ouverture de nouveaux centres sur les taux de criminalité locale.

Ce n'est tout simplement pas le résultat que les recherches révèlent. En réalité, les sites d'injection supervisée renforcent la sécurité collective. Par exemple, on trouve moins de seringues près

around InSite and other overdose prevention sites actually drop. We see from our police data and other empirical research data that it does not increase crime, it actually reduces open drug use and it does not increase break and entering.

I'd like to point out to you how important it is to get these sites open as quickly as possible. By having so many criteria in place, it will take time. I have to repeat that we're on track for 400 deaths this year, and over 100 people have already died in Vancouver, so the time that we all spend debating something small probably means somebody else has died. That's just not acceptable — not from a health care perspective and not from a civil society perspective.

As such, we recommend that the criteria be reduced, as my colleagues from the Canadian Nurses Association pointed out, to require only a demonstration of the needs on the grounds of public health.

We are also concerned that the CDSA does not allow for flexibility for quick implementation of supervised consumption services under exceptional circumstances. For example, despite our having submitted two applications in October 2016, two new sites in the City of Vancouver have yet to receive approval. Without access to these services, the City of Vancouver is on track for 400 deaths this year.

I'm sorry. It's a very emotional issue for us in Vancouver. I'm finding it very difficult to speak, because we see death after death. In my job at UBC, the morgue is full. We simply cannot get any more bodies in, sometimes. It's absolutely terrible.

We also recommend, at the City of Vancouver, giving provincial ministers or their health officers the ability to grant temporary exemptions. This will allow for faster implementation and it does not take away from the federal exemption process, which is still required for any service that wishes to operate on a long-term or non-temporary basis.

Thank you.

The Chair: Thank you.

We'll move on to Dr. Kendall and Mr. Pecknold.

Dr. Perry Kendall, Provincial Health Officer, Province of British Columbia: Thank you, and good afternoon. Beside me is Mr. Clayton Pecknold, Assistant Deputy Minister and Director of Police Services for the B.C. Ministry of Public Safety and the Solicitor General. I thank you for the opportunity to comment on Bill C-37.

Together, Mr. Pecknold and I co-chaired a joint task force on opioid overdose and response in B.C. In April 2016, after watching overdose deaths increase year after year since 2010, I

d'InSite et d'autres sites de prévention des surdoses. En outre, les données de la police et les recherches empiriques montrent que ces sites n'entraînent pas une hausse de la criminalité, qu'ils réduisent la consommation publique de drogues et qu'ils n'augmentent pas le nombre d'introductions par effraction.

J'aimerais souligner l'importance d'ouvrir ces sites le plus rapidement possible. Avec autant de critères, il faudra du temps. Je dois répéter qu'au rythme où nous allons, il y aura 400 décès cette année, et que plus de 100 personnes sont déjà mortes à Vancouver, ce qui veut dire que pendant que nous passons du temps à débattre un petit détail, il y a probablement eu un autre décès. C'est tout simplement inacceptable, tant du point de vue des soins de santé que de celui de la société civile.

Pour cette raison, nous recommandons de réduire le nombre de critères, comme mes collègues de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada l'ont proposé, et d'exiger seulement de prouver l'existence d'un besoin pour des motifs de santé publique.

Nous sommes aussi préoccupés par le fait que la LRCDS ne donne pas la latitude nécessaire pour la mise en œuvre rapide de services de consommation supervisée dans des circonstances exceptionnelles. À titre d'exemple, nous avons déposé deux demandes en octobre 2016 pour ouvrir deux nouveaux sites à Vancouver, et ces demandes n'ont toujours pas été approuvées. L'absence de ces services pourrait entraîner 400 décès à Vancouver cette année.

Pardonnez-moi. C'est un dossier qui provoque de grandes émotions chez les gens de Vancouver. Je trouve très difficile d'en parler parce que les décès se suivent les uns après les autres. À l'Université de la Colombie-Britannique, où je travaille, la morgue est pleine. Parfois, il n'y a tout simplement plus de place pour les corps. C'est tout à fait horrible.

La Ville de Vancouver recommande aussi de donner aux ministres provinciaux ou à leurs administrateurs des soins de santé le pouvoir d'accorder des exemptions temporaires. Cette disposition accélérerait l'ouverture de sites, sans miner le processus d'exemption fédérale, qui devrait toujours être suivie pour qu'un service soit offert à long terme ou de façon permanente.

Merci.

Le président : Merci.

La parole est à vous, docteur Kendall et monsieur Pecknold.

Dr Perry Kendall, administrateur des soins de santé, Province de la Colombie-Britannique : Bonjour, et merci. Je suis accompagné par M. Clayton Pecknold, sous-ministre adjoint et directeur des services policiers au ministère de la Sécurité publique et du Solliciteur général de la Colombie-Britannique. Je vous remercie de nous donner l'occasion de présenter nos observations sur le projet de loi C-37.

Ensemble, M. Pecknold et moi avons coprésidé un groupe de travail mixte sur l'intervention relative aux surdoses d'opioïdes en Colombie-Britannique. En avril 2016, après avoir vu le nombre de

declared, with ministerial support, a public health emergency in British Columbia. The joint task force was formed by Premier Christy Clark in July 2016. This is a partnership between the ministries of Public Safety and Health, with representation from the coroner's office, regional and provincial health services, the RCMP and municipal policing. Our mandate is simply to coordinate responses to mitigate the overdose crisis and to make recommendations on actions that need to be taken.

We thank you for the opportunity to speak to and to support Bill C-37, An Act to amend the Controlled Drugs and Substances Act, and to make related amendments to other Acts.

B.C., as you know, has been seeing an unprecedented epidemic of overdose fatalities from illegal opioids driven, we believe, by synthetics like fentanyl and, more recently, carfentanil, which have flooded our illegal drug markets.

Our response has been multi-faceted: to address stigma, prevent overdose, reverse overdose, offer treatment and enhance interdiction efforts. Despite this, however, 922 individuals died from illegal opioids in 2016.

Significantly, in all the millions of injections at InSite since it opened in 2003, we have never had a fatal overdose at that site, nor have we ever had a fatal overdose at any of the 20 or more overdose fatality prevention sites that opened up in early December under an emergency order from our health minister, the Honourable Terry Lake.

It actually pains me to think that had the conditions of Bill C-37 been in place years ago, we in B.C. would have had more consumption sites and would have been better prepared to respond to this onslaught. As an individual who has advocated for a repeal of the Respect for Communities Act because of the unnecessary barriers it imposed, I respectfully ask this august body to pass this bill.

Supervised consumption sites do save lives, prevent the spread of communicable diseases, reduce public disorder and, perhaps most importantly, they initiate care and refer individuals with mental health and substance use disorders into community-based systems of care.

As co-chairs of B.C.'s joint task force on opioid overdose, we recognize the critical roles that public safety and public health play together in anticipating and responding to a crisis like this.

I'll now hand the microphone over to Mr. Pecknold.

décès par surdose augmenter année après année à partir de 2010, j'ai déclaré, avec l'appui du ministre, un état d'urgence en matière de santé publique en Colombie-Britannique. La première ministre Christy Clark a mis sur pied le groupe de travail mixte en juillet 2016. Il s'agit d'un partenariat entre les ministères de la Sécurité publique et de la Santé. Le groupe compte aussi des représentants du bureau du coroner, des services de santé régionaux et provinciaux, de la GRC et des services de police municipaux. Notre mandat est simplement de coordonner l'intervention afin d'enrayer la crise des surdoses et de formuler des recommandations quant aux mesures à prendre.

Nous vous remercions de nous donner l'occasion de vous présenter nos observations sur le projet de loi C-37, Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances et apportant des modifications connexes à d'autres lois, et d'appuyer ce projet de loi.

Comme vous le savez, la Colombie-Britannique est aux prises avec une épidémie sans précédent de décès attribuables aux surdoses d'opioïdes illicites. Nous croyons que cette épidémie est causée principalement par les substances synthétiques qui ont inondé le marché des drogues illicites, comme le fentanyl et, plus récemment, le carfentanil.

Nous avons adopté des mesures d'intervention diverses visant à lutter contre la stigmatisation, à prévenir les surdoses, à réagir dans les cas de surdose, à offrir des traitements et à renforcer les efforts d'interdiction. Or, malgré toutes ces mesures, les opioïdes illicites ont causé la mort de 922 personnes en 2016.

Fait important, depuis l'ouverture d'InSite en 2003, des millions d'injections y ont été faites, et il n'y a eu aucune surdose fatale à cet endroit, comme il n'y a eu aucune surdose fatale dans les quelque 20 sites de prévention des décès par surdose qui ont été ouverts au début de décembre en vertu d'une ordonnance d'urgence donnée par notre ministre de la Santé, l'honorable Terry Lake.

Cela me fait de la peine de penser que si les conditions du projet de loi C-37 avaient été en place il y a plusieurs années, la Colombie-Britannique aurait plus de sites de consommation et elle aurait été mieux préparée à réagir à cette crise. Moi qui ai plaidé en faveur de l'abrogation de la Loi sur le respect des collectivités en raison des obstacles inutiles qu'elle impose, je vous demande respectueusement d'adopter le projet de loi.

Les sites de consommation supervisée sauvent des vies, ils préviennent la propagation de maladies transmissibles, ils répriment les troubles à l'ordre public, et, plus important encore, ils introduisent des soins et ils dirigent les personnes atteintes de troubles liés à la toxicomanie et à la santé mentale vers des services de soins de santé communautaires.

En notre qualité de coprésidents du groupe de travail mixte sur les surdoses d'opioïdes, nous reconnaissons le rôle crucial que la sécurité publique et la santé publique doivent remplir ensemble pour prévoir de telles crises et y réagir.

Je cède maintenant la parole à M. Pecknold.

Clayton Pecknold, Assistant Deputy Minister and Director of Police Services, Province of British Columbia: Thank you, Dr. Kendall.

Thank you to this committee for the opportunity to speak on the bill. As my colleague and other speakers have mentioned, we're facing an unprecedented number of deaths in British Columbia related to illicit drug use and, in particular, related to fentanyl, carfentanil and other derivatives.

B.C. has taken measures to enhance its public safety response in the face of this crisis, including rapidly responding access to naloxone across the province to the public and to first responders, including the police and operators of overdose prevention sites.

B.C. recognizes the commendable work undertaken by the Canada Border Services Agency in our region and their cooperation to support and curtail the importation of fentanyl and carfentanil into our country.

However, while enforcement has a role in meeting this crisis by strengthening the public safety response to the production and trafficking of existing and emerging controlled substances, the answer, in my view, requires a coordinated national effort of health, social services and public safety agencies.

B.C.'s joint task force has undertaken 41 actions of its 71-point response. These include a collaborative, multi-agency campaign to raise awareness and provide education about the dangers of fentanyl, being drug smart and how to minimize deaths and injury from this behaviour, purchase of drug equipment such as ion scanners, and training for the federally funded Clandestine Laboratory and Enforcement Response Team as well as our key municipal departments. We've also provided funding for dedicated enforcement to the Royal Canadian Mounted Police, who act as our provincial police force, including our organized crime unit within the province, to target high-level organized crime traffickers. I emphasize that that's the purpose of this funding, to target high-level and organized crime traffickers.

However, there are some actions which are outside the control of the province.

The Chair: Mr. Pecknold, I'm afraid I have to jump in. We have to move to questions. We have a very engaged committee who wish to ask a number of questions. We'll begin with Senator McIntyre.

Senator McIntyre: Thank you all for your presentations. My first question is to the Canadian Nurses Association.

I note that in both your written and oral presentations, you made two recommendations, one of which calls for empowering provincial and territorial ministers to grant temporary exemptions

Clayton Pecknold, sous-ministre adjoint et directeur des services policiers, Province de la Colombie-Britannique : Merci, docteur Kendall.

Merci au comité de nous offrir l'occasion de donner notre avis sur le projet de loi. Comme mon collègue et d'autres témoins l'ont dit, le nombre de décès causés, en Colombie-Britannique, par la consommation de drogues illicites, en particulier le fentanyl, le carfentanil et d'autres dérivés, n'a jamais été aussi élevé.

La Colombie-Britannique a adopté des mesures visant à renforcer la réaction des organismes de sécurité publique à cette crise, notamment en faisant en sorte que la population générale et les premiers intervenants dans toute la province, y compris les services de police et les sites de prévention de surdoses, aient rapidement accès à la naloxone.

La Colombie-Britannique reconnaît le travail louable entrepris par l'Agence des services frontaliers du Canada dans notre région, ainsi que sa coopération et son appui des mesures visant à restreindre l'importation du fentanyl et du carfentanil au pays.

Toutefois, bien que les services d'application de la loi aient un rôle à jouer pour juguler la crise en renforçant la réaction des organismes de sécurité publique à la production et au trafic de substances réglementées nouvelles et existantes, la solution, selon moi, requiert un effort national concerté entre les organismes de la santé, des services sociaux et de la sécurité publique.

Le groupe de travail mixte de la Colombie-Britannique a entrepris 41 des 71 mesures prévues dans son plan d'intervention. Elles comprennent une campagne regroupant des organismes multiples et visant à sensibiliser la population aux dangers du fentanyl et aux pièges de la consommation, ainsi qu'à minimiser les décès et les maux causés par la consommation; l'achat d'appareils pour la lutte contre la drogue, comme des détecteurs ioniques; ainsi que de la formation pour l'Équipe de lutte et d'intervention contre les laboratoires clandestins, financée par le gouvernement fédéral, et pour les services municipaux principaux. Nous avons également octroyé des fonds réservés à la Gendarmerie royale canadienne, qui agit à titre de police provinciale et qui gère l'unité du crime organisé en Colombie-Britannique, pour cibler les trafiquants du crime organisé de haut niveau. Je tiens à souligner que ces fonds servent à cibler les trafiquants de haut niveau et du crime organisé.

Cependant, certaines mesures prises sont indépendantes de la volonté de la province.

Le président : Monsieur Pecknold, je vais devoir vous interrompre. Nous devons passer aux questions. Les membres de notre comité sont très désireux de poser des questions. La parole est d'abord au sénateur McIntyre.

Le sénateur McIntyre : Je vous remercie pour vos exposés. Ma première question s'adresse aux représentantes de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

J'ai remarqué que, durant votre exposé, vous avez formulé deux recommandations, qui figurent également dans votre mémoire. La première est de donner aux ministres provinciaux

to supervised consumption sites. Have you had an opportunity to discuss this recommendation with either the federal Minister of Health directly or with her provincial counterparts?

Ms. Ashley: No, we have not. However, we have been working with the providers who are working with those federal and provincial ministers in order to ensure this is the direction that would help to ensure that we are responding to public health crises as they occur.

Meaghan Thumath, Senior Public Health Nursing Expert, Canadian Nurses Association: As a registered nurse who has worked at both InSite and some of the overdose prevention sites that Dr. Kendall mentioned, I would add that some of these were scaled up within 24 hours. As someone who works on the front lines of the Downtown Eastside, I can tell you it's critical that we're able to respond and have supervised consumption sites available and targeted in hot spots where we know we've had many deaths. This flexibility in working with our provincial Minister of Health has been absolutely crucial and saved many lives.

Senator McIntyre: Last July, the federal Minister of Health signed an interim order allowing naloxone, which can either stop or reverse the effects of an overdose. I understand it's now available in Canada in a nasal spray form on a temporary basis, and prior to this interim order, it was only allowed by way of injection. Has this new measure been effective in either stopping or reversing the effects of an overdose?

Ms. Thumath: Absolutely. The injectable formulation is critical for non-medical first responders who don't typically have training in terms of giving injections. It's been extremely helpful, although I would say the cost is still quite prohibitive to scale it up everywhere. So at sites where we have folks who are able to give injections, we continue to use the injectable naloxone, but both measures have been absolutely life-saving.

Mr. Jang: It has saved lives. One of the side effects of naloxone is it does precipitate withdrawal in high doses. What we're seeing in Vancouver is the fact that people, as soon as they're revived, are back out on the street looking for the next hit. That's probably because there's a lack of wraparound mental health supports to help people stay in treatment once they get there.

Senator Jaffer: Thank you all for your presentations and the work you do. Coming from B.C., I see first-hand the great work you do.

Councillor Jang, it's always a pleasure to see you. Welcome here.

et territoriaux le pouvoir d'accorder des exemptions temporaires aux centres de consommation supervisée. Avez-vous eu l'occasion de discuter de cette recommandation directement avec la ministre fédérale de la Santé ou avec ses homologues provinciaux?

Mme Ashley : Non, nous n'en avons pas eu l'occasion. Toutefois, nous collaborons avec les fournisseurs de soins qui travaillent avec les ministres fédéral et provinciaux pour nous assurer que c'est une recommandation qui permettrait de répondre aux crises de santé publique au fur et à mesure qu'elles surviennent.

Meaghan Thumath, infirmière-conseillère principale en santé publique, Association des infirmières et infirmiers du Canada : En tant qu'infirmière autorisée, j'ai travaillé à InSite et à certains des centres de prévention des surdoses qu'a mentionnés le Dr Kendall, et je peux vous dire que certains de ces centres ont été mis sur pied en l'espace de 24 heures. Je travaille en première ligne dans le quartier Downtown Eastside, et je peux vous dire qu'il est essentiel de pouvoir réagir grâce à des centres de consommation supervisée situés dans des endroits critiques, où nous savons qu'il y a eu de nombreux décès. La souplesse dont a fait preuve le ministre provincial de la Santé s'est révélée tout à fait indispensable, car elle a permis de sauver bien des vies.

Le sénateur McIntyre : En juillet dernier, la ministre fédérale de la Santé a signé un arrêté d'urgence autorisant l'utilisation de la naloxone, qui permet de stopper ou de contrecarrer les effets d'une surdose. Je crois savoir qu'elle est maintenant disponible au Canada sous forme de vaporisateur nasal de façon temporaire, et qu'avant cet arrêté d'urgence, on pouvait uniquement l'administrer sous forme d'injection. Est-ce que cette nouvelle mesure s'est révélée efficace pour stopper ou contrecarrer les effets d'une surdose?

Mme Thumath : Tout à fait. La naloxone en vaporisateur nasal est indispensable pour les premiers répondants qui ne sont pas des professionnels de la santé et qui n'ont pas la formation nécessaire pour faire des injections. Elle est extrêmement utile, mais elle coûte encore trop cher pour qu'on puisse la rendre disponible partout. Par conséquent, dans les centres où nous avons des personnes capables de faire des injections, nous continuons d'utiliser la naloxone injectable, mais il est clair que les deux ont permis de sauver des vies.

M. Jang : Oui, on a sauvé des vies. L'un des effets secondaires de la naloxone, c'est qu'elle précipite l'apparition de symptômes de sevrage lorsqu'il s'agit de doses élevées. Ce que nous observons à Vancouver, c'est que, dès que les gens reviennent à la normale, ils retournent dans la rue pour consommer de nouveau. C'est probablement parce qu'il y a un manque de services de soutien en santé mentale destinés à aider les personnes à poursuivre le traitement qu'elles ont entrepris.

La sénatrice Jaffer : Je vous remercie tous pour vos exposés et pour le travail que vous faites. Je viens de la Colombie-Britannique, alors je vois directement le travail que vous effectuez.

Monsieur Jang, c'est toujours un plaisir de vous voir. Je vous souhaite la bienvenue.

We see a death a day in Vancouver. I pass by the area, especially East Hastings, near where I live. We see a real crisis. What you just said upset me. I didn't know that in 2016 you applied for two sites and you're still waiting for an answer. Did I understand?

Mr. Jang: That's correct.

Senator Jaffer: In 2016.

Mr. Jang: That's correct. The mayor was told in discussions with the health minister that in December we would have those safe injection sites able to operate. The City of Vancouver helped prepare the sites, did the permitting, fast tracked it, and here we are in April.

Senator Jaffer: And you live at the moment by the 2016 regulations that they wanted in the law?

Mr. Jang: That's correct.

Senator Jaffer: You speak about having that one criterion so that you can get sites open faster. May I ask how soon you think a site can open?

The chair will cut me off because I have many questions.

I go to InSite a lot. I know what InSite offers. First of all, it keeps our neighbourhood clean, with no needles. The other thing that's useful for my colleagues to know is they come for a safe injection on the bottom floor, but there are many other things that are upstairs. It would be effective just to know it's not just a safe injection site; it's other things as well.

Mr. Jang: Yes, that's correct. Some of the sites we're able to open up and put in in 24 hours.

Another sites, as the one you're referencing, that InSite has on site, which is upstairs, is a treatment program that could also be put into buildings. Many of these sites are in city buildings or on city land. We're able to turn those permits around in no time flat because we recognize how important they are to our city.

The Chair: I want to give Dr. Kendall an opportunity. It's tough when you're on video conferencing sometimes. I know you wanted to respond to the previous question from Senator McIntyre.

Dr. Kendall: Thank you, senator. Yes, I was going to say that naloxone has been very beneficial for the RCMP and municipal police forces, because they do not wish to carry needles. We recently had a report where they have used it on numerous occasions on the public and reversed a number of overdoses. They had very little trouble with people coming up and being in

Nous enregistrons un décès par jour à Vancouver. Je passe souvent par-là, particulièrement dans le quartier East Hastings, près de chez moi. Nous observons qu'il y a véritablement une crise. Ce que vous avez dit m'a contrarié. Je ne savais pas qu'en 2016 vous aviez présenté une demande pour deux centres et que vous attendiez toujours une réponse. Ai-je bien compris?

M. Jang : C'est exact.

La sénatrice Jaffer : En 2016.

M. Jang : C'est exact. Lors d'une discussion avec la ministre de la Santé, le maire a appris qu'en décembre ces centres d'injection supervisée pourraient ouvrir leurs portes. La Ville de Vancouver a apporté son aide en délivrant les permis rapidement. Nous sommes en avril, et ce n'est toujours pas fait.

La sénatrice Jaffer : Vous respectez en ce moment le règlement de 2016 relatif à la loi?

M. Jang : Oui, c'est exact.

La sénatrice Jaffer : Vous avez dit qu'il ne devrait y avoir qu'un seul critère, afin qu'on puisse ouvrir des centres plus rapidement. Puis-je vous demander à quelle vitesse vous croyez qu'un centre pourrait ouvrir?

Le président va m'interrompre parce que j'ai beaucoup de questions.

Je me rends souvent à InSite, alors je sais ce qu'il offre. Premièrement, il veille à la propreté de notre quartier en s'assurant qu'il n'y ait pas de seringues qui traînent. Ce que mes collègues devraient également savoir, c'est que le centre d'injection supervisée se trouve au rez-de-chaussée, et qu'aux étages supérieurs, on offre toutes sortes de services. Il serait utile de savoir qu'il ne s'agit pas uniquement d'un centre d'injection supervisée et que d'autres services sont offerts.

M. Jang : Oui, c'est vrai. Certains des centres ont pu ouvrir leurs portes en l'espace de 24 heures.

Comme vous l'avez souligné, InSite offre également, aux étages supérieurs, un programme de traitement de la toxicomanie qui pourrait aussi être offert par d'autres centres. Un grand nombre des centres se trouvent dans des immeubles municipaux ou ils sont situés sur des terrains municipaux. Nous pouvons rapidement modifier les permis, car nous savons à quel point ces centres sont importants dans notre ville.

Le président : Je veux donner au Dr Kendall l'occasion de répondre. Il est difficile de prendre la parole parfois lorsqu'on est en vidéoconférence. Je sais que vous vouliez répondre à la question qu'a posée le sénateur McIntyre.

Dr Kendall : Je vous remercie, monsieur le sénateur. Oui, je voulais dire que la naloxone en vaporisateur est très utile pour les agents de la GRC et les policiers municipaux, car ils ne souhaitent pas transporter des seringues. On a su récemment qu'ils l'avaient utilisée à de nombreuses reprises et qu'ils avaient réussi à contrecarrer les effets de surdoses. Ils ont eu très peu de

withdrawal, and they found it very satisfying. It also greatly increased their interaction with the people on the street with whom they don't normally have such a socially positive role.

[Translation]

Senator Boisvenu: I want to thank you for your very informative testimony and congratulate you on the work you are doing. I recognize that those are not easy environments.

The majority of Canadians — at least those I talk to — are very opposed to the opening of consumption centres in their neighbourhoods. There are two conflicting philosophies involved: detox and continued consumption.

The bill seems very weak to me in terms of consultation with Canadians. The time set aside for studying this bill was very short, and very few people were consulted. As a result, I believe that it will increase Canadians' reluctance toward those centres.

I worked for the Government of Quebec for a long time, in environment, and we had to work on some very contradictory projects. We would organize watchdog committees to inform the people living in the affected neighbourhood with greater transparency.

In this case, people could be told about the crime rate, for example, as well as the type of clients that use those centres, and that may reassure them. Do you think the bill should provide for this kind of a formality?

[English]

Mr. Jang: From the perspective of the City of Vancouver, we do that with our social housing units, with safe injections sites. We have community advisory committees and we do find in our experience, if it's well run, that the committee is not interested anymore because it has become part of the neighbourhood.

I will add that when people worry about consultation, these safe injection sites actually serve people in the neighbourhood. These are addicts and users in a particular neighbourhood, so they are serving the local community. There is some opposition, but generally, in Vancouver, we have found people understand the need and we have not had too much difficulty.

[Translation]

Senator Boisvenu: So you would be favourable to us ensuring that this type of official communication structure between Canadians and the centre's management be enshrined in the bill.

problèmes avec des personnes qui éprouvaient des symptômes de sevrage, et ils se sont dits très satisfaits. Ils ont par le fait même eu davantage de contacts avec les gens dans la rue, auprès desquels ils ne jouent habituellement pas un rôle positif.

[Français]

Le sénateur Boisvenu : Je vous remercie de vos témoignages très instructifs, et je vous félicite pour le travail que vous effectuez. Je conviens qu'il ne s'agit pas de milieux faciles.

La majorité des Canadiens — du moins, ceux que je côtoie — sont très réfractaires à l'ouverture de tels centres de consommation dans leur quartier. En fait, deux philosophies s'affrontent : la désintoxication et le maintien de la consommation.

Le projet de loi m'apparaît très faible en ce qui a trait à la consultation qui a été effectuée auprès des citoyens. La période de temps accordée à l'étude de ce projet de loi a été très courte, et très peu de gens ont été consultés; par conséquent, je crois que cela aura pour impact d'augmenter la réticence des citoyens envers ces centres.

J'ai longtemps travaillé pour le gouvernement du Québec, dans le domaine environnemental, où nous devons travailler sur des projets très contradictoires, et nous organisons des comités de vigilance afin d'informer, avec une grande transparence, les gens du quartier touché.

Dans ce cas-ci, les gens pourraient être mis au courant du taux de criminalité, par exemple, ainsi que du type de clientèle qui fréquente ces centres, et cela pourrait les rassurer en quelque sorte. Croyez-vous que le projet de loi devrait prévoir une telle formalité?

[Traduction]

M. Jang : À la Ville de Vancouver, c'est ce que nous faisons avec nos logements sociaux. Nous avons des comités communautaires consultatifs, et d'après ce que nous avons observé, si c'est bien géré, le comité ne s'y intéresse plus parce que cela fait désormais partie du voisinage.

Il est vrai que des gens s'inquiètent, mais je dois dire que les centres d'injection supervisée sont au service des gens du quartier. S'il y a des toxicomanes dans un quartier en particulier, ces centres offrent des services à cette clientèle locale. Il y a parfois une certaine résistance, mais en général, à Vancouver, nous avons constaté que les gens comprennent le besoin, alors nous n'avons pas eu trop de difficulté.

[Français]

Le sénateur Boisvenu : Donc, vous seriez favorable à ce que nous nous assurions que ce type de structure officielle de communication entre les citoyens et les gestionnaires du centre soit enchâssé dans le projet de loi.

[English]

Ms. Ashley: From the perspective of the Canadian Nurses Association, our response is that when you're looking at any municipality, they have a number of community consultations that are already set up within bylaws for any new services that go in. If you're looking at it from a public health perspective, this is no different from setting up a diabetes clinic in a community. The community is consulted and there are services in place for that.

Mr. Jang: It is part of our municipal charter.

Dr. Kendall: In B.C. we have already submitted or are in the process of submitting some six or seven exemption requests, each one of which has been done in consultation with a community, business associations and councils. We have that support to move ahead. People are concerned, of course, but the process has moved ahead, and we have those supports from councils, local police, business improvement associations, et cetera. We don't think adding a requirement of that nature is necessary in practice because we are actually doing it.

Senator Boniface: Thank you very much for being here and congratulations on the effort. I can't imagine how difficult it must be, but I appreciate you all taking the time to be here.

I want to talk about the impact of the site on crime rates as one of the criteria. Both Ms. Ashley and Councillor Jang questioned whether this is a valuable criteria. In Dr. Kendall's comments, he said that it actually reduced social disorder. I would like to have feedback on that because, as you can appreciate, that's one of the issues people are most concerned about.

Ms. Ashley: Thank you very much for your question, senator.

Yes, evidence has shown — and we'd be happy to share it with the committee — that crime rates are reduced. People are starting to get the social and health supports they need. There is evidence to show that crime rates do not go up.

Mr. Jang: We see this in the Vancouver Police data. We track this on a weekly, monthly basis, and we have not seen increases. As I pointed out, things like break and enters and those types of crimes have actually been reduced.

Dr. Kendall: I would add that the data from InSite is quite clear. People who become attached to InSite are more likely to enter addictions treatment programs than people who are not attached to InSite. In the longer run, we would anticipate that reducing the pool of people with persistent disorders would reduce the crimes as people move through into treatment.

Senator Batters: Thank you so much for being here today.

[Traduction]

Mme Ashley : L'Association des infirmières et infirmiers du Canada sait que les municipalités ont des règlements qui prévoient des consultations communautaires au sujet de tout nouveau service. Du point de vue de la santé publique, c'est la même chose qu'ouvrir une clinique de traitement du diabète dans une collectivité. La communauté est consultée au sujet des services qu'on souhaite offrir.

M. Jang : Cela fait partie de nos règlements municipaux.

Dr Kendall : En Colombie-Britannique, nous avons déjà présenté, ou nous sommes en train de le faire, six ou sept demandes d'exemption, et chacune a fait l'objet de consultations auprès de la communauté, d'associations commerciales et de conseils des chefs d'entreprise. Nous avons leur soutien. Les gens s'inquiètent, bien entendu, mais les choses progressent et nous avons le soutien des conseils, des services de police locaux, des associations d'amélioration commerciale, et cetera. Nous ne pensons pas que l'ajout d'une exigence de la sorte soit nécessaire, car c'est ce que nous faisons déjà.

La sénatrice Boniface : Je vous remercie beaucoup pour votre présence et je vous félicite pour vos efforts. Je ne peux m'imaginer à quel point votre travail doit être difficile, et je vous suis reconnaissante d'avoir pris le temps de comparaître devant nous.

J'aimerais parler de l'incidence sur le taux de criminalité en tant que critère. Mme Ashley et M. Jang ont dit douter qu'il s'agisse d'un critère valable. Le Dr Kendall a déclaré que le centre a contribué à atténuer le problème du désordre social. J'aimerais avoir vos commentaires à ce sujet, car, comme vous le comprenez bien, c'est l'un des éléments qui préoccupent le plus les gens.

Mme Ashley : Je vous remercie beaucoup pour votre question, madame la sénatrice.

Oui, il a été démontré — et je serais ravie de transmettre les chiffres au comité — que le taux de criminalité diminue. Les gens commencent à bénéficier des services sociaux et sanitaires dont ils ont besoin. Il existe des preuves qui démontrent que le taux de criminalité n'augmente pas.

M. Jang : C'est ce que révèlent les données du service de police de Vancouver. Nous recueillons des données hebdomadaires et mensuelles, et nous n'avons constaté aucune augmentation. Comme je l'ai fait remarquer, des infractions comme les introductions par effraction ont en fait diminué.

Dr Kendall : J'ajouterais que les données du centre InSite sont assez claires. Les personnes qui fréquentent InSite sont plus susceptibles d'entreprendre un programme de traitement des dépendances que les gens qui ne l'utilisent pas. À long terme, nous prévoyons qu'en réduisant le nombre de personnes qui souffrent de certains problèmes persistants, nous réduirons par le fait même le nombre d'actes criminels, à mesure que les gens suivront un programme de traitement.

La sénatrice Batters : Je vous remercie beaucoup pour votre présence aujourd'hui.

To the Canadian Nurses Association, Ms. Ashley, maybe I missed something in what you were saying, but I think you were indicating that you find this safe drug injection site to be no different from a diabetes clinic. I find that comment quite shocking. You stated in your brief that the only criterion that should be required for approval of a drug consumption site is for the applicant to demonstrate the need for an SCS, which is a safe consumption site. Could you explain why you don't think it's necessary to consider the impact of the site on public safety and security when considering the site application? What about the concerns from the local government, police and community?

Ms. Ashley: Thank you for that question. There are two parts to your question so I have two parts to the answer.

We know that crime rates do not increase, so public safety is actually not a concern. This goes down.

I did compare it to a diabetes clinic; you are looking at public health intervention. People are then able to get health and social service referrals and to go to treatment and detox centres. They may move to abstinence. They get housing. From a health perspective, this is the same as offering any other situation. While people may be having supervised injections, they have that support of health providers near them who are able to improve their health and wellness.

Senator Batters: So the second part of my question was that you don't think it is necessary to consider police concerns, public concerns and local government concerns.

Ms. Ashley: Well, no, we do. We said that the municipal bylaws already have those sanctions in place where people can consult.

Senator Batters: That is potentially leaving it. It could alter from place to place. Some places might have strict municipal bylaws and others might have very lenient ones.

In our previous Conservative government's legislation, there were 26 different criteria. You are proposing that it basically be limited to one. Do you think that municipal bylaws alone are sufficient to take all of those into account?

Ms. Ashley: I will answer and then move it over to Meaghan because she can give you a real life experience.

Certainly we know from evidence that that is not the case. You do see a reduction in crime, and there are consultations. I can't speak to the municipalities and what they do.

Je vais m'adresser à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Madame Ashley, j'ai peut-être mal compris ce que vous avez dit, mais je pense que vous avez affirmé qu'à vos yeux un centre d'injection supervisée est la même chose qu'une clinique de traitement du diabète. Je trouve cette comparaison assez troublante. Dans votre mémoire, vous mentionnez que le seul critère à satisfaire en vue de l'approbation d'un centre de consommation supervisée devrait être de démontrer qu'un tel centre répond à un besoin. Pouvez-vous expliquer pourquoi vous ne pensez pas qu'il soit nécessaire de prendre en compte les répercussions sur la sécurité du public lors de l'examen d'une demande? Qu'en est-il des préoccupations de l'administration municipale, du service de police local et de la communauté?

Mme Ashley : Je vous remercie pour votre question. Il y a deux parties à votre question, alors il y aura deux parties à ma réponse.

Nous savons que le taux de criminalité n'augmente pas, alors la sécurité du public n'est pas vraiment une préoccupation. Le taux de criminalité diminue.

J'ai effectivement fait la comparaison avec une clinique de traitement du diabète, du point de vue de la santé publique. Les gens sont en mesure d'obtenir les services sociaux et sanitaires dont ils ont besoin et de bénéficier de traitements et des services des centres de désintoxication. Ils peuvent cesser de consommer et ils peuvent obtenir un toit. Du point de vue de la santé, ce sont des services comme d'autres qu'on offre dans d'autres cas. Les gens qui fréquentent les centres d'injection supervisée peuvent bénéficier du soutien de fournisseurs de soins de santé qui peuvent contribuer à améliorer leur santé et leur bien-être.

La sénatrice Batters : La deuxième partie de ma question concernait le fait que vous n'estimez pas qu'il soit nécessaire de prendre en compte les préoccupations du service de police, de la population et de l'administration municipale.

Mme Ashley : Non, effectivement. Nous avons dit que les règlements municipaux prévoient déjà des consultations publiques.

La sénatrice Batters : Il peut y avoir des différences d'une ville à l'autre. Certaines villes peuvent avoir des règlements stricts à ce sujet alors que d'autres ont des règlements très peu sévères.

Dans la loi élaborée par l'ancien gouvernement conservateur, il y avait 26 critères différents. Vous proposez essentiellement qu'il n'y en ait qu'un seul. Pensez-vous que les règlements municipaux suffisent pour prendre en compte tous les autres critères?

Mme Ashley : Je vais répondre puis je vais céder la parole à Meaghan, car elle a une expérience pratique.

Nous avons la preuve que ce n'est pas le cas. Nous observons une réduction de la criminalité et nous savons qu'il y a des consultations. Je ne peux pas m'exprimer sur ce que fait chaque municipalité.

Ms. Thumath: Thank you very much for the question, senator. I think with respect to the previous Respect for Communities Act, we found that was too restrictive and there were no new supervised consumption facilities opened under that act.

It took binders for our particular program. I think we spent six months preparing an application, and that is policy-makers, registered nurses like myself, physicians' time, lawyers and others. It was an incredible expense to prepare an application while we were having 922 British Columbians — my friends, my colleagues and my patients — die.

We are here before you to say this is an urgent public health crisis. We are here in support of Bill C-37, and we need to trust municipalities and provincial governments. We have asked for local conditions indicating the need for the site, and those include community support and the demonstrated public health need. We are asking for the bill to be something that is simple and easy so that we can create these life-saving public health interventions.

[Translation]

Senator Dupuis: My first question is for Mr. Jang. The opioid crisis is a matter of public health. From your perspective as a medical doctor, can you tell us what in that crisis you feel has to do with public health? Is there consensus among various Canadian provinces on what constitutes a public health issue?

What I'm trying to understand here is the idea of a public health issue. I want to specify that I am not at all against that — I agree that this is a public health issue — but how do you define it as such?

[English]

Mr. Jang: Thank you for the question, senator. When people are dying — and we are seeing thousands die — that's a public health crisis. When you know that the problem is that people are taking drugs, they are addicted and they are trying to get into recovery and you have nowhere for them to get help, that constitutes part of what I consider the continuum of care.

The safe injection sites and consumption sites are an integral part of the continuum of care. As you heard earlier, it's the place where people adopt that. Crime rates drop because it's part of their community, and they see it as their hope. Getting them into health care for their referrals is key.

Mme Thumath : Je vous remercie pour votre question, madame la sénatrice. En ce qui concerne la précédente Loi sur le respect des collectivités, nous pensons qu'elle était trop restrictive. D'ailleurs, aucun nouveau centre de consommation supervisée n'a été ouvert en vertu de cette loi.

Pour notre programme en particulier, nous avons dû préparer plusieurs cahiers. Je crois que nous avons mis six mois à préparer notre demande, à laquelle ont contribué des décideurs, des infirmières autorisées comme moi, des médecins, des avocats, et cetera. Il a fallu énormément de temps pour préparer notre demande, et pendant tout ce temps, 922 citoyens de la Colombie-Britannique — des amis, des collègues et des patients — ont perdu la vie.

Nous sommes ici devant vous pour vous dire qu'il s'agit d'une crise de santé publique urgente. Nous sommes ici pour appuyer le projet de loi C-37 et dire que nous devons faire confiance aux municipalités et aux gouvernements provinciaux. Nous avons demandé qu'on démontre que les conditions locales indiquent qu'un centre répond à un besoin. Parmi ces conditions, il y a notamment le soutien de la communauté et le besoin manifeste du point de vue de la santé publique. Nous voulons un projet de loi simple qui permet de mettre en place ces mesures de santé publique qui sauvent des vies.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Ma première question s'adresse à M. Jang. La question de la crise des opioïdes est une question de santé publique. Pouvez-vous nous définir, de votre point de vue de médecin, ce que vous croyez qui relève de la santé publique dans cette crise? De plus, y a-t-il consensus entre les différentes provinces du Canada sur ce qui constitue un problème de santé publique?

Ce que j'essaie de comprendre ici, c'est l'objet du problème de santé publique. Je précise que je ne suis pas du tout contre cela, je suis d'accord avec le fait qu'il s'agit d'un enjeu de santé publique, mais comment définissez-vous cela comme étant un enjeu de santé publique?

[Traduction]

M. Jang : Je vous remercie beaucoup pour votre question, madame la sénatrice. Lorsque des gens meurent — en l'occurrence des milliers de personnes — il s'agit là d'une crise de santé publique. Lorsque nous savons que le problème est attribuable à la consommation de drogues, aux dépendances et à l'absence d'endroits où les toxicomanes peuvent aller pour obtenir de l'aide, je considère qu'il est question du continuum de soins.

Les centres d'injection et de consommation supervisées sont une partie intégrante du continuum de soins. Comme on l'a dit plus tôt, il y a des gens qui fréquentent ces centres. Le taux de criminalité diminue parce que ces personnes considèrent que ces centres font partie de la communauté et qu'ils leur donnent de l'espoir. Il est essentiel de pouvoir offrir à ces gens les soins de santé dont ils ont besoin.

The second part we are talking about in British Columbia is opioid substitute treatments. It's not just methadone and Suboxone, but things like hydromorphone and others, in order to clean up the local drug supply and help to keep these people in treatment. That's part the continuum, but when we have over 1,000 deaths in one province, 300 in Vancouver alone, that is a health crisis.

[Translation]

Senator Dupuis: I have another question. I would like to read a quote from Patricia Daly, Chief Medical Health Officer of Vancouver Coastal Health. She says that public health officials in British Columbia asked for the regulation of illegal psychoactive substances, and I quote:

Most public health physicians believe that the best way to decrease the harms associated with any psychoactive substance — whether it's illegal drugs like heroin, cocaine, marijuana or alcohol, tobacco, or even prescription drugs. . .

The public health issue that should be of concern to us encompasses the entire continuum, as any consumption of psychoactive substances causes a problem, be it because those substances are prescribed by a physician who “overprescribes”, or because they are imported through organized crime and consumed on my street.

[English]

Mr. Jang: Thank you for the question. You are absolutely correct. All consumption of psychoactive substances is a public health issue, whether prescribed by a doctor or when somebody picks it up off the street and experiments with it. You are right on.

Part of the response from the province has been not only to look at the immediate problems on our streets with safe injection sites but to create better physician training.

One of my jobs at the University of B.C. is to train medical students, and this is exactly what we're engaged in right now: teaching them how to prescribe, how to follow up, use PharmaNet and do all the things they need to do to make the right choices for their patients and to follow up to make sure there is no abuse.

[Translation]

Senator Dagenais: I would like to say one last thing about Mr. Pecknold's comments. I went to Vancouver a few years ago with Mr. Stamatakis, a Vancouver police officer you may know. I visited the Insite centre. Mr. Stamatakis told me that police officers did not patrol around Insite, as it attracts a lot of drug

En Colombie-Britannique, nous avons également recours aux traitements de substitution. Nous n'utilisons pas seulement la méthadone et le suboxone, mais également l'hydromorphone, entre autres, pour mettre fin à l'offre locale de drogues et aider les gens à continuer leur traitement. Cela fait partie du continuum de soins, mais lorsque nous enregistrons plus de 1 000 décès dans une seule province, dont 300 à Vancouver seulement, il s'agit d'une crise de santé publique.

[Français]

La sénatrice Dupuis : J'ai une question complémentaire. J'aimerais vous lire une citation de Patricia Daly, médecin hygiéniste en chef de l'organisme Vancouver Coastal Health. On dit que des responsables de la santé publique en Colombie-Britannique ont demandé la réglementation des substances psychoactives illégales, et je cite :

La plupart des médecins de santé publique considèrent que la meilleure façon de réduire les méfaits associés à toute substance psychoactive, que ce soit une drogue illégale comme l'héroïne, la cocaïne ou la marijuana, que ce soit l'alcool ou le tabac ou encore les médicaments d'ordonnance [...]

Le problème de santé publique qui devrait nous préoccuper, c'est tout le continuum, car c'est l'ensemble de la consommation de substances psychoactives qui cause un problème, que ce soit parce que ces substances sont prescrites par un médecin qui « surprescrit », ou parce qu'elles sont importées par le crime organisé et consommées dans ma rue.

[Traduction]

M. Jang : Je vous remercie pour votre question. Vous avez tout à fait raison. La consommation de substances psychoactives constitue un problème de santé publique, que la substance ait été prescrite par un médecin ou qu'elle ait été obtenue dans la rue. Vous avez absolument raison.

La province a veillé non seulement à régler les problèmes dans la rue grâce aux centres d'injection supervisée, mais aussi à mieux former les médecins.

L'une de mes tâches à l'Université de la Colombie-Britannique est de former des étudiants en médecine, et c'est exactement ce que je fais en ce moment, c'est-à-dire leur enseigner comment prescrire ces médicaments, effectuer un suivi, utiliser PharmaNet et faire tout ce qui s'impose pour prendre les meilleures décisions pour leurs patients et faire un suivi pour s'assurer qu'il n'y a pas d'abus.

[Français]

Le sénateur Dagenais : J'aimerais faire une dernière intervention en ce qui concerne les propos de M. Pecknold. Je suis allé à Vancouver il y a quelques années avec M. Stamatakis, un policier de Vancouver que vous connaissez peut-être. J'étais allé visiter le centre Insite. M. Stamatakis m'avait informé que les

users and the area is dangerous.

That said, Dr. Kendall — I know that you have more experience in Vancouver than in other Canadian cities — I would like to know how much new funding for health care was dedicated to the Insite centre in your province. Do you think that the money set aside for Insite would have been better invested across British Columbia? Do you think that, by investing across British Columbia, the money may have been distributed better to help drug consumers and thereby obtain better or similar results?

[English]

Dr. Kendall: I'll answer that question first, if I might. We would indeed have liked to have seen more supervised consumption sites opened across British Columbia, but up until recently that would have been practically impossible because of the policies of the previous government.

However, the operating costs of InSite are, I think, approximately between \$1.5 and \$2 million a year. They cost a fraction of the money that is spent in Vancouver Coastal Health on prevention and treatment, and had you spread them across the province, it would not have had a measurable difference as InSite did actually have on the population it is serving.

Mr. Pecknold: To answer your first comment, senator, the response to this crisis has involved a considerable amount of structured conversation and coordination with the police in British Columbia, the RCMP and the Chief Constable of the Vancouver Police Department. I can tell you that there is broad support for supervised consumption sites, properly consulted with local governments in terms of creating them. We have a very coordinated and collaborative approach with the health authorities in terms of addressing all the concerns that may or may not arise in a particular community. I can tell you that from the words of the chief of the Vancouver police, they support the work of InSite and they support the work of supervised consumption sites.

[Translation]

Senator Dagenais: Can you tell me whether police officers patrol the area around Insite or refuse to go there because it is dangerous?

[English]

Mr. Pecknold: I can't confirm one way or the other what the Vancouver police are doing day to day, senator, but I certainly respect the views of Mr. Stamatakis and he has been part of our conversations as well.

policiers ne patrouillaient pas près du centre Insite, parce ce qu'il attire beaucoup de consommateurs de drogues et que c'est un lieu dangereux.

Cela étant dit, docteur Kendall — je sais que vous avez plus d'expérience à Vancouver que dans d'autres villes canadiennes —, j'aimerais savoir combien de nouveaux crédits, dans le cadre des soins de santé, ont été consacrés au centre Insite dans votre province. Croyez-vous que l'argent destiné au centre Insite aurait été mieux investi dans l'ensemble du territoire de la Colombie-Britannique? Croyez-vous qu'en l'investissant sur le territoire de la Colombie-Britannique, on aurait pu mieux répartir l'argent pour aider les consommateurs de drogue et ainsi obtenir de meilleurs résultats ou des résultats semblables?

[Traduction]

Dr Kendall : Je vais répondre en premier, si vous le permettez. Nous aurions effectivement voulu voir l'ouverture d'un plus grand nombre de centres de consommation supervisée en Colombie-Britannique, mais jusqu'à récemment il était pratiquement impossible d'en ouvrir en raison des politiques établies par le gouvernement précédent.

Quant aux coûts d'exploitation d'InSite, ils se situent, je crois, entre 1,5 et 2 millions de dollars par année environ. C'est une fraction de la somme que consacre la Vancouver Coastal Health à la prévention et au traitement, et si on avait réparti cet argent dans l'ensemble de la province, il n'aurait pas eu un effet mesurable comme a pu en avoir InSite sur les personnes visées.

M. Pecknold : Pour répondre à votre premier commentaire, monsieur le sénateur, je dirais que les mesures d'intervention ont nécessité un nombre considérable de discussions et une grande collaboration avec les corps de police de la province, la GRC et le chef du service de police de Vancouver. Je peux vous dire qu'il y a un vaste appui en faveur des centres de consommation supervisée et que les administrations municipales ont été consultées en bonne et due forme au sujet de la création de tels centres. Nous collaborons largement avec les autorités sanitaires pour répondre à toutes les préoccupations soulevées dans la communauté. D'après ce que nous a dit le chef du service de police de Vancouver, les policiers appuient le travail qu'effectuent InSite et d'autres centres de consommation supervisée.

[Français]

Le sénateur Dagenais : Pouvez-vous me confirmer si les policiers patrouillent dans le centre Insite ou s'ils refusent de s'y rendre en raison de la dangerosité des lieux?

[Traduction]

M. Pecknold : Je ne peux pas confirmer ce que font quotidiennement les policiers de Vancouver, monsieur le sénateur, mais je respecte le point de vue de M. Stamatakis, qui a participé à nos discussions.

Mr. Jang: Mr. Stamatakis is head of the Vancouver Police Union. I know him very well, as well as the chief constable.

The reasons why the VPD don't spend time at InSite are, first, because they don't need to because it is well-policed by itself, and secondly, the police presence scares away addicts seeking treatment. That's why they deliberately stay away or take a soft approach in order to encourage people to go into treatment.

Senator Joyal: Dr. Kendall, you mentioned in an answer earlier on that the way to convince or to lead a person who has a drug addiction and is a "customer" of InSite — if that word can be used in that context — would be to be more open to accepting treatment. It would, in other words, mitigate the statement or the opinion expressed by my colleague Senator Boisvenu that InSite does not address the problems of rehabilitation; it just maintains people in their consumption of drugs.

You mentioned that studies have been conducted that led you to that conclusion. Could you expand a little more? Were those studies checked and recognized as scientifically based? Or were they preliminary or first evaluations but not really conclusions that would withstand scientific scrutiny?

Dr. Kendall: The study I was citing was conducted by the B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS and their Urban Health Research Initiative. They looked at people who were using InSite on a regular basis compared with an equal number of drug users who were not using InSite. They followed them over a period of time and looked at how many of them were actually referred to and entered into an addictions treatment program.

InSite, as you perhaps know, has a couple of floors above it called OnSite, where people can go for withdrawal management, can be inducted into treatment and then referred to treatment programs.

These data showed that the people who were attending InSite were about 30 per cent more likely to enter a treatment facility than people who were not attending InSite, largely, I think, because these are marginalized populations who are not engaged in care. Once they become engaged in care and can sort their lives out a bit, they are more likely to accept an offer into treatment to get out of their addiction or to move into a maintenance program with Suboxone or methadone.

This study was published in one the leading journals, but I forget whether it was the *Canadian Medical Association Journal*, the *Journal of the American Medical Association* or *The Lancet*. It

M. Jang : M. Stamatakis est le dirigeant du syndicat du service de police de Vancouver. Je le connais très bien ainsi que le chef du service de police.

Les policiers du service de police de Vancouver ne se rendent pas à InSite, d'une part, parce qu'ils n'ont pas besoin d'y aller, car il est bien surveillé par les responsables, et d'autre part, parce que la présence de policiers éloigne les toxicomanes qui ont besoin de traitements. C'est pourquoi ils ne s'y rendent pas ou ils adoptent une approche douce, c'est-à-dire pour encourager les gens à entreprendre un traitement.

Le sénateur Joyal : Docteur Kendall, vous avez mentionné tout à l'heure, en réponse à une question, qu'une personne qui souffre d'une dépendance aux drogues et qui est un « client » d'InSite — si on peut utiliser ce mot dans ce contexte — serait plus susceptible d'accepter de suivre un traitement. Cela vient, autrement dit, contredire un peu les propos de mon collègue, le sénateur Boisvenu, qui a affirmé qu'InSite ne s'occupe pas de la réhabilitation; il ne fait qu'entretenir la consommation de drogues.

Vous avez mentionné que ce sont des études qui vous ont amené à tirer cette conclusion. Pouvez-vous en dire un peu plus long à ce sujet? Est-ce que les résultats de ces études ont été vérifiés et acceptés d'un point de vue scientifique? S'agissait-il plutôt d'évaluations préliminaires, et non pas vraiment de conclusions qui résisteraient à un examen scientifique?

Dr Kendall : L'étude dont je parlais a été réalisée par le Centre d'excellence sur le VIH-sida de la Colombie-Britannique et l'Initiative de recherche sur la toxicomanie et la santé urbaine. On a comparé un groupe de gens qui fréquentaient InSite régulièrement à un groupe équivalent de toxicomanes qui ne fréquentaient pas ce centre. On a calculé pendant une certaine période le nombre d'entre eux qui ont été aiguillés vers un programme de traitement des dépendances et qui ont commencé à participer à un tel programme.

Comme vous le savez peut-être, InSite exploite également un centre qui s'appelle OnSite, où les toxicomanes peuvent aller pour gérer leurs symptômes de sevrage, amorcer un traitement puis être aiguillés vers des programmes de traitement.

Les données démontrent que les personnes qui fréquentaient InSite étaient 30 p. 100 plus susceptibles d'entreprendre un programme de traitement que celles qui ne fréquentaient pas InSite, en majeure partie, je crois, parce qu'elles font partie de groupes marginalisés qui n'obtiennent pas les soins dont ils ont besoin. Une fois que ces gens obtiennent les soins et qu'ils peuvent remettre de l'ordre dans leur vie, ils sont plus susceptibles d'accepter de participer à un programme de traitement pour mettre fin à leur dépendance ou de suivre des traitements de substitution par le suboxone ou la méthadone.

Cette étude a été publiée dans l'une des principales revues, mais je ne me rappelle pas s'il s'agissait du *Canadian Medical Association Journal*, du *Journal of the American Medical*

was one of 30 or 40 studies that were peer-reviewed and published in the world's leading journals.

Senator Joyal: Ms. Ashley, did you want to add to this?

Ms. Ashley: Certainly.

Yes, there have been systematic literature reviews that have pulled information from across the world, globally, that have been peer-reviewed. There has also been research as well in *The Lancet*. For InSite specifically, it has demonstrated increased clinic visits, overdose interventions, referrals made to social and health service agencies, the vast majority for detoxification and addiction treatment. The latest I read about the completion rate at OnSite was 54 per cent, I believe, so it's quite high.

Ms. Thumath: I have the paper by Dr. Wood and several colleagues, so we'll follow up and make sure we get that to the committee.

I can say as a registered nurse who has worked at InSite, there is a common misconception that after someone overdoses we just leave them and send them back out on the street, but in fact I can assure you that we meet with them. We have a clinical room there where we provide full-scope primary care. We have HIV testing, and we make a huge effort to connect that person to care and treatment. A big part of my role is actually accompanying them to detox facilities and even to long-term treatment referrals. We have a staff dedicated to ongoing treatment referral. It's certainly a huge part of our role and of the continuum of registered nurses.

Senator Joyal: What's the percentage of Aboriginal people that might come to your service?

Ms. Thumath: It's quite high, definitely overrepresented, and much larger than the typical British Columbia population. I believe it's in the 60 to 70 per cent range, in the neighbourhood. I don't know if someone wants to correct me. We can follow up.

Senator White: Thanks to all of you for being here. I apologize for being late. My question is about the illegality of the drug being used.

Presently, organized crime is involved in the production or distribution. Drug dealers sell it to addicts on the street, near a safe or supervised consumption site. I was at the facility a couple of weeks ago for a few of days. The challenge, of course, is that we then have people in need of health care using a non-pharmaceutical in a facility.

Association ou du *Lancet*. C'était l'une des 30 ou 40 études qui ont été évaluées par les pairs et publiées dans les principales revues du monde.

Le sénateur Joyal : Madame Ashley, voulez-vous ajouter quelque chose?

Mme Ashley : Certainement.

Oui, il y a eu une recension systématique des écrits évalués par les pairs, ce qui a permis de recueillir des renseignements à l'échelle mondiale. La revue *The Lancet* a également publié une recherche. Pour InSite plus particulièrement, cette étude a révélé une augmentation des visites cliniques, des interventions en cas de surdose, des aiguillages vers des organismes de services sociaux et médicaux et, dans la vaste majorité des cas, c'était pour la désintoxication et le traitement des dépendances. Selon les données les plus récentes dont j'ai connaissance, le taux d'achèvement à OnSite était de 54 p. 100, si je ne me trompe pas; c'est donc assez élevé.

Mme Thumath : J'ai l'article du Dr Wood et de plusieurs collègues; nous ferons un suivi et nous ne manquerons pas de transmettre l'information au comité.

Je peux dire qu'en ma qualité d'infirmière autorisée ayant travaillé à InSite, les gens ont la fausse impression qu'à la suite d'une surdose, la personne est laissée pour compte et renvoyée dans la rue, mais je peux vous assurer que nous faisons un suivi. Nous avons une salle clinique où nous offrons des soins primaires complets. Nous avons des tests de dépistage du VIH, et nous faisons des efforts énormes pour relier la personne à des soins et à des services de traitement. Mon rôle consiste, en bonne partie, à les accompagner à des installations de désintoxication et même à les diriger vers des traitements à long terme. Nous avons un personnel dédié à l'aiguillage continu vers des programmes de traitement. C'est un aspect certes important de notre rôle et du continuum des services offerts par les infirmières autorisées.

Le sénateur Joyal : Quel est le pourcentage d'Autochtones qui pourraient avoir recours à vos services?

Mme Thumath : C'est très élevé; ils sont manifestement surreprésentés par rapport à la population générale de la Colombie-Britannique. Je crois que c'est de l'ordre de 60 à 70 p. 100. Je ne sais pas si quelqu'un veut me corriger. Nous pouvons vérifier l'information.

Le sénateur White : Merci à tous de votre présence. Je vous prie d'excuser mon retard. Ma question porte sur l'illégalité de la drogue qui est utilisée.

À l'heure actuelle, le crime organisé participe à la production ou la distribution. Les trafiquants de drogues vendent le produit aux toxicomanes dans la rue, près d'un site de consommation supervisée. J'ai visité l'installation pendant quelques jours, il y a deux ou trois semaines. Le problème, bien entendu, c'est que nous avons ensuite affaire à des gens qui ont besoin de soins médicaux lorsqu'ils utilisent un produit non pharmaceutique dans une installation.

I know you talked about looking at this. Doctors today could provide opioids at every single health centre in British Columbia if they choose to, and, for the assistant deputy minister: I think they should. In fact, my argument would be they should be offering stimulants as well. We don't need a supervised consumption site to do this. We have six supervised consumption sites in the City of Ottawa for opioids now called methadone clinics. If doctors chose to, they could provide anything they wish in a continuum of care.

Why isn't that happening instead of propagating illegal activity? I'm talking about drug dealers and manufacturers, because that's the problem with this discussion, I think.

Mr. Jang: Thank you for the question. From my perspective, as somebody who teaches at UBC's medical school, it's about some of its physician training.

I know that Dr. Kendall recently released his report looking at the number of physicians who were actually adopting training and getting the appropriate training in order to do exactly as you wish, and the number is modestly increasing. It's really a training issue to some extent.

For us, it's more centred on the patient. The patient is going through withdrawal, and it is painful, so they will do anything and take anything they possibly can, legal or illegal, to alleviate that. That's the other issue that's not talked about here. It's legal or illegal. From the patient's perspective, it's "I have to feel better."

Senator White: I could let everyone answer and I'm sure the answer won't be much different.

Right now, \$4.7 million a month goes into East Hastings in social assistance, and probably half goes to drug dealers. I've seen photos of the lineup of people getting their money from the ATM and handing it to drug dealers, and now they owe for the next month as they continue down this path.

If training is about money, we're already wasting money. We should be focusing on developing a Swiss model and going beyond opioids, because opioids is the thin edge. We know it's also about stimulants. Most people here won't agree with me. I'm at the point now where, honestly, it seems like we're propagating illegal activity, organized crime, drug dealers, and hoping to keep people alive long enough for one more day.

We have a solution for this. The Swiss model has been there for two decades, and nobody is saying, "Let's do that." We don't need a supervised consumption site to do that, doctor.

Je sais que vous avez parlé d'examiner cette situation. De nos jours, les médecins de chaque centre de santé en Colombie-Britannique pourraient offrir des opioïdes, si tel était leur choix, et — je m'adresse au sous-ministre adjoint — je pense qu'ils le devraient. En fait, j'estime qu'ils devraient également fournir des stimulants. Nous n'avons pas besoin d'une consommation supervisée à cette fin. Il y a maintenant six sites de consommation supervisée dans la ville d'Ottawa pour des opioïdes, appelés des cliniques de méthadone. Si les médecins choisissaient de le faire, ils pourraient offrir tout ce qu'ils veulent dans le continuum des soins.

Pourquoi ne fait-on rien en ce sens et pourquoi préfère-t-on propager les activités illégales? Je parle de trafiquants et de fabricants de drogues, parce que c'est là où le bât blesse dans cette discussion, à mon avis.

M. Jang : Merci de la question. De mon point de vue, à titre de professeur à l'école médicale de l'Université de la Colombie-Britannique, je trouve que c'est lié à la formation des médecins.

Je sais que le Dr Kendall a récemment publié un rapport sur le nombre de médecins qui ont adopté ou qui suivent la formation nécessaire pour faire exactement ce que vous préconisez, et leur nombre augmente de façon modeste. C'est vraiment, à certains égards, une question de formation.

Pour nous, les efforts sont plus centrés sur le patient. N'oublions pas que le patient est en sevrage, ce qui est pénible; alors, il fera tout ce qu'il peut et consommera tout ce qui lui passe sous la main, qu'il s'agisse d'une substance légale ou illégale, pour atténuer les douleurs. Voilà l'autre question dont on ne parle pas ici. C'est légal ou illégal. Tout ce que le patient veut, c'est se sentir mieux à tout prix.

Le sénateur White : Je pourrais demander l'avis de tout le monde, et je suis sûr que la réponse ne sera guère différente.

Aujourd'hui, on dépense 4,7 millions de dollars par mois pour l'aide sociale à East Hastings, et probablement la moitié de ce montant va aux trafiquants de drogues. J'ai vu des photos de gens qui attendent leur tour devant un guichet automatique pour retirer de l'argent et le remettre à des trafiquants de drogues; ainsi, lorsqu'on s'engage sur cette voie, on doit déjà de l'argent pour le mois prochain.

Si la formation est une question de financement, alors nous gaspillons déjà de l'argent. Nous devrions nous efforcer de reproduire le modèle suisse pour aller au-delà des opioïdes, car ce n'est là que la pointe de l'iceberg. Nous savons que les stimulants jouent également un rôle. La plupart des gens ici ne seront pas de mon avis. Au point où j'en suis, honnêtement, il me semble que nous ne faisons que perpétuer les activités illégales, le crime organisé, le trafic de drogues, et nous espérons garder les gens en vie une journée à la fois.

Nous avons une solution à ce problème. Le modèle suisse existe depuis deux décennies et, pourtant, personne ne dit : « Faisons la même chose. » Nul besoin d'un site de consommation supervisée pour résoudre le problème, docteur.

My perspective is that we have to stop playing this game of looking for a soft path to success and take the hard path. That's what you should be here selling us on.

It's like "Jeopardy," so I have to put it into a question: Don't you agree?

Mr. Jang: I absolutely, 100 per cent agree with you. In fact, a mayor of Vancouver has asked for that consistently, substitution treatment like the Swiss model, like Portugal. You were at the conference I was just at, and we heard very clearly: Legalize it all and manage it well. We're doing that with cannabis. I completely agree with you. That's the model we need.

Unfortunately, we're seeing a cautious approach by the Ministry of Health sometimes in B.C. for whatever reasons. I won't criticize them. We've used methadone and Suboxone. What about hydromorphone and the other ones? That's exactly what we've been asking for.

Senator White: So that amendment will come forward. I appreciate that, councillor.

Senator Pate: This is not exactly along those lines, but picking up on some of that in terms of arguing for a more comprehensive approach, have you looked at some of the approaches given that you've linked it already to crime rates? I appreciate your response to colleagues.

Have you also looked at the long-term human, social and fiscal cost of the approaches being taken now, including how much more could be saved in terms of human life, social cost and fiscal cost if in fact you took a more radical, progressive approach?

Mr. Jang: Certainly from my perspective, yes. We're starting to collect that data.

Currently, we see the *European Drug Report* released in 2016. We saw countries like Estonia, which had no treatment or anything at all. We have huge rates in Vancouver, whereas in Switzerland and Germany and other places, there is a comprehensive system. Some of my colleagues in Switzerland are reporting rates of people staying in treatment up to 80 per cent because they have a good wraparound service. That's where we need to go. You're absolutely right.

Data sharing is an issue. I don't think anywhere across this country there is as much data sharing currently as there is now between the City of Vancouver, British Columbia Ministry of Health, BC Housing, all trying to get at this question. But we don't have anywhere in this country an early warning system where there's regular testing of anything we get. For example, when somebody dies, we need a full report on why a person died, not just the toxicology but whether they had been in treatment

À mon sens, nous devons cesser de chercher une solution facile et commencer à emprunter un chemin difficile. C'est ce que vous devriez nous encourager à faire.

C'est comme le jeu *Jeopardy*, alors je me dois de poser une question : n'êtes-vous pas d'accord?

M. Jang : Je suis absolument d'accord avec vous. En fait, un des maires de Vancouver demande sans cesse un traitement de substitution comme le modèle suisse ou portugais. Vous étiez à la même conférence que moi, et nous avons entendu un message très clair : légalisez le tout, et gérez bien le dossier. C'est ce que nous faisons dans le cas du cannabis. Je suis tout à fait d'accord avec vous. C'est le modèle dont nous avons besoin.

Malheureusement, le ministère de la Santé en Colombie-Britannique adopte parfois une approche prudente pour une raison quelconque. Je ne vais pas le critiquer. Nous avons appliqué des traitements à la méthadone et au suboxone. Qu'en est-il de l'hydromorphone et des autres substances? C'est exactement ce que nous réclamons.

Le sénateur White : Il y aura donc un amendement. Je vous en suis reconnaissant, monsieur.

La sénatrice Pate : Je vais changer un peu de sujet, car j'aimerais revenir sur certains des arguments en faveur d'une approche plus globale. Avez-vous tenu compte de certaines des approches, étant donné que vous avez déjà lié cela à des taux de criminalité? Je comprends la réponse que vous avez donnée à mes collègues.

Avez-vous également examiné le coût humain, social ou financier à long terme des approches qui sont actuellement adoptées, notamment le nombre de vies humaines qui pourraient être sauvées ou les coûts sociaux et financiers qui pourraient être économisés si vous adoptiez une approche plus radicale et plus progressive?

M. Jang : De mon point de vue, oui, certainement. Nous commençons à recueillir ce genre de données.

Pour le moment, il y a le *Rapport européen sur les drogues*, qui a été publié en 2016. Nous avons vu des pays comme l'Estonie, où il n'y avait aucun traitement ou aucun programme. Les taux sont élevés à Vancouver, contrairement à la Suisse et à l'Allemagne, qui ont instauré un système global. Certains de mes collègues en Suisse affirment que jusqu'à 80 p. 100 des gens poursuivent leur traitement, parce qu'ils ont accès à de bons services intégrés. Voilà ce que nous devons faire. Vous avez tout à fait raison.

L'échange de données est un problème. Je crois qu'il n'y a pas d'égal ailleurs au pays lorsqu'on voit l'échange de données entre la Ville de Vancouver, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et BC Housing, qui s'efforcent tous de répondre à cette question. Toutefois, nous n'avons pas au Canada un système d'avertissement rapide qui permet de vérifier régulièrement les données que nous compilons. Par exemple, lorsqu'une personne perd la vie, nous avons besoin d'un rapport sur la raison du décès

before. What other treatment had they been in before? We need to actually see where people are falling down in our system, and we just don't have that yet. But I completely agree with you.

Ms. Thumath: Thank you for the question. We've been speaking about supervised consumption and its role in preventing overdose, but another area is hepatitis C and HIV. We know that each HIV injection costs between \$200,000 and \$300,000 per person for their lifetime. That's certainly something that was pointed out in the InSite evidence, that we've been able to avert HIV and hepatitis C infections.

I would point you to the evidence around the Crosstown Clinic, which we'd be happy to provide. It was previously known as the NAOMI and the SALOME trial, so that might get at the senator's comment around prescription heroin.

Senator Omidvar: Thank you all for joining us.

I want to ask Dr. Kerry Jang a question about cooperation and collaboration across the country with local departments of health on this matter. We've heard you talk a lot about the federal government, about provincial governments, but I know these services are administered locally and there is variation from locality to locality.

Can you describe how you work with the City of Toronto, the City of Ottawa and other jurisdictions to keep each other abreast on things that work and things that may not work?

Mr. Jang: Thank you very much for the question. We have extensive staff contacts with our colleagues around the country. Vancouver Coastal Health is our main contact, and they have staff that also talk to other jurisdictions. We get regular calls from city councillors, mayors, provincial health officers and from across the country asking what's happening. We even had New York City recently reach out to us because they're experiencing fentanyl now. Some of the plans they have adopted are right out of the experiences of Vancouver.

The big city mayors have also created a caucus at the Canadian Federation of Municipalities, and they're calling for exactly what Senator White was talking about, looking at those types of things.

You're going to hear a unified voice from across the country, I think, within the next month. I know they're working on that now.

au lieu d'un simple rapport de toxicologie; nous devons savoir si la personne a déjà reçu un traitement. Quels autres traitements a-t-elle suivis auparavant? Nous devons déterminer à quelle étape du système les gens finissent par décrocher. Nous n'avons pas encore ces renseignements. En tout cas, je suis tout à fait d'accord avec vous.

Mme Thumath : Merci de la question. Nous avons parlé de la consommation supervisée et de son rôle dans la prévention des surdoses, mais il y a un autre aspect : l'hépatite C et le VIH. Nous savons que chaque infection par le VIH coûte entre 200 000 \$ et 300 000 \$ tout au long de la vie d'une personne. En tout cas, les données probantes d'InSite montrent que nous avons pu prévenir les infections par le VIH et le virus de l'hépatite C.

Je vous invite d'ailleurs à examiner les données probantes concernant la clinique Crosstown, et nous serons heureux de vous faire parvenir l'information. Cela s'appelait auparavant l'essai NAOMI et SALOME. Voilà donc une piste de réponse possible à l'observation faite par le sénateur concernant l'héroïne d'ordonnance.

La sénatrice Omidvar : Merci à vous tous d'être des nôtres.

J'aimerais poser à M. Kerry Jang une question sur la coopération et la collaboration, à l'échelle du pays, avec les ministères locaux de la Santé dans ce dossier. Nous vous avons beaucoup entendu parler des gouvernements fédéral et provinciaux, mais je sais que ces services sont administrés au niveau local et qu'il existe des variantes d'une localité à l'autre.

Pouvez-vous décrire comment vous collaborez avec la Ville de Toronto, la Ville d'Ottawa et d'autres administrations pour vous tenir mutuellement au courant de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas?

M. Jang : Merci beaucoup de me poser la question. Les membres de notre personnel communiquent fréquemment avec leurs collègues de tout le pays. Notre principal point de contact constitue la régie de santé Vancouver Coastal Health, dont les employés communiquent également avec d'autres administrations. Nous recevons régulièrement des appels de la part de conseillers municipaux, de maires, d'administrateurs de santé provinciaux et d'autres intervenants d'un bout à l'autre du pays, qui veulent savoir ce qui se passe. Par ailleurs, des représentants de la Ville de New York se sont récemment mis en rapport avec nous parce qu'ils font face à un problème de fentanyl. Certains des plans qu'ils ont adoptés s'inspirent directement de l'expérience de Vancouver.

Les maires des grandes villes ont également créé un caucus au sein de la Fédération canadienne des municipalités, et ils réclament exactement le genre de mesures dont le sénateur White a parlé.

Vous entendrez donc une voix unifiée dans l'ensemble du pays, je crois, d'ici un mois. Je sais qu'ils y travaillent en ce moment.

Senator Jaffer: Dr. Kendall, this bill requires consultation, and I'm wondering how much consultation you had with the federal government to produce this bill. What is your consultation like on an ongoing basis with the federal government on this very difficult issue?

Dr. Kendall: The health minister and I wrote separately, along with numbers of other people, to the Honourable Jane Philpott, asking that Bill C-2 be either repealed or substantially changed to facilitate the process of requesting an exemption from the Controlled Drugs and Substances Act. There was a fair amount of consultation there.

In British Columbia, it depends on the region. It was very simple. There was not very much consultation required to get a number of other exemptions within the City of Vancouver, because people were accustomed to that. In Victoria, the city had been talking about this for years, so the amount of consultation that was required there had actually been happening over the last five years. In other areas of British Columbia, because some regions were not so socialized to the idea, the consultations were longer and a little more complex. It really does vary on the nature of the community that you're working in.

Senator Boniface: My question is for Dr. Kendall.

The sponsor of our bill, Senator Campbell, mentioned earlier this week concern for smaller communities, smaller cities. We've heard a lot about Vancouver and I think many of us are familiar with it, but I'm interested in what you're seeing in other parts of British Columbia in terms of the problem and how you see this bill being part of the solution.

Dr. Kendall: Looking at our overdose fatality numbers, they are basically the same, and high in every region of British Columbia. No region of B.C. has been spared from this issue.

We have tended to focus on those areas where the numbers are sufficiently high that you would actually have a client population coming in. Most of the sites that are proposed would be built in existing clinics that already are serving people who have these problems or HIV, hepatitis C, homelessness or street-oriented people.

We are one of only two places in Canada that is also proposing a mobile supervised consumption site, which can travel between more isolated communities and serve the people where they are.

[Translation]

Senator Boisvenu: You talked about evaluation programs. Are the evaluations conducted internally or by a company or organization that is not involved in the project?

La sénatrice Jaffer : Docteur Kendall, ce projet de loi exige des consultations, et je me demande dans quelle mesure le gouvernement fédéral vous a consultés pour produire le projet de loi. En quoi consistent vos consultations régulières avec le gouvernement fédéral sur cette question très difficile?

Dr Kendall : Le ministre de la Santé et moi-même avons écrit séparément, à l'instar de plusieurs autres personnes, à l'honorable Jane Philpott, pour demander que le projet de loi C-2 soit abrogé ou considérablement modifié afin de faciliter le processus de demande d'exemption aux termes de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances. Il y a eu pas mal de consultations à ce sujet.

En Colombie-Britannique, cela dépend de la région. C'était très simple. On n'a pas dû tenir beaucoup de consultations pour obtenir d'autres exemptions dans la ville de Vancouver, parce que les gens y sont habitués. À Victoria, on avait parlé de cette question pendant des années; par conséquent, les consultations requises là-bas se déroulaient déjà depuis cinq ans. Dans d'autres régions de la Colombie-Britannique, où les habitants n'étaient pas trop sensibilisés à l'idée, les consultations ont été plus longues et plus complexes. Cela varie vraiment de la nature de la collectivité où l'on travaille.

La sénatrice Boniface : Ma question s'adresse au Dr Kendall.

Le parrain de notre projet de loi, le sénateur Campbell, a fait part, plus tôt cette semaine, d'une préoccupation au sujet des petites collectivités et des petites villes. Nous avons beaucoup entendu parler de Vancouver, et je pense que bon nombre d'entre nous connaissent bien cet exemple, mais j'aimerais savoir ce que vous observez dans d'autres régions de la Colombie-Britannique en ce qui concerne l'ampleur du problème et la façon dont, selon vous, le projet de loi contribuera à la solution.

Dr Kendall : Si on compare le nombre de décès attribuables à une surdose, les résultats sont essentiellement les mêmes, et les chiffres sont élevés dans chaque région de la Colombie-Britannique. Aucune région de la Colombie-Britannique n'est épargnée de ce fléau.

Nous avons tendance à nous concentrer sur les régions qui affichent des chiffres suffisamment élevés pour qu'il y ait une clientèle. La plupart des sites qui sont proposés seront situés dans des cliniques qui offrent déjà des services à des gens aux prises avec ces problèmes, que ce soit le VIH, l'hépatite C, l'itinérance ou les activités de rue.

Notre centre est l'un des deux seuls endroits au Canada qui proposent également un site de consommation supervisée mobile, lequel peut se déplacer vers les collectivités plus éloignées et servir les gens là où ils se trouvent.

[Français]

Le sénateur Boisvenu : Vous avez parlé de programmes d'évaluation. Est-ce qu'ils sont menés à l'interne ou par une entreprise ou une organisation externe au projet?

[English]

Ms. Thumath: It's external academics that are subject to ethical review. They publish in peer-reviewed scientific journals, which are reviewed by external peers from other countries.

[Translation]

Senator Boisvenu: So it's not an external organization. We are talking about students or people —

[English]

Ms. Thumath: It's not internal; it's external. There are several colleagues around the world who participated in the research. It's external. I'm happy to share the research summary.

Senator White: Dr. Jang, would you recommend that we bring forward an amendment stating that first and foremost people must be offered replacement drugs if they enter a supervised consumption site?

Mr. Jang: Offered, yes.

[Translation]

Senator Dupuis: Did your consultations with other Canadian cities or other provincial departments give you the impression that people agree with the way you are evaluating the problem on a continuum? In other words, is Vancouver, or British Columbia, at the forefront of addressing this public health crisis? Do you feel that your concerns are shared by people from other provinces and other Canadian cities?

[English]

Mr. Jang: I wouldn't consider Vancouver's approach avant-garde. It's simply good public health. My colleagues in Calgary had over 100 deaths last year, and New York City is adopting what we're doing. It's plain, simple, good public health policy.

The Chair: Thank you, witnesses, for being here today. It's very helpful for the committee in their deliberations.

Joining us for our second hour, from the Canadian Drug Policy Coalition, Donald MacPherson, Executive Director of that organization; and from the British Columbia Centre on Substance Use, Kenneth Tupper, Director of Implementation and Partnerships, who is joining us via video conference from Vancouver.

If you're looking at your agenda, you'll notice one of our witnesses has yet to arrive. If he does arrive during our deliberations, I'll introduce him at that time.

[Traduction]

Mme Thumath : Ce sont les universitaires externes qui font l'objet d'un examen déontologique. Ils publient des articles dans des revues scientifiques avec comité de lecture, qui sont évaluées par des pairs externes d'autres pays.

[Français]

Le sénateur Boisvenu : Donc, ce n'est pas une organisation externe. Ce sont des étudiants ou des gens...

[Traduction]

Mme Thumath : Ce n'est pas interne; c'est externe. Plusieurs collègues du monde entier ont participé à la recherche. C'est donc externe. Je me ferai un plaisir de vous remettre le sommaire de la recherche.

Le sénateur White : Monsieur Jang, nous recommanderiez-vous de présenter un amendement de sorte que les clients de sites de consommation supervisée se voient offrir, d'abord et avant tout, des médicaments de remplacement?

M. Jang : Offrir, oui.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Dans le cadre des consultations que vous avez tenues avec d'autres villes canadiennes ou d'autres ministères provinciaux, avez-vous l'impression que les gens sont d'accord avec la façon dont vous évaluez le problème sur un continuum? Autrement dit, est-ce que Vancouver, ou la Colombie-Britannique, se situent à l'avant-garde d'une réponse à cette crise de santé publique? Ou encore, avez-vous l'impression que vos préoccupations sont partagées par les gens des autres provinces et des autres villes canadiennes?

[Traduction]

M. Jang : Je ne considère pas que l'approche de Vancouver se situe à l'avant-garde. C'est tout simplement une bonne mesure de santé publique. Mes collègues à Calgary ont enregistré plus de 100 décès l'année dernière, et la Ville de New York en est à reproduire notre modèle. C'est une bonne politique de santé publique, point à la ligne.

Le président : Merci, chers témoins, d'avoir été des nôtres aujourd'hui. Vos témoignages sont très utiles pour le comité dans le cadre de ses délibérations.

Pour la deuxième heure, nous recevons Donald MacPherson, directeur général de la Coalition canadienne des politiques sur les drogues, et Kenneth Tupper, directeur de l'implantation et des partenariats au sein du British Columbia Centre on Substance Use, qui se joint à nous par vidéoconférence depuis Vancouver.

Comme vous pouvez le remarquer d'après l'avis de convocation, un de nos témoins n'est pas encore arrivé. S'il se présente durant nos discussions, je vous le présenterai à ce moment-là.

Thank you for being with us. Mr. MacPherson, perhaps I can ask you to begin with opening statements, sir.

Donald MacPherson, Executive Director, Canadian Drug Policy Coalition: I appreciate it. You have my brief and I've prepared a short opening statement.

In the midst of Canada's worst drug overdose crisis in our history, the Canadian Drug Policy Coalition, representing over 70 organizations advocating for evidence-based drug policies, welcomes the government's introduction of Bill C-37. We agree with and support in whole the submissions and recommendations that you have, made by our colleagues at the Canadian HIV/AIDS Legal Network, the Pivot Legal Aid Society and the Canadian Nurses Association, that call for amendments to the bill that would empower provincial health officers to respond quickly and issue exemptions under the act and also further reduce the criteria needed for application for an exemption.

Drug use and drug addiction are both public health concerns first and foremost. Globally, despite a monumental effort and an estimated \$100 billion per year for tackling drug use, the number of adults using drugs increased almost 20 per cent between 2006 and 2013, to roughly 246 million. Clearly, harsh and prohibitive criminal laws are not deterrents to drug use.

The Canadian Drug Policy Coalition supports drug policies based on evidence. We know with certainty that the current overdose crisis is primarily a result of the consumption of adulterated street drugs of unknown quality and potency. The increase of both fentanyl and carfentanil in samples of heroin purchased on the streets was a death sentence to hundreds of people within Canada this past year.

There is a strong and persuasive case to be made for legal regulation of all drugs. Canada is already a global pioneer in committing to regulate cannabis by summer 2018. This is a significant change in direction and is well-supported by evidence.

However, the relative safety of cannabis compared to other drugs does not make the case that cannabis should be an exception but, rather, highlights the necessity of bringing more harmful substances under government control, in addition to cannabis.

Like the current situation with cannabis, markets for other illegal drugs have also existed for many years and will continue to exist in the absence of strict regulatory oversight and market management.

Merci de votre présence parmi nous. Monsieur MacPherson, je vais peut-être vous demander de commencer à nous faire votre exposé.

Donald MacPherson, directeur général, Coalition canadienne des politiques sur les drogues : Je vous en suis reconnaissant. Vous avez mon mémoire, et j'ai préparé une courte déclaration préliminaire.

En plein cœur de la pire crise de surdoses de drogues de toute l'histoire canadienne, la Coalition canadienne des politiques sur les drogues, qui représente 70 organismes faisant valoir la nécessité de politiques sur les drogues qui soient fondées sur des données probantes, se réjouit du dépôt du projet de loi C-37. Nous appuyons entièrement les mémoires et recommandations qu'ont présentés nos collègues du Réseau juridique canadien VIH-sida, de la Pivot Legal Aid Society ainsi que de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, qui demandent des modifications au projet de loi afin de faire en sorte que les administrateurs de santé provinciaux puissent agir rapidement et accorder des exemptions en vertu de la loi et afin de réduire davantage les critères imposés pour la demande d'exemption.

La consommation de drogues et les dépendances aux drogues sont toutes deux des préoccupations de santé publique, d'abord et avant tout. À l'échelle mondiale, en dépit d'un effort monumental, à coup d'environ 100 milliards de dollars par année pour la lutte contre la consommation de drogues, le nombre d'adultes consommant des drogues a augmenté de près de 20 p. 100 entre 2006 et 2013, ce qui représente approximativement 246 millions de dollars. De toute évidence, des lois criminelles prohibitives ne sont pas un moyen efficace de dissuasion contre la consommation de drogues.

La Coalition canadienne des politiques sur les drogues est en faveur de politiques fondées sur des données probantes. Nous savons avec certitude que la crise actuelle des surdoses résulte principalement de la consommation de drogues de la rue qui sont adultérées et de qualité et concentration inconnues. L'augmentation de la présence de fentanyl et de carfentanil dans les échantillons d'héroïne achetés dans la rue a été une peine de mort pour des centaines de personnes au cours de la dernière année, au Canada.

Des arguments solides et convaincants appuient la réglementation légale de toutes les drogues. Le Canada est déjà un pionnier mondial par son engagement à réglementer le cannabis d'ici l'été 2018. Cet important changement d'orientation est bien appuyé par les preuves.

Toutefois, la relative innocuité du cannabis par rapport à celle d'autres drogues n'indique pas que l'on devrait en faire une exception; elle signale plutôt la nécessité de placer des substances plus néfastes sous contrôle gouvernemental.

Comme dans la situation actuelle pour le cannabis, il existe depuis plusieurs années des marchés d'autres drogues illégales, et ils continueront d'exister s'il n'y a pas de supervision réglementaire stricte et de gestion du marché.

Our goal should be to ensure that drugs that people are choosing to use are produced, distributed and consumed in the safest manner possible under government control rather than the control of organized criminal groups. Our efforts and resources could then be fully targeted at health services, including treatment and recovery supports for those people who develop substance use disorders.

Decades of evidence, including two controlled studies in Canada, makes the strongest case for legal access across Canada to prescription heroin and other opioids in a supervised, supportive and controlled environment. Heroin- or opioid-assisted treatment has been proven to be not only effective but also cost-effective, reducing health costs and loss of productivity. We call for a commitment from the federal and provincial governments that this life-saving treatment will be scaled up dramatically across the country.

Lest you think these calls for change are new, I would remind the committee that in 1994, B.C. Chief Coroner Vince Cain recommended in his *Report of the Task Force into Illicit Narcotic Overdose Deaths in British Columbia* — yes, we've been here before — that a commission be struck to consider options for Canada towards legalization of drugs, and Cain went on to recommend decriminalization of all drugs for possession and personal use.

In 2011 the Health Officer's Council of British Columbia, in their policy paper, *Public Health Perspectives for Regulating Psychoactive Substances*, recommended that public health-oriented regulation has much potential to reduce the health, social and fiscal harms associated with all psychoactive substances.

In 2015, the Canadian Public Health Association, in their public policy paper, *A New Approach to Managing Illegal Psychoactive Substances in Canada*, supported the development of public health approaches for addressing the needs of people who use illegal psychoactive substances, while recognizing the requirement for a public health-oriented regulatory framework for the production, manufacture, distribution and sale of these products.

Most recently, public health officials in British Columbia, including Patricia Daly, Chief Medical Health Officer, Vancouver Coastal Health, have called for regulation of currently illegal psychoactive substances:

Most public health physicians believe that the best way to decrease the harms associated with any psychoactive substance — whether it's illegal drugs like heroin, cocaine, marijuana or alcohol, tobacco, or even prescription drugs —

Notre but devrait être de faire en sorte que les drogues que les personnes choisissent de consommer soient produites, distribuées et consommées des manières les plus sécuritaires possible sous le contrôle du gouvernement plutôt que sous le contrôle des groupes du crime organisé. Nous pourrions alors concentrer pleinement nos efforts et ressources sur les services de santé, y compris les traitements et les mesures de rétablissement destinés aux personnes qui se retrouvent avec des troubles liés à l'utilisation de substances.

Des décennies de preuves, y compris deux essais contrôlés au Canada, ont exposé les arguments les plus solides à l'appui de l'accès légal, à la grandeur du pays, à de l'héroïne sur ordonnance et à d'autres opioïdes dans un cadre supervisé, favorable et contrôlé. Le traitement à l'héroïne ou aux opioïdes a été démontré comme étant non seulement efficace, mais également rentable, réduisant les coûts de santé et la perte de productivité. Nous demandons aux gouvernements fédéral et provinciaux de s'engager à faire une mise à l'échelle considérable de ce traitement salvateur partout au pays.

Si vous croyez que ces appels au changement sont nouveaux, permettez-moi de rappeler au comité qu'en 1994, le coroner en chef de la Colombie-Britannique, Vince Cain, avait recommandé dans son *Rapport sur le Groupe de travail concernant les décès par surdose de stupéfiants illicites en Colombie-Britannique* — oui, nous avons déjà été dans la même situation — qu'une commission soit créée afin d'envisager des options pour la légalisation des drogues au Canada; M. Cain préconisait la décriminalisation de la possession et de l'utilisation de toutes les drogues à des fins personnelles.

En 2011, dans son document de politiques « Public Health Perspectives for Regulating Psychoactive Substances », le Conseil des médecins hygiénistes de la Colombie-Britannique a indiqué que des règlements axés sur la santé publique étaient fort susceptibles de réduire les méfaits de santé, sociaux et fiscaux associés à toutes les substances psychoactives.

En 2015, dans son document de politiques publiques intitulé « Nouvelle démarche de gestion des substances psychotropes illégales au Canada », l'Association canadienne de santé publique a prôné « l'élaboration de démarches de santé publique pour le traitement des besoins des personnes qui consomment des substances psychotropes illégales tout en reconnaissant qu'il est nécessaire d'avoir un cadre réglementaire orienté sur la santé publique pour la production, la fabrication, la distribution et la vente de ces produits ».

Plus récemment, des responsables de la santé publique de la Colombie-Britannique, dont Patricia Daly, médecin hygiéniste en chef, Vancouver Coastal Health, ont demandé la réglementation des substances psychoactives illégales :

La plupart des médecins de santé publique considèrent que la meilleure façon de réduire les méfaits associés à toute substance psychoactive — que ce soit une drogue illégale comme l'héroïne, la cocaïne ou la marijuana; l'alcool ou le

is they should be all legal but very strictly regulated.

In closing, facilitating the opening of supervised consumption sites across Canada is a much-needed and long overdue start to addressing the overdose crisis. But it addresses only a small part of the problem with the flourishing illicit and uncontrolled market for drugs. There is a strong consensus that it's time to adopt a public health approach to drugs, and to that end we recommend that the federal government initiate a serious conversation about legal regulation and control of drugs within Canada.

The Chair: Thank you.

Mr. Tupper, the floor is yours.

Kenneth Tupper, Director of Implementation and Partnerships, British Columbia Centre on Substance Use: Thank you for the opportunity to speak to this committee. I'm presenting in my role as Director of Implementation and Partnerships at the B.C. Centre on Substance Use. However, my knowledge on this topic is informed by my previous employment as Director, Problematic Substance Use Prevention, in the Population and Public Health Division of the British Columbia Ministry of Health, a position I held for 14 years from April 2003 to February 2017. During my time at the ministry, I led the development harm reduction policies, which have been supported politically by the British Columbia provincial government.

The Chair: Could you slow down, Mr. Tupper, for interpretation purposes? I'm still going to keep you to the five minutes.

Mr. Tupper: The federal government's Bill C-37, introduced as part of the New Canadian Drugs and Substances Strategy, is a welcome shift towards a public health approach to substance use and addiction issues in Canada. I would like to comment specifically on two important public health interventions that may be supported by its passage, both of which are likely to have important impacts in reducing drug overdose deaths, which have been a public health emergency in B.C. over the past year.

In particular I want to speak to amendments to section 56 of the CDSA, which gives the federal health minister the power to authorize exemptions for activities involving substances procured outside the legal pharmaceutical supply chain, i.e. obtained in a manner not authorized under this act.

tabac; ou encore les médicaments d'ordonnance — serait de les légaliser toutes, mais en les réglementant de manière très stricte.

En terminant, faciliter l'ouverture de services de consommation supervisée à travers le Canada est un premier pas longuement attendu et primordial en réponse à la crise de surdoses. Mais il ne répond qu'à une mince part des problèmes que soulève le marché florissant et incontrôlé des drogues illicites. Un solide consensus se développe : le temps est venu d'adopter une approche de santé publique en matière de drogues. Pour ce faire, nous recommandons au gouvernement fédéral d'amorcer une conversation sérieuse sur la réglementation légale des drogues au Canada.

Le président : Merci.

Monsieur Tupper, la parole est à vous.

Kenneth Tupper, directeur de l'implantation et des partenariats, British Columbia Centre on Substance Use : Merci de me donner l'occasion de m'adresser au comité. Je vous parle en ma qualité de directeur de l'implantation et des partenariats au British Columbia Centre on Substance Use. Cependant, j'ai acquis mes connaissances à ce sujet lorsque j'étais directeur de la prévention de la consommation problématique de substances, au sein de la Division de la santé de la population et de la santé publique du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, poste que j'ai occupé d'avril 2003 à février 2017. Pendant mes 14 années au ministère, j'ai été responsable de l'élaboration des politiques de réduction des méfaits, qui ont bénéficié du soutien politique du gouvernement provincial de la Colombie-Britannique.

Le président : Pourriez-vous ralentir pour les interprètes, monsieur Tupper? Je vais quand même vous donner cinq minutes.

M. Tupper : Le projet de loi C-37 du gouvernement fédéral, présenté dans le cadre de la nouvelle stratégie canadienne sur les drogues et autres substances, est une réorientation positive vers une approche axée sur la santé publique à l'égard des questions de consommation et de dépendance au Canada. J'aimerais m'arrêter à deux interventions importantes en matière de santé publique que l'adoption de ce projet de loi pourrait favoriser, interventions susceptibles d'avoir des répercussions importantes sur la réduction des décès par surdose de drogue, lesquels ont été une urgence au plan de la santé publique en Colombie-Britannique au cours de la dernière année.

J'aimerais notamment parler des modifications à l'article 56 de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, qui habilite le ministre fédéral de la Santé à autoriser des exemptions dans le cas d'activités relatives aux substances obtenues à l'extérieur de la chaîne d'approvisionnement légale en produits pharmaceutiques, c'est-à-dire les substances obtenues d'une façon qui ne soit pas autorisée par cette loi.

One of my files at the Ministry of Health was policy development for supervised consumption services which, for the past 14 years, have been offered at InSite and the Dr. Peter Centre, Vancouver's two such services.

When InSite was opened in 2003, there was considerable debate in the local community about its merits. However, the scientific research evaluations that were conducted for the next several years corroborated evidence from a range of European countries that supervised consumption services reduce overdose deaths, risk behaviors that had led to blood-borne pathogen transmission, reduce public disorder and inappropriately discarded injection-related litter. At the same time, they function as a point of contact for primary health care and mental health and addiction services, and they do not increase crime or have other negative community impacts. Economically speaking, they are very cost-effective public health interventions, saving money and saving lives. For these reasons, many local opponents to InSite became some of its biggest supporters after it got up and running.

As you know, the previous federal government was not receptive to the scientific evidence on harm reduction, and after losing a Supreme Court of Canada case that recognized the health benefits of supervised consumption services, it put in place legislation that superficially complied with the ruling, but in practice made it extremely difficult for provinces and territories to expand these services.

Bill C-37 is a welcome change to more easily allow for health authorities to apply for exemptions for supervised consumption services. However, it could go further still. Ideally, there would be development of responsibility to PTs on a decision about whether or where to establish supervised consumption services in the context of a public health emergency. Broadly, I believe the establishment of these kinds of health services should be a provincial health and public safety matter and should no more involve the federal government in the decisions about where to locate immunization clinics during a communicable disease outbreak.

The other intervention that could help address the opioid overdose crisis in British Columbia and other parts of Canada is something that section 56 exemptions could potentially allow for: street drug testing or drug checking. However, this is not a service that would necessarily, or even ideally, be located at a supervised consumption service as specified by the section 56 amendment. Drug checking refers to a harm reduction service that allows for people to submit samples of street-acquired drugs to have them chemically analyzed and receive information about the results of

Un de mes dossiers au ministère de la Santé était celui de l'élaboration de politiques en matière de services de consommation supervisés qui ont été offerts, au cours des 14 dernières années, au centre d'injection InSite et au Dr. Peter Centre, deux services du genre à Vancouver.

Lorsque le centre d'injection InSite a ouvert ses portes en 2003, ses mérites ont fait l'objet d'un débat important dans la collectivité. Cependant, les évaluations scientifiques qui ont été menées au cours des années qui ont suivi ont corroboré les observations d'une gamme de pays européens selon lesquelles les services de consommation supervisée réduisent le nombre de décès par surdose de drogue, les comportements risqués à l'origine de la transmission de pathogènes à diffusion hémotogène, le désordre public et les déchets liés aux injections jetés de manière inadéquate. Parallèlement, ils font office de carrefour pour les services de soins de santé primaires et les services de santé mentale et de toxicomanie, et ils n'augmentent pas le taux de criminalité et n'ont aucune autre incidence négative sur la collectivité. Au plan économique, ce sont des interventions de santé publique ayant un bon rapport coût-efficacité qui permettent d'économiser de l'argent et de sauver des vies. En conséquence, nombre des opposants locaux au centre d'injection InSite sont devenus ses plus grands partisans après son entrée en opération.

Comme vous le savez, le gouvernement fédéral précédent n'était pas aussi ouvert aux preuves scientifiques sur la réduction des méfaits que le gouvernement actuel et, après que la Cour suprême du Canada a reconnu les bienfaits sur la santé des services de consommation supervisée, il a adopté une mesure législative qui se conformait de façon superficielle à la décision, mais qui, en pratique, faisait en sorte qu'il soit extrêmement difficile pour les provinces et les territoires d'élargir ces services.

Le projet de loi C-37 représente un changement positif qui permettra aux administrations sanitaires de plus facilement demander des exemptions pour les services de consommation supervisée. Cependant, il pourrait aller encore plus loin. Idéalement, il laisserait aux provinces et aux territoires la responsabilité de déterminer s'ils souhaitent mettre en place des services de consommation supervisée dans le contexte d'une urgence de santé publique et à quel endroit. En général, je crois que l'établissement de pareils services de santé devrait être une question de santé et de sécurité publique provinciale, et que le gouvernement fédéral ne devrait pas plus participer aux décisions qui s'y rapportent qu'il participe aux décisions pour déterminer l'emplacement des cliniques de vaccination pendant l'éclosion d'une maladie transmissible.

L'autre intervention qui pourrait contribuer à résoudre la crise de surdoses d'opioïdes en Colombie-Britannique et d'autres parties du Canada est quelque chose que les exemptions prévues à l'article 56 pourraient permettre : l'analyse des drogues clandestines ou le contrôle des drogues. Cependant, ce ne serait pas un service qui serait nécessairement, ou même idéalement, offert dans un centre de consommation supervisée tel qu'il est précisé dans la modification à l'article 56. Le contrôle des drogues renvoie à un service de réduction des méfaits qui permet aux gens

the test. Drug checking has both a harm reduction benefit, in as much as it allows for more informed decision making by individuals, and public health surveillance benefits that allow authorities to monitor the illegal drug market.

Drug checking services originally emerged in the nightlife and dance festival community in response to deaths from contaminated ecstasy and are now available as a public health service in a number of European countries. As you can imagine, in the context of fentanyl adulteration and the illegal opioid market, there is potential to save lives if people can have drugs checked to determine what is in them. However, these should not be limited only to patrons of supervised consumption services but more broadly accessible to consumers who may seek ways to submit samples by mail or anonymously at community-based drop-off depots.

In Canada, drug checking interventions are currently limited by potential application of the Controlled Drugs and Substances Act, which prevents provincial laboratories or public health clinics from accepting samples of controlled substances for drug checking purposes.

I urge you to consider whether the proposed amendment to section 56 is adequate to allow for provinces and territories to establish drug checking as a public health service. It can be important of the continuum of harm reduction responses to illegal drug use, especially in the context of the current opioid overdose crisis.

The Chair: We will have to leave it there, Mr. Tupper.

We will begin with questions from Senator White.

Senator White: Mr. MacPherson, in relation to your comments around replacement drug therapy, I have looked at the Swiss model and the Netherlands model. I'm wondering why you're not suggesting that we come forward with an amendment that for anyone entering a supervised consumption site with drugs, they be replaced with pharmaceutical grade, in an effort to move to the Swiss model, which is people showing up without any. So there's none of the illegality and organized crime in the background in Switzerland that we're seeing in Canada.

Mr. MacPherson: That would be an excellent amendment and a step forward to getting people a cleaner drug supply.

de soumettre des échantillons de drogues clandestines pour que leur composition chimique soit analysée et de connaître les résultats des analyses. Le contrôle des drogues offre un avantage tant pour ce qui est de la réduction des méfaits, dans la mesure où il permet aux gens de prendre des décisions plus éclairées, qu'au plan de la santé publique, car il donne aux autorités la possibilité d'assurer une surveillance du marché des drogues illicites.

Les services de contrôle des drogues ont d'abord vu le jour dans la communauté des noctambules et des festivals de danse par suite des décès attribuables à de l'ecstasy contaminée et ils sont maintenant offerts comme service de santé publique dans un certain nombre de pays européens. Comme vous pouvez l'imaginer, dans le contexte de la falsification du fentanyl et du marché des opioïdes illégaux, il est possible de sauver des vies si les gens ont la possibilité de faire vérifier leurs drogues pour déterminer ce qu'elles contiennent. Cependant, ces services ne devraient pas être offerts qu'aux clients des services de consommation supervisée, mais être plus généralement accessibles aux consommateurs qui pourraient chercher à présenter des échantillons par la poste ou de façon anonyme à des points de dépôts communautaires.

Au Canada, les interventions de contrôle des drogues sont actuellement limitées par l'application potentielle de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, qui empêche les laboratoires provinciaux ou les cliniques de santé publique d'accepter des échantillons de substances contrôlées aux fins de contrôle.

Je vous conseille vivement de vérifier si la modification que l'on propose d'apporter à l'article 56 convient pour permettre aux provinces et aux territoires d'offrir des contrôles de drogues comme service de santé publique. Cette démarche peut être importante dans le continuum des interventions en matière de réduction des méfaits causés par les drogues illicites, surtout dans le contexte de la crise actuelle de surdoses d'opioïdes.

Le président : Nous allons devoir nous arrêter ici, monsieur Tupper.

Le sénateur White sera le premier à poser des questions.

Le sénateur White : Monsieur MacPherson, en ce qui concerne votre commentaire concernant la pharmacothérapie de substitution, j'ai pris les modèles suisse et néerlandais. Je me demande pourquoi vous ne suggérez pas que nous rédigeons un amendement prévoyant que lorsqu'une personne entre dans un site de consommation supervisée avec des drogues, celles-ci soient remplacées par des médicaments de qualité pharmaceutique afin de nous orienter vers le modèle suisse, dans lequel les gens se présentent sans drogue. En conséquence, dans ce pays, les démarches ne se font pas dans l'illégalité avec le crime organisé en arrière-plan comme au Canada.

M. MacPherson : Ce serait un excellent amendement et un pas en avant pour faire en sorte que les gens aient accès à un approvisionnement en drogues qui soit plus sain.

Senator Joyal: My question might be related to putting the cart in front of the ox. If cannabis is legalized, do you think it would have an impact on the people who are addicted and they would find confirmation that it is okay to take a drug?

Mr. MacPherson: Will legalization increase use? It's hard to argue that cannabis legalization could increase use because we have one of the highest prevalence rates in the world. I think the argument for legalization of cannabis is that we failed at controlling the situation, the market, so let's try some public health regulatory levers, see where we get, and evaluate those. Right now, I think there is a sense that it's totally an uncontrolled situation.

Regulation, that's the experiment. We are entering into that territory so we can learn what kinds of regulatory levers work best in reducing cannabis use, reducing harms from cannabis use, and we have to separate cannabis use from the harms of use. I think we will be in a much better position to do that with a regulatory framework in place.

Mr. Tupper: I would point out that control of tobacco is one of the biggest public health success stories over the past 40 years. We have managed to achieve results in reducing both use and harms without criminalizing the people who use or the people who manufacture and distribute. There are excellent examples in the public health world of how to use regulatory levers, which were mentioned, and apply them to other drugs.

Senator Joyal: Your approach is essentially to establish parameters to make sure that we control the situation. I was almost going to use the word phenomenon. We have to control the situation that is there. We've tried to fight it, and we have to continue to fight organized crime selling drugs; there is no question. But how do we manage our social services and health services in order to make sure that if we want a comprehensive approach, we are hitting the right buttons?

My own reflection is that this bill would have a major impact to alleviate social problems, if its philosophy — that is, its five principles — is well understood and implemented. It seems to me that if we are to implement it, somebody has to have an overall responsibility to supervise that. We can't just let it go because as we heard from previous witnesses, there has to be follow-up and scientific evaluation. Somebody has to be there with real data, with peer reviews and so forth. I wonder if the way we approach it is taking into account everything we should have on the radar if we are going to be effective in our policies.

Le sénateur Joyal : Ma question pourrait sembler mettre la charrue avant les bœufs. Pensez-vous que la légalisation du cannabis aurait une incidence sur les toxicomanes et qu'ils la verraient comme une confirmation que la consommation de drogues est acceptable?

M. MacPherson : La légalisation accroîtra-t-elle la consommation? Il est difficile de faire valoir que la légalisation du cannabis pourrait accroître la consommation, car nous avons un des taux de prévalence les plus élevés au monde. Je pense que l'argument en faveur de la légalisation du cannabis est que nous n'avons pas su contrôler la situation, le marché, alors essayons de le faire au moyen de leviers réglementaires en matière de santé publique, de voir où ils nous mènent et de les évaluer. À l'heure actuelle, je pense qu'on a l'impression que la situation n'est pas du tout contrôlée.

L'expérience que nous voulons mener est celle de la réglementation. Nous entrons dans cette zone afin de savoir quels types de leviers réglementaires sont les plus efficaces pour réduire la consommation de cannabis et les méfaits en découlant, et nous devons faire la distinction entre la consommation de cannabis et les méfaits qui s'y rapportent. Je pense que nous serons bien mieux placés pour ce faire après avoir mis en place un cadre réglementaire.

M. Tupper : Je ferais remarquer que la lutte contre le tabagisme est une des meilleures réussites des 40 dernières années en matière de santé publique. Nous avons trouvé le moyen de réduire à la fois la consommation et les méfaits sans criminaliser les consommateurs ou les fabricants et distributeurs. Il existe, dans le secteur de la santé publique, d'excellents exemples de façons d'utiliser les leviers réglementaires dont il a été question et de les appliquer à d'autres drogues.

Le sénateur Joyal : Votre approche vise essentiellement à fixer des paramètres pour vous assurer que nous sommes en contrôle de la situation. J'ai presque employé le mot phénomène. Nous devons être en contrôle de la situation qui existe. Nous avons essayé de la contrer et nous devons continuer de lutter contre les membres du crime organisé qui vendent de la drogue, c'est indiscutable. Cependant, comment pouvons-nous gérer nos services sociaux et nos services de santé pour nous assurer que si nous optons pour une approche exhaustive, nous visons juste?

J'estime que ce projet de loi jouerait un rôle important pour alléger les problèmes sociaux, si sa philosophie — à savoir, ses cinq principes — était bien comprise et appliquée. Il me semble que pour arriver à la mettre en œuvre, quelqu'un devra en assumer la supervision globale. Nous ne pouvons pas simplement laisser aller les choses car, comme les témoins précédents nous l'ont dit, il faut un suivi et une évaluation scientifique. Quelqu'un doit être là avec des données véritables, avec des évaluations par les pairs et cetera. Je me demande si notre approche englobe toutes les questions dont nous devrions tenir compte pour faire en sorte que nos politiques soient efficaces.

Mr. MacPherson: In terms of supervised consumption services, they are probably one of the health services with the most oversight.

InSite was opened in 2003. There is a tremendous body of evidence globally and from the Canadian experience. There has been a tremendous amount of oversight and that's because we have been in a learning mode. We know so much more about supervised consumption services, the support services needed, the array of services that Vancouver Coastal Health connects to InSite, and that's a very good start. We need more of those across the country, but we still have the problem with the unregulated supply of drugs.

Supervised consumption services are great for those people who use them, and we need to expand their reach. Just like with drug treatment programs, most people who use drugs will not be in a drug treatment program, by definition, and for a bunch of different reasons. We need to find ways to help them stay alive until they can make those decisions to enter drug treatment programs.

Senator Joyal: Mr. Tupper, in your function as director of the British Columbia centre on substance abuse, is there something we should know about the Aboriginal people who are part of the services you aim to implement and offer to that community in particular, or should we just approach the Aboriginal community in the same way that we approach the other communities?

Mr. Tupper: First, let me correct you on the title of our institution here it's the British Columbia Centre on Substance Use, not abuse. It's a crucial distinction there.

Senator Joyal: I'm sorry; it's a lapse. Maybe it tells you what I think about drugs.

Mr. Tupper: I can go on at length about the distinction between "use" and "abuse," but I'll save that for now.

With respect to Aboriginal peoples, I would point to the devolvement of the responsibility for health services for indigenous people in British Columbia that happened with a tripartite arrangement where First Nations governments, working also with the BC Association of Aboriginal Friendship Centres and Métis Nation BC, worked collaboratively with the provincial and federal governments to put in place a service delivery not managed out of Ottawa but within the provincial First Nations governance structures established through the tripartite relationship. So I would look to the Aboriginal communities themselves to provide the answers about what it is they need. That's what we are starting to do.

The British Columbia Centre on Substance Use was just established in February 2017, so we are still putting in place the governance structures, but it includes strong indigenous

M. MacPherson : Les services de consommation supervisée sont probablement un des services de santé les plus contrôlés.

Le centre d'injection InSite a ouvert ses portes en 2003. Il existe un ensemble de preuves extraordinaire tirées de l'expérience mondiale et canadienne. Le niveau de supervision a été considérable, car nous avons été en mode apprentissage. Nous en savons tellement plus qu'avant en ce qui concerne les services de consommation supervisée, les services de soutien nécessaires, la gamme de services que Vancouver Coastal Health associe au site d'injection InSite, et c'est un très bon début. Nous avons besoin d'un plus grand nombre de ces sites partout au pays, mais le problème de l'approvisionnement en drogues non réglementées persiste.

Les services de consommation supervisée sont excellents pour leurs utilisateurs, et nous devons en accroître la portée. Comme dans le cas des programmes de traitements de la toxicomanie, la plupart des gens qui consomment des drogues ne participeront pas à un programme de traitement, par définition, et ce, pour une foule de raisons. Nous devons trouver des façons de les aider à rester en vie jusqu'à ce qu'ils décident de participer à un programme de traitement.

Le sénateur Joyal : Monsieur Tupper, à titre de directeur du British Columbia Centre on Substance Abuse, estimez-vous qu'il y ait quelque chose que nous devrions savoir concernant les Autochtones concernés par les services que vous visez à mettre en œuvre et à offrir à cette communauté en particulier, ou devrions-nous simplement opter avec elle pour la même approche qu'avec les autres communautés?

M. Tupper : Premièrement, j'aimerais préciser que le nom de notre organisme est le « British Columbia Centre on Substance Use », et non « Abuse ». Il y a là une distinction cruciale.

Le sénateur Joyal : Désolé, j'ai commis un lapsus. Peut-être que cela vous dit ce que je pense des drogues.

M. Tupper : Je pourrais parler longtemps de la distinction entre « use » et « abuse » en anglais, mais je vais attendre.

J'aimerais faire remarquer que la responsabilité des services de santé offerts aux Autochtones de la Colombie-Britannique a été transférée dans le cadre d'un accord tripartite dans lequel les gouvernements des Premières Nations, de concert avec l'Association des centres d'amitié autochtone de la Colombie-Britannique et la Nation métisse de la Colombie-Britannique, ont collaboré avec les gouvernements fédéral et provinciaux à mettre en place un service qui ne soit pas géré à partir d'Ottawa, mais bien à partir des structures de gouvernance provinciale des Premières Nations établies dans le contexte de la relation tripartite. Je m'adresserais donc directement aux communautés autochtones pour savoir ce dont elles ont besoin. C'est ce que nous commençons à faire.

Le British Columbia Centre on Substance Use a été fondé en février 2017, si bien que nous n'avons pas encore terminé de mettre en place les structures de gouvernance, mais elles prévoient

partnership in our governance. We will be continuing to work with those partners to not prescribe from our perspective what they need but to seek input from them on how they might benefit from our systems.

[Translation]

Senator Dupuis: My question is for Mr. Tupper. Do you have data on the importing and distribution of illegal substances by Aboriginals in cities as opposed to those living on reserves in British Columbia?

[English]

Mr. Tupper: To be blunt, I do not have that data. I think public safety and law enforcement officials would be the people to ask. I have been focused on health intervention. I believe that drugs are widely available in both urban and rural contexts. Drug dealers don't tend to follow boundaries.

[Translation]

Senator Dupuis: If I understand correctly, one of the problems related to illegal psychoactive substances, by comparison with other substances that are considered legal — such as tobacco, alcohol or other products prescribed by physicians — is the fact that the market is unregulated.

My question is for both Mr. MacPherson and Mr. Tupper.

[English]

Mr. MacPherson: Yes, that's exactly what we are saying.

Mr. Tupper: Looking back, among the biggest public health intervention successes in history, after immunization and clean drinking water, was the passage of pure food and drugs acts in the early 20th century where we put in place regulations to control the production and distribution of foods, beverages and pharmaceuticals. That extends now to children's toys, automobiles, hand gliding equipment, et cetera.

The failure of our approach to illegal drugs that are psychoactive and used often for non-medical purposes is to think that applying criminal law enforcement penalties would reduce and curtail their use. I think we have ample evidence from the past 100 years, frankly, but certainly the last 20, 30 and 40 years where we scaled up a war-on-drugs approach that has had counter effects. None of the key indicators of success have been obtained. Drugs are cheaper, more plentiful and more easily available than ever before. I think Donald will concur it is time for us to look at other approaches.

un partenariat solide avec les Autochtones. Nous continuerons à travailler avec ces partenaires afin de ne pas prescrire ce dont, selon nous, ils ont besoin, mais pour savoir comment ils estiment que nos systèmes pourraient leur être profitables.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Ma question s'adresse à M. Tupper. Avez-vous des données sur l'importation et la distribution de substances illégales au sein des populations autochtones dans les villes par opposition à celles qui habitent dans les réserves en Colombie-Britannique?

[Traduction]

M. Tupper : Pour tout dire, je ne dispose pas de ces données. Je pense qu'il faudrait vous adresser aux responsables de la sécurité publique et de l'application de la loi. Je me suis concentré sur l'intervention dans le domaine de la santé. Je crois qu'on peut généralement se procurer des drogues tant en contexte urbain que rural. Les trafiquants de drogue n'ont pas coutume d'avoir de frontières.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Si je comprends bien, l'un des problèmes liés aux substances psychoactives illégales, si on les compare à d'autres substances qui sont considérées comme légales, comme le tabac ou l'alcool ou d'autres produits prescrits par les médecins, c'est le fait qu'on a affaire à un marché qui n'est pas réglementé.

J'adresse ma question aussi bien à M. MacPherson qu'à M. Tupper.

[Traduction]

M. MacPherson : Oui, c'est exactement ce que nous disons.

M. Tupper : En rétrospective, une des interventions les plus réussies de l'histoire en matière de santé publique, après la vaccination et l'eau potable, a été l'adoption des Pure Food and Drugs Acts au début du XX^e siècle, dans le cadre desquelles nous avons instauré une réglementation pour contrôler la production et la distribution des aliments, des boissons et des médicaments. Elle s'étend maintenant, entre autres, aux jouets pour enfants, aux automobiles et à l'équipement de parapente.

Là où notre approche fait défaut en ce qui concerne les drogues illicites qui sont des psychotropes et qui sont souvent utilisées à des fins actives autres que médicales est le fait de croire que l'imposition de pénalités aux termes du Code criminel pourrait réduire ou restreindre l'utilisation de ces drogues. Je crois que les 100 dernières années — ou, à tout le moins, l'intensification de la guerre à la drogue des 20, 30 ou 40 dernières années — nous ont fourni assez de preuves que notre méthode n'a eu que des effets contraires. Aucun des indicateurs de réussite clés ne s'est concrétisé. Les drogues sont plus abordables qu'avant, il y en a plus en circulation et elles sont plus accessibles qu'elles ne l'ont jamais été. Je crois que Donald sera d'accord avec moi pour dire qu'il nous faut envisager d'autres approches.

Mr. MacPherson: The fentanyl crisis is driving this discussion. You have people from the street level to medical health officers and a health minister who are all saying we have to look at all options, and they are right. We do have to look at all options, and it may take a shift in our mindset to consider some of these options.

The data is in. I have worked for 25 years in the Downtown East Side of Vancouver. Enforcement is not doing it. We have been here before in the 1990s with an overdose crisis. I thought we had made some progress, but the illegal market produced this fentanyl and carfentanil phenomenon, and it's beyond the pale what is happening in this country. Suddenly you start hearing people talking about regulation of drugs.

We were having a conversation with the Minister of Health in British Columbia, Terry Lake. I said, "We need to consider this," and he said, "Donald, in politics it is the art of the possible. You have to be able to get from A to B." I said, "Yes, but you have to start to talk about B before you know what it is and where you are going."

I witnessed this in the city of Vancouver when injection sites were just being discussed. The Vancouver area network of drug users brought in a coffin to city council. They walked into city council, put it down on the floor, and city council was like, "Oh, my god, what's happening?" There were 200 hundred people a year dying in the city of Vancouver alone in 1995, 1996 and 1997. They spoke for five minutes, and they took the coffin out and they left.

I was sitting there as a staff person — and I have a background in literacy — and one by one, the councillors got up, and started to try to talk about what had just happened to them. They said, "Those drugs users, they wanted these s- s- s- —" and they couldn't say the words, "supervised safe injection sites." They didn't have the conceptual framework. And I said this is a literacy problem. We have to be conversant in all of the options before we can consider them, and if we can't even mention them or talk about them — for years, drug regulation has been sort of verboten territory.

We have to get something good out of this crisis, and I think we will get better health services. I think we will get some more heroin prescription treatment. If Senator White's amendment passes, we'll get people getting to exchange their street drugs for good drugs.

Scott MacDonald, the guy who runs the heroin-assisted treatment clinic in Vancouver, said to me the other night at a public event that even with the high threshold that they have of entrants, they could take 500 people off the street in the

M. MacPherson : La présente discussion a été suscitée par la crise du fentanyl. Des gens qui travaillent au niveau de la rue, des professionnels de la santé et un ministre de la Santé affirment que nous devons examiner toutes les options, et ils ont raison. Nous devons examiner toutes les options, et cela pourrait signifier que nous allons devoir changer de mentalité.

Nous avons les données. J'ai travaillé pendant 25 ans dans l'est du centre-ville de Vancouver. L'application de la loi n'a pas de résultats probants. Nous étions là dans les années 1990, alors qu'il y avait une crise de surdoses. Je croyais que nous avions fait des progrès, mais le marché clandestin a généré ce phénomène du fentanyl et du carfentanil; ce qui se passe dans le pays dépasse l'entendement. Tout d'un coup, les gens se sont mis à parler de la réglementation en matière de drogues.

Lors d'une conversation que nous avons avec lui, le ministre de la Santé de la Colombie-Britannique, Terry Lake, a dit : « Nous devons nous pencher là-dessus. » Puis il a dit : « Donald, la politique, c'est l'art du possible. Vous devez être en mesure d'aller de A à B. » J'ai répondu : « Oui, mais vous devez d'abord parler de B pour savoir de quoi il s'agit et vers où vous vous en allez. »

J'ai remarqué cela à Vancouver, alors qu'on commençait tout juste à parler des sites d'injection. Le réseau des toxicomanes de Vancouver a apporté un cercueil au conseil municipal. Ils sont entrés dans la salle du conseil et ils ont déposé le cercueil par terre. Les membres du conseil étaient abasourdis. De 1995 à 1997 inclusivement, Vancouver à lui seul recensait 200 décès par année. Ils ont parlé pendant cinq minutes, puis ils ont repris le cercueil et ils sont sortis.

J'étais là, comme membre du personnel — et j'ai des antécédents en alphabétisation. Les conseillers se sont levés un par un et ils ont essayé de parler de ce qui venait de se produire : « Ces toxicomanes, ils voulaient ces c... s... s... », mais ils n'arrivaient pas à prononcer les mots « centres d'injection supervisés et sécuritaires », car ils n'avaient pas le cadre conceptuel qu'il aurait fallu. Comme je le disais, c'est un problème d'alphabétisation. Nous devons nous familiariser avec toutes les options avant de pouvoir les envisager, et si nous ne pouvons même pas les mentionner ou en parler, c'est peine perdue. Pendant des années, la réglementation sur les drogues a été ni plus ni moins qu'un territoire d'interdictions.

Nous devons profiter de cette crise pour avancer, et je crois que nos services de santé en ressortiront améliorés. Je crois que nous allons bonifier notre offre de traitement fondé sur l'héroïne d'ordonnance. Si l'amendement du sénateur White est adopté, les gens seront en mesure de tronquer leurs drogues de rue pour de bonnes drogues.

L'autre soir, lors d'un événement public, Scott MacDonald, celui qui dirige la clinique de traitement assisté à l'héroïne, à Vancouver, m'a dit que malgré son seuil élevé d'arrivants, la clinique pourrait secourir 500 personnes des rues du Downtown

Downtown Eastside tomorrow if they had the resources. That's 500 people not going to a drug dealer, 500 people not at risk of dying from fentanyl.

Senator Omidvar: Thank you to both of you. This question is for either one of you.

This is a very complex issue. Any issue that has health care in the middle is necessarily a complex issue, made more so because you have a crisis. But I have observed that when there is a crisis of some proportion, there is also innovation and creative solutions, and you have alluded to that.

Let me get back to the complexity of three levels of government along with local institutions. You have the federal government that is developing criteria for opening safe injection sites, and you have the provincial and local governments, departments of health, police officers and local communities. Do you have a policy perspective within this context of how the relationship works now and should work better between the three levels of government?

Mr. MacPherson: Yes, I do, and I did in the 1990s.

The rubber hits the road at the municipal level. When drug dealers show up on corners, when people start dying, people start calling their city councillors. The Minister of Justice is far away in Ottawa, or far away in Victoria, in our case of Vancouver.

I think provincial and federal governments need to be way more responsive to the calls from cities to help. That's what the four pillars project was about. It was Mayor Owen saying, "Help us; we have a big problem." It took a long time to marshal those forces and to coordinate that work. We had the Vancouver agreement at the time, and that helped.

Response is absolutely critical in this situation. We can build an addiction system over time, and Ken is working for an organization out in B.C. doing that.

A quick response is what Bill C-37 is about, helping communities put things in place quickly and in a timely fashion so people aren't left hanging out to dry at high risk of death in the illegal drug market.

My experience is from a municipal perspective, where both provincial and federal responses were slow, because we had identified the problem of where the sites could go very early on in the epidemic that ramped up in the early 1990s.

Eastside demain matin si elle en avait les ressources. Cela ferait 500 personnes de moins à se rendre chez leur revendeur, 500 personnes qui ne risqueraient pas de mourir d'une surdose de fentanyl.

La sénatrice Omidvar : Merci à vous deux. Ma question s'adresse à l'un ou l'autre.

Nous avons affaire à un problème très complexe. Tous les enjeux qui tournent autour des soins de santé sont complexes, et à plus forte raison lorsqu'il y a une crise. En revanche, j'ai remarqué qu'avec les crises d'une certaine ampleur, il y a de l'inventivité et de la créativité dans la recherche de solutions, et vous avez fait allusion à cela.

Permettez-moi de revenir à la complexité occasionnée par la présence de trois paliers de gouvernement et des institutions locales. Il y a le gouvernement fédéral qui met au point des critères pour l'ouverture de sites d'injection sécuritaires; il y a ensuite les gouvernements provinciaux et régionaux, les ministères de la Santé, les policiers et les collectivités locales. Dans ce contexte, avez-vous une perspective stratégique sur la façon de fonctionner de cette dynamique et sur ce qui pourrait fonctionner mieux entre les trois paliers de gouvernement?

M. MacPherson : Oui, j'en ai une, et je l'avais déjà dans les années 1990.

Tout commence à l'échelon municipal. Lorsque les revendeurs apparaissent au coin de la rue, lorsque les gens commencent à mourir, les gens se mettent à appeler leur conseiller municipal. Le ministre de la Justice est loin là-bas, à Ottawa, ou, dans le cas de Vancouver, elle est loin là-bas, à Victoria.

Je crois que les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral doivent être beaucoup plus sensibles aux appels à l'aide des villes. C'est de cela que parlait le projet à quatre piliers. On y entendait le maire Owen dire : « Aidez-nous, nous avons un sérieux problème. » Il a fallu beaucoup de temps pour rassembler ces forces et pour coordonner le travail. À l'époque, nous avions l'accord de Vancouver, et cela nous a aidés.

Dans une situation comme celle-là, la réponse est absolument cruciale. Avec le temps, nous pourrions ériger un système pour combattre la toxicomanie; Ken travaille pour un organisme de la Colombie-Britannique qui s'emploie à cela.

Le projet de loi C-37 est essentiellement une réponse rapide. On veut aider les collectivités à mettre des choses en place rapidement et en temps opportun pour éviter de laisser les gens à leur sort, et pour les prémunir du risque élevé d'une mort associée à la consommation de drogues illégales.

Mon expérience a été acquise dans une perspective municipale, où les réponses provinciale et fédérale mettaient beaucoup de temps à arriver. En effet, très tôt dans l'épidémie qui s'annonçait au début des années 1990, nous avons déjà cerné le problème de l'emplacement des sites.

The Chair: We have had several witnesses talk about giving the provincial health ministers the authority for temporary exemptions. I'm assuming both witnesses support that approach, or am I wrong?

Mr. MacPherson: Yes, absolutely. In the case of an emergency, what do you do? You do things differently from how you would do things day to day. If things are fine, there is one process. If there is a declared emergency, which we have in British Columbia, you do things differently. That's eventually what happened in terms of the overdose prevention sites that have opened up in British Columbia.

People are dying at such a rate that it's tragic that it took six years to get InSite into the ground — from 1997 to 2003. A lot of people died in those years. Response time is absolutely critical. I know that governments can't move fast, but in an emergency there must be mechanisms to respond to a crisis.

Mr. Tupper: I would absolutely concur. Provincial health systems need to be empowered by whatever federal regulations are in place to respond to a public health emergency such as we are facing. We have seen a good job of that kind of cooperation emerge over the past year, but I think things could go further.

I would look to Portugal as an example of a country where decriminalization of all drugs has resulted in a shift of resources towards a public health perspective and away from the criminal justice law enforcement perspective which, as I mentioned already, clearly has limitations.

In addition to supervised injection sites, I would echo my opening remarks that I wasn't able to quite finish. Drug checking services are a crucial component of a set of interventions that can help shift the illegal drug market. Drug checking will allow for accountability between consumers and distributors that currently does not exist in the unregulated market, whereby people can submit samples, have them analyzed, find the results and ultimately — this is a hypothesis; we need the empirical evidence — shift the drug market whereby dealers who are selling stuff that is contaminated or adulterated or of poor quality won't be patronized. Users will be empowered to learn what they've purchased and make different choices about whether, where, how, with whom to use and whether to go back to the same dealer or not.

Senator Omidvar: We asked the Minister of Health last week about this notion of empowering provincial governments — temporary exemptions, a greater role — and her response, if I

Le président : Plusieurs témoins ont parlé de la possibilité de donner le pouvoir aux ministres provinciaux de la Santé d'accorder des exemptions temporaires. Je présume que vous êtes tous les deux d'accord avec cette approche, ou est-ce que je me trompe?

M. MacPherson : Oui, tout à fait. Dans le cas d'une urgence, qu'allez-vous faire? Vous allez faire les choses différemment par rapport à vos habitudes. Si tout va bien, il y a un processus à suivre. S'il y a un état d'urgence — et c'est ce que nous avons en Colombie-Britannique —, vous devez faire les choses différemment, et c'est ce qui a fini par arriver avec l'ouverture des sites de prévention des surdoses en Colombie-Britannique.

Les personnes meurent à un tel rythme que c'est tragique de penser qu'il a fallu six ans pour concrétiser InSite — de 1997 à 2003. Beaucoup de gens sont morts dans l'intervalle. Le temps de réponse est absolument crucial. Je sais que les gouvernements ne sont pas en mesure de bouger rapidement, mais il doit y avoir des mécanismes pour répondre aux situations de crise.

M. Tupper : Je suis tout à fait d'accord avec cela. Les systèmes de santé provinciaux doivent pouvoir compter sur des réglementations fédérales qui leur permettront de répondre à une urgence de santé publique comme celle que nous connaissons. Nous avons vu qu'un bon travail de coopération s'est fait au cours de la dernière année, mais je crois que cela pourrait aller plus loin.

Je crois qu'il y aurait lieu d'examiner ce qui se fait au Portugal. Voilà un exemple de pays qui a décriminalisé toutes les drogues. À cause de cela, les ressources qui étaient consacrées à l'application des lois dans l'optique de la justice pénale — une approche qui, comme je l'ai dit, a manifestement ses limites — ont été réaffectées à la santé publique.

En plus des centres d'injection supervisée, j'aimerais revenir sur la partie de mon exposé que je n'ai pas vraiment eu l'occasion de terminer. Les services de contrôle des drogues sont un élément essentiel des interventions qui contribuent à changer la donne dans le marché des drogues illicites. Le contrôle des drogues permettra une certaine reddition de comptes entre les consommateurs et les distributeurs qui n'est actuellement pas possible dans le marché non réglementé. Les consommateurs pourront fournir des échantillons pour les faire analyser et obtenir les résultats de ces analyses, et l'objectif est de réussir à insuffler un vent de changement dans le marché des drogues; les consommateurs ne feront plus affaire avec les revendeurs qui offrent un produit contaminé, frelaté ou de mauvaise qualité, mais nous avons besoin de données empiriques pour confirmer cette hypothèse. Les utilisateurs pourront connaître ce qu'ils ont acheté, faire d'autre choix en ce qui concerne l'endroit où en consommer, la manière de le faire et la personne avec laquelle le faire et décider de continuer de faire affaire ou non avec le même revendeur.

La sénatrice Omidvar : Nous avons parlé la semaine dernière à la ministre de la Santé de la notion d'accorder des pouvoirs aux gouvernements provinciaux et un plus grand rôle aux exemptions

remember correctly, and her concern was that we would have a variation of responses and services across the country. She wanted to ensure that there would not be these variances. Would you respond to that response?

Mr. MacPherson: I can see that's a concern for her, but I can also see that it wouldn't be that difficult to arrange that. Government works through FPT processes all the time and figures stuff out. From the municipal perspective, things need to speed up.

[Translation]

Senator Dagenais: Mr. MacPherson, you have probably heard about mobile supervised injection sites that seem to have the Department of Health excited. They are somewhat similar to food trucks, which bring hot dogs closer to the consumer.

Do you think that this bill is a good idea or that it lacks discretion, despite the open-mindedness it illustrates? In your opinion, if it turned out that the project worked, what would be the benefits of the health services that could be provided through those mobile supervised consumption sites?

[English]

Mr. MacPherson: I would support mobile injection sites. I think it's a combination strategy of a supervised consumption service and an outreach strategy that allows coverage of a wider terrain. It accomplishes some community concerns and issues because it's not a fixed site. I would see it as ancillary to fixed consumption services integrated into other places.

If you only had a mobile site, I think that might be a problem. I think it's probably a reasonable thing to add on to as part of a more comprehensive plan because there are pros and cons to fixed sites, too, since people who use drugs are distributed broadly in the community.

Mr. Tupper: Mobile sites are an innovation. I don't think they have been well researched. I'm not sure of any evidence from Europe, but certainly we haven't seen any such services yet in Canada, although they are being proposed in a few municipalities and health regions in British Columbia. Certainly with respect to variation and a varied approach to responding to these kinds of issues, I think that's something to be welcome.

With all due respect to Minister Philpott and her desire for consistency, this is a complex problem, and complexity requires a whole set of different types of responses to be piloted, trialed and evaluated to see what works. It might be that something new will come out of Edmonton, Winnipeg or Halifax. When different

temporaires; elle a répondu, si ma mémoire m'est fidèle, qu'elle s'inquiétait que les interventions et les services varient d'un endroit à l'autre au pays. Elle voulait s'assurer de l'éviter. Que répondez-vous à cela?

M. MacPherson : Je peux comprendre que cela la préoccupe, mais je comprends aussi qu'il ne serait pas très difficile d'y trouver une solution. Le gouvernement a tout le temps recours à des processus FPT pour trouver des solutions. Du point de vue des municipalités, il faut accélérer les choses.

[Français]

Le sénateur Dagenais : Monsieur MacPherson, vous avez sûrement entendu parler des sites mobiles pour injection supervisée qui semblent susciter l'enthousiasme de la ministre de la Santé. Ça ressemble un peu à un camion-restaurant, où on rapproche le hot dog du consommateur.

Croyez-vous que ce projet est une bonne idée ou qu'il manque de discrétion, malgré l'ouverture d'esprit qu'il illustre? Selon vous, s'il s'avérait que le projet fonctionne, quels seraient les avantages des services de santé qui pourraient être offerts dans ces sites mobiles pour injection supervisée?

[Traduction]

M. MacPherson : Je suis favorable aux centres mobiles d'injection supervisée. Je crois que c'est la fusion entre un service de consommation supervisée et une stratégie de sensibilisation qui permet de couvrir un plus vaste territoire. Cela tient compte des réserves de certaines collectivités, étant donné que ce n'est pas un centre fixe. Je verrai cela comme un complément aux services fixes de consommation supervisée qui sont offerts ailleurs.

Si nous avons seulement un centre mobile, je crois que ce sera peut-être un problème. À mon avis, c'est probablement un bon complément à inclure dans un plan plus vaste, parce que les centres fixes ont également des avantages et des inconvénients, étant donné que les toxicomanes sont répartis un peu partout dans la collectivité.

M. Tupper : Les centres mobiles sont une innovation. Je ne crois pas que des recherches solides ont été réalisées à ce sujet. Je ne suis pas certain que nous avons des données en provenance de l'Europe, mais nous n'avons certainement pas encore vu de tels services être offerts au Canada, même si certaines propositions ont été faites à cet égard dans quelques municipalités ou régions sanitaires en Colombie-Britannique. Selon moi, nous devrions certainement accueillir favorablement une variation dans les interventions par rapport à ces problèmes.

Avec tout le respect que je dois à la ministre Philpott et à son désir d'uniformité, c'est un problème complexe, et cette complexité nécessite un ensemble d'interventions de différente nature qu'il faut mettre à l'essai sous forme de projets pilotes pour déterminer ce qui fonctionne. Il est possible qu'une nouvelle

places to try different things, we can see what the evidence generates from evaluation of those and hopefully improve results more consistently through the generation of scientific research.

Senator McIntyre: Gentlemen, thank you for your presentations.

There is an issue with which I am very much concerned and that's the issue of over-prescribing and I'd like to have your thoughts on that. Let me explain.

On one hand we have a national crisis of opioid abuse and overdoses. On the other hand, prescriptions for painkillers as well as therapies for treating dependency have increased. New figures show that over-prescribing is behind the epidemic that has worsened in recent years with the arrival of illicit fentanyl, leading to an increase in overdose deaths. As a matter of fact, Canada ranks as the world's second-biggest consumer of pharmaceutical opioids. It's just unbelievable.

Are you concerned that the bill does not contain specific measures to fight over-prescription and the diversion of prescribed pills to the black market?

Mr. MacPherson: This is not my area of expertise in some ways.

Senator McIntyre: I would like to have your comments, though.

Mr. MacPherson: There is no doubt, after spending some time recently in Portugal and in Europe, at the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, there is more prescribing going on in North America. We're number one and two — the U.S. and Canada — and that is a problem. I think it's being addressed not through this bill but in other areas of the federal process around this because the minister has talked about prescription drug monitoring programs and all those sorts of things.

The concern we have with that analysis is that we've created a situation where we have a supply and demand thing going on — this is a concern for Ken's shop now, too — and if we're talking about reducing or suppressing prescription drugs, we're potentially putting more people at risk for overdose.

We have to be cognizant that if we're suppressing supply of prescription opioids, we should, at the same time, be scaling up supervised consumption services and naloxone, because we know from the U.S., where they've had some success in suppressing demand, fentanyl and heroin have now outpaced prescription drug deaths from overdose.

approche soit mise au point à Edmonton, à Winnipeg ou à Halifax. Lorsque diverses approches sont essayées à divers endroits, nous pouvons examiner les données que nous récoltons de leur évaluation et réussir avec un peu de chance à en améliorer les résultats plus uniformément grâce à la recherche scientifique.

Le sénateur McIntyre : Messieurs, merci de vos exposés.

Il y a un problème qui me préoccupe énormément, et c'est le nombre excessif de prescriptions. J'aimerais vous entendre à ce sujet. Permettez-moi de m'expliquer.

D'un côté, nous avons une crise nationale en ce qui concerne la dépendance aux opioïdes et les surdoses. De l'autre, les prescriptions d'analgésiques et les traitements de la dépendance ont augmenté. De nouvelles données montrent que le nombre excessif de prescriptions est derrière l'épidémie qui s'est intensifiée au cours des dernières années avec l'arrivée du fentanyl illicite, ce qui a entraîné une hausse des décès par surdose. À vrai dire, le Canada est le deuxième consommateur d'opioïdes pharmaceutiques en importance dans le monde. C'est tout simplement incroyable.

Cela vous inquiète-t-il que le projet de loi n'inclut aucune mesure précise pour lutter contre le nombre excessif de prescriptions et le détournement de médicaments d'ordonnance vers le marché noir?

M. MacPherson : Ce n'est pas vraiment mon champ d'expertise.

Le sénateur McIntyre : J'aimerais tout de même entendre vos commentaires à ce sujet.

M. MacPherson : Après avoir récemment passé un certain temps au Portugal et en Europe à l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, il ne fait aucun doute que le nombre de prescriptions est plus élevé en Amérique du Nord. Les États-Unis et le Canada occupent les deux premiers rangs, et c'est un problème. À mon avis, nous ne nous y attaquons pas par l'entremise du projet de loi, mais nous le faisons par d'autres processus fédéraux en la matière, parce que la ministre a notamment parlé de programmes de surveillance des médicaments d'ordonnance.

Ce qui nous inquiète par rapport à cette analyse, c'est que nous avons créé un milieu où nous avons une offre et une demande, et cela préoccupe aussi maintenant l'organisme de Ken. Si nous parlons de réduire ou d'éliminer les médicaments d'ordonnance, plus de gens risquent de faire des surdoses.

Nous devons être conscients que, si nous éliminons l'offre d'opioïdes d'ordonnance, nous devons en même temps accroître les services de consommation supervisée et la distribution de naloxone, parce que l'expérience aux États-Unis, où les autorités ont réussi à certains égards à diminuer la demande, nous permet de constater que le fentanyl et l'héroïne causent maintenant plus de décès par surdose que les médicaments d'ordonnance.

We've created a situation. There are a number of drivers for the situation, and we have to be very careful when we start reducing the supply. We have to plan that. We have to sequence what we're doing very carefully.

Mr. Tupper: The issue of over-prescription is, likewise, a complex one. It has been 15 to 20 years in the making with the active promotion of new types of medications by the pharmaceutical industry, such as OxyContin, and the lobbying of doctors to liberally prescribe these new drugs which were marketed as safer, which we now know is not necessarily the case.

I don't think Bill C-37 or the Controlled Drugs and Substances Act is the appropriate mechanism by which to deal with that. It's a matter of health professional education for physicians and nurse practitioners, and to work with the colleges of physicians and surgeons, the colleges of nurses and provincial health ministries to address the issue of prescribing.

At the same time, Donald is correct in that we need to ensure that physicians who are prescribing for patients who are opioid naive and who are dealing with pain issues need to be educated about how to not ramp them up to very high-dose and long-duration regimens of prescribing. But for patients who are currently on those kinds of regimens, maybe have been stable and on relatively high doses for years, to suddenly curtail their prescription and push them off into either the black market, I've heard a few cases here of suicide where patients were reduced in their medications and decided they couldn't survive without that.

Certainly there are important considerations that need to be applied to how we manage the iatrogenic situation that's been put in place for the last 20 years. That's a matter for provincial health systems and colleges to work on together through health professional education.

Senator McIntyre: From what I've been reading, educating doctors has had little impact on the issue of prescribing, and that worries me a lot.

[Translation]

Senator Boisvenu: I understand that this is a humanitarian bill. The idea is to save lives. It is a feel-good bill, and it calls for urgent action, but when urgency becomes a pattern of social behaviour, how far does our tolerance, as a society, go when it comes to letting people take drugs and giving them drugs to prevent deaths? People are given drugs to prevent their death, and they are allowed to take drugs. That is not a life in my opinion, but that's your view and that of the federal government.

Nous avons créé une situation. Divers facteurs entraînent cette situation, et nous devons être très prudents lorsque nous commençons à réduire l'offre. Nous devons planifier cette réduction et prévoir très attentivement l'ordre dans lequel nous la faisons.

M. Tupper : Le problème lié au nombre excessif de prescriptions est aussi complexe. Il se dessine depuis 15 ou 20 ans en raison de la vive promotion de nouveaux types de médicaments par l'industrie pharmaceutique, comme l'OxyContin, et des pressions des médecins en vue de prescrire abondamment ces nouveaux médicaments qui étaient présentés comme plus sécuritaires, mais nous savons maintenant que ce n'est pas nécessairement le cas.

Je ne crois pas que le projet de loi C-37 ou la Loi réglementant certaines drogues et autres substances soit le mécanisme adéquat pour nous y attaquer. Nous devons y sensibiliser les professionnels de la santé, comme les médecins et les infirmières praticiennes, et collaborer avec les collèges des médecins et des chirurgiens, les ordres des infirmières et des infirmiers et les ministères provinciaux de la Santé pour lutter contre le problème lié aux prescriptions.

Cependant, Donald a raison de dire qu'il faut nous assurer que les médecins qui prescrivent des médicaments à des patients qui sont inconscients des risques que présentent les opioïdes et qui ont de la douleur sont sensibilisés à la manière d'éviter d'augmenter la dose prescrite et de prescrire des doses très élevées et un schéma posologique de longue durée. Toutefois, pour ce qui est des patients dont c'est déjà le schéma posologique — ils sont peut-être stables ou ils consomment des doses relativement élevées depuis des années —, si nous décidons tout d'un coup de réduire leurs prescriptions et les poussons à se tourner vers le marché noir, je peux vous dire avoir eu vent de quelques patients qui se sont suicidés, parce que leur médication avait été réduite et qu'ils ont conclu qu'ils ne pourraient pas survivre sans cela.

Il y a certainement des facteurs importants à considérer en ce qui a trait à la manière de gérer la situation iatrogène qui a été créée depuis 20 ans. Les systèmes de santé, les collèges et les ordres provinciaux doivent collaborer en ce qui concerne la sensibilisation des professionnels de la santé.

Le sénateur McIntyre : Selon mes lectures, la sensibilisation des médecins a eu peu d'effets sur la question des prescriptions, et cela m'inquiète énormément.

[Français]

Le sénateur Boisvenu : Je comprends qu'il s'agit d'un projet de loi humanitaire. On veut sauver des vies. C'est un projet de loi de bonne conscience, et on invoque l'urgence de l'action, mais lorsque l'urgence devient un mode de comportement social, jusqu'où va notre tolérance, en tant que société, lorsqu'il s'agit de laisser les gens se droguer et de les droguer pour éviter des décès? On drogue les gens pour éviter qu'ils meurent, et on leur permet de se droguer. Pour moi, ce n'est pas une vie, mais c'est votre avis et celle du gouvernement fédéral.

Normally, a society manages urgent situations, puts an end to them and they go away, but if those situations become permanent, what limit do we set for ourselves as a society when it comes to giving people drugs to prevent them from dying?

That is where the problem lies. We should rather invest in detox to empower those people and help them get on with their lives. Do you not think that this is a feel-good bill rather than a medical project to help people beat addiction?

[English]

Mr. MacPherson: No. This bill is dealing with a tough situation. I hear you when you are talking about what is wrong with our society that so many people are using drugs and developing substance use disorders. That's a very complex issue, and there are many drivers for substance use disorders. There's trauma, poverty, abuse. A situation like this is like holding up a mirror: This is us; this is our community; this is what's happened. Of course we want to keep people alive, but we need to figure out what other kinds of things we need to do.

[Translation]

Senator Boisvenu: Through this bill, we basically work on the consequences of the problem without addressing its causes. The bill should have included fundamental measures attacking the causes in order to avoid constantly needing to manage the consequences. This is a problem that would be solvable without us having to invest in the consequences.

[English]

Mr. MacPherson: I agree with you. We need to take this issue of substance use disorders very seriously, traditionally, and I would talk about the provinces as well. They have not done a good job of building coherent systems to address substance use disorders. If you go to some other countries, you find much better coordination between the national and state levels.

The fact that we're still here in 2017, when we were back there in 1993 in a very similar situation, says something about our lack of ability to build a good, coherent health system.

I see this bill as part of a comprehensive response, but not a comprehensive response. We need a much more comprehensive response, and the federal government needs to work closely with the provinces.

Normalement, une société gère les situations urgentes, elle y met un terme et elles passent, mais si ces situations deviennent permanentes, quelle limite nous donnons-nous comme société pour droguer des gens afin qu'ils ne meurent pas?

Il est là le problème, alors qu'on devrait plutôt investir dans la désintoxication afin de rendre ces gens autonomes et de leur permettre de continuer à vivre leur vie. Selon vous ne s'agit-il pas d'un projet de loi de bonne conscience plutôt que d'un projet médical visant à sortir les gens de la dépendance?

[Traduction]

M. MacPherson : Non. Le projet de loi traite d'une situation difficile. Je comprends ce que vous dites lorsque vous demandez ce qui cloche dans notre société pour qu'autant de personnes consomment des drogues et sombrent dans la toxicomanie. C'est un problème très complexe, et de nombreux facteurs peuvent être à l'origine des troubles liés à l'utilisation d'une substance. Il y a les traumatismes, la pauvreté et les mauvais traitements. Une telle situation est le reflet de la société. C'est nous. C'est notre collectivité; c'est ce qui se passe. Nous voulons évidemment garder les gens en vie, mais il faut trouver les autres mesures que nous devons prendre.

[Français]

Le sénateur Boisvenu : Dans le fond, dans ce projet de loi, nous travaillons sur les conséquences du problème sans en régler les causes. Ce projet de loi aurait dû comprendre des mesures fondamentales s'attaquant aux causes afin d'éviter qu'on ait continuellement besoin d'en gérer les conséquences. Il s'agit d'un problème qui serait solvable sans que nous n'ayons à investir dans les conséquences.

[Traduction]

M. MacPherson : Je suis d'accord avec vous. Nous devons nous attaquer très sérieusement aux troubles liés à l'utilisation d'une substance, et j'aimerais également parler des provinces qui n'ont traditionnellement pas bien réussi à mettre en place des systèmes cohérents pour lutter contre les troubles liés à l'utilisation d'une substance. Ailleurs dans le monde, il y a une bien meilleure coordination entre les gouvernements nationaux et étatiques.

Si nous considérons que nous en sommes encore là en 2017, alors que nous étions déjà en 1993 dans une situation très similaire, cela témoigne de notre incapacité à mettre sur pied un système de santé efficace et cohérent.

Je vois ce projet de loi comme faisant partie d'un plan plus vaste, mais ce n'est pas en soi une réponse globale. Nous avons besoin d'un train de mesures plus vastes, et le gouvernement fédéral doit collaborer étroitement avec les provinces.

If you are, for example, a patient on methadone, try and travel across the country. You have 10 different systems of methadone treatment. It's the age-old problem of the federation trying to build a standard of health services for people who use drugs that has universal access across the country.

I hear what you're saying, and I don't disagree, but I think the services that this bill is talking about are part of an important component of a more comprehensive approach.

[Translation]

Senator Dupuis: You once again mentioned 1993. What's shocking to me is that I have so far been under the impression that we were talking about a crisis that occurred in 2017, but this is actually a situation that has been causing a lot of problems for 24 or 25 years. You pointed out that something could have been done earlier. Since we are talking a lot about consumed products, do you have data, through your work, on the categories of users of those substances?

A witness told us earlier today that about 60 per cent of Insite's clients were Aboriginals. Do you have specific data on those groups or categories of drug users?

[English]

Mr. MacPherson: I would ask Ken that question.

Mr. Tupper: I would say that substance use disorders are widespread throughout different classes of society and different kinds of communities. Certainly the consequences of colonialism have left indigenous communities much more susceptible to a whole range of health problems, including addictions.

The reflection of InSite's clientele base is perhaps more a reflection of the local community in which it's situated, Vancouver's Downtown Eastside, which is one of if not the poorest postal code in all of Canada, and a gravitation of First Nations people to that part of the province when they're down and out and seeking street life and disengaged from their traditional communities.

I'll go back to the previous question about the causes of addiction being very complex. There are genetic, social and economic factors. Those can affect every community. There are very wealthy communities that are affected by addiction as much as very poor communities.

Senator White: Mr. Tupper, unless I'm wrong, in most provinces in the country there is currently about a six-month wait-list for residential drug treatment. When we talk about somebody entering a site and being advised that they could get help, we're really not realistic. It's half a year away. In Ontario, it's six to eight months to get residential drug treatment. Is it different in B.C.? Do you have more access?

Par exemple, si vous êtes un patient et que vous prenez de la méthadone, essayez de vous rendre ailleurs au pays. Vous avez 10 systèmes différents de traitement à la méthadone. C'est le vieux problème de la fédération qui essaie d'offrir aux toxicomanes des services de santé uniformes et un accès universel à ces services partout au pays.

Je comprends ce que vous dites, et je ne suis pas en désaccord, mais je crois que les services dont il est question dans ce projet de loi sont un élément important d'une approche plus vaste.

[Français]

La sénatrice Dupuis : Vous avez mentionné de nouveau la date de 1993. Ce qui me frappe c'est que, jusqu'ici, j'avais l'impression qu'on nous parlait d'une crise survenue en 2017, mais en fait, c'est une situation qui pose beaucoup de problèmes depuis 24 ou 25 ans. Vous l'avez souligné, il y a des choses qui auraient pu être faites avant. Puisqu'on parle beaucoup des produits consommés, avez-vous des données, dans le cadre de votre travail, sur les catégories d'utilisateurs de ces substances?

Un témoin nous a dit plus tôt aujourd'hui qu'environ 60 p. 100 de la clientèle du centre Insite serait d'origine autochtone. Avez-vous des données précises sur ces groupes ou catégories de citoyens utilisateurs de drogues?

[Traduction]

M. MacPherson : Je laisse Ken répondre à cette question.

M. Tupper : Je dirais que les troubles liés à l'utilisation d'une substance sont répandus dans les diverses couches de la société et les divers types de collectivités. Il ne fait aucun doute que les conséquences du colonialisme laissent les collectivités autochtones beaucoup plus vulnérables à une vaste gamme de problèmes de santé, y compris les dépendances.

La clientèle de base d'Insite reflète peut-être davantage la communauté où le centre est situé, soit le quartier Downtown Eastside de Vancouver, qui est l'un des codes postaux les plus pauvres au Canada, voire le plus pauvre. Par ailleurs, les membres des Premières Nations de cette région de la province y sont attirés lorsqu'ils sont au plus bas, qu'ils cherchent à vivre dans la rue et qu'ils sont dissociés de leur collectivité traditionnelle.

J'aimerais revenir sur la précédente question au sujet des causes très complexes des dépendances. Il y a des facteurs génétiques, sociaux et économiques qui peuvent toucher chaque collectivité. Des collectivités très bien nanties et des collectivités très pauvres vivent des problèmes de dépendance.

Le sénateur White : Monsieur Tupper, à moins que je me trompe, dans la majorité des provinces canadiennes, il y a actuellement un temps d'attente d'environ six mois pour avoir accès à un programme de traitement de la toxicomanie en établissement. Lorsque nous disons qu'un toxicomane peut visiter un centre et être informé qu'il peut obtenir de l'aide, nous ne sommes pas vraiment réalistes. Il faut attendre une demi-année. En Ontario, cela prend de six à huit mois pour avoir accès à un

Mr. Tupper: For opioid use disorders, I don't think the evidence is very strong that residential treatment is necessarily the best option. The World Health Organization has methadone and Suboxone listed as essential medicines for the treatment of opioid use disorder. Certainly that's what we've been trying to scale up in British Columbia. The wait-list for methadone, especially through mechanisms like supervised injection sites or the overdose prevention sites, means that they're much more easily accessible than previously.

Senator White: I'm not referring to consumption sites. My complaint is that people can't get residential treatment. That's my concern. In Ontario, it's six to eight months, regardless of the addiction.

In British Columbia, is it 24-hour access or six to eight months like it is in the rest of the country? This is not about whether or not they can get methadone or Suboxone. I want to know whether or not people who ask for residential treatment have greater access in British Columbia.

Mr. Tupper: I can't make a comparison between British Columbia and Ontario.

Senator White: I just want to know about B.C. I don't want you to compare. Is it easier to access residential drug treatment in British Columbia, period? What's the wait-list?

Mr. Tupper: It depends on the health authority. Some health authorities have longer wait-lists. I believe it's as short as a few days to as long as a few weeks. I don't believe that anywhere it's six months.

Senator White: If I walked into InSite today and asked for residential drug treatment, I'll be there in days — not in detox but in residential drug treatment, within days?

Mr. Tupper: You would be referred to OnSite, the short-term stabilization upstairs, and they will work together to find a residential treatment centre very quickly.

Senator Joyal: I would like you to comment on the initiative that the provinces take. A federation can work positively to allow what I call regional creativity. InSite was an initiative of B.C. Adding fentanyl as a prescribed drug was an initiative of Senator White. If you think you will standardize everything from one

programme de traitement de la toxicomanie en établissement. La situation est-elle différente en Colombie-Britannique? L'accès y est-il plus rapide?

M. Tupper : Dans le cas du traitement de la dépendance aux opioïdes, je ne pense pas que les données nous indiquent très clairement que le traitement en établissement est nécessairement la meilleure option. L'Organisation mondiale de la santé préconise la méthadone et le Suboxone comme médicaments essentiels pour le traitement de la dépendance aux opioïdes. C'est certainement une pratique dont nous essayons d'accroître l'utilisation en Colombie-Britannique. En ce qui a trait au temps d'attente pour un traitement à la méthadone, grâce en particulier aux mécanismes comme les centres d'injection supervisée ou les centres de prévention de surdoses, c'est beaucoup plus facilement accessible qu'auparavant.

Le sénateur White : Je ne parle pas des centres de consommation. Je déplore que les toxicomanes ne puissent pas avoir accès à des traitements en établissement. Voilà ce qui m'inquiète. En Ontario, cela prend de six à huit mois, indépendamment de la dépendance.

En Colombie-Britannique, les toxicomanes y ont-ils accès en tout temps ou cela prend-il de six à huit mois comme ailleurs au Canada? La question ne vise pas à savoir s'ils peuvent avoir de la méthadone ou du Suboxone. Je veux savoir si les toxicomanes qui demandent un traitement en établissement y ont plus facilement accès en Colombie-Britannique.

M. Tupper : Je ne peux pas comparer la situation en Colombie-Britannique à celle en Ontario.

Le sénateur White : Je veux seulement connaître la situation qui prévaut en Colombie-Britannique. Je ne vous demande pas de la comparer. Est-il plus facile d'avoir accès à un programme de traitement de la toxicomanie en établissement en Colombie-Britannique? Quel est le temps d'attente?

M. Tupper : Cela dépend de la régie de la santé. Certaines régies ont de longues listes. Je crois que cela varie d'aussi peu que quelques jours à quelques semaines. Je crois que c'est beaucoup moins que six mois.

Le sénateur White : Si je me présentais aujourd'hui au centre Insite pour obtenir un programme de traitement de la toxicomanie en établissement, serais-je en établissement quelques jours plus tard? Je ne parle pas ici d'un centre de désintoxication, mais bien d'un programme de traitement de la toxicomanie en établissement.

M. Tupper : Vous seriez invité à vous rendre à Onsite, qui est le centre de stabilisation à court terme juste au-dessus d'Insite, et le personnel s'affairerait à vous trouver très rapidement un centre qui offre un programme de traitement en établissement.

Le sénateur Joyal : J'aimerais vous entendre sur l'initiative que prennent les provinces. Une fédération peut intervenir positivement en vue de permettre ce que j'appelle la créativité régionale. Le centre Insite était une initiative de la Colombie-Britannique. L'ajout du fentanyl comme médicament

ocean to the other, I think you will miss the opportunity of creativity. I think of initiatives that can be taken by groups that are sensitized to this problem and can help to create the momentum. If the Canadian Minister of Health waits until there's harmony everywhere before moving nationally, I think we will wait a long time and this crisis will have peaked to an unseen scale. What is your own experience on that basis?

Mr. MacPherson: It's obviously a balancing act. You want to have innovation within a certain framework. But you're right; there are different forces. There are different levels of leadership in municipalities, provincial governments. There are different capacities in communities to address some of these issues. The trick is finding that right mix and allowing the innovation to emerge.

All of these things we're talking about that happened in Europe — heroin-assisted treatment, supervised consumption service, needle exchanges — were all innovations that came out of crises. Right now, we're ripe for more innovations and we hope we can evolve some that will begin to lower the death toll.

I agree with you, and there's that tension. The federal government has to work with the provinces and municipalities within a framework and allow for some experimentation and for some new things to emerge.

The Chair: Gentlemen, thank you both for being here today and taking time out of what I'm sure are busy schedules to assist the committee in its deliberations. We very much appreciate it.

Members, tomorrow we will hear from law enforcement officials and community representatives. The gentleman who is on our agenda today, Dr. Mark Ujjainwalla, will be able to join us tomorrow as well, so we won't be missing out on his testimony.

(The committee adjourned.)

OTTAWA, Thursday, April 6, 2017

The Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs, to which was referred Bill C-37, An Act to amend the Controlled Drugs and Substances Act and to make related amendments to other Acts, met this day at 10:29 a.m. to give consideration to the bill.

Senator Bob Runciman (*Chair*) in the chair.

d'ordonnance était l'initiative du sénateur White. Si vous pensez uniformiser tout d'un océan à l'autre, je crois que vous passerez à côté de ce que la créativité peut nous donner. Je pense à des initiatives que peuvent prendre des groupes qui sont sensibilisés à ce problème, et cela peut contribuer à créer un mouvement. Si la ministre canadienne de la Santé attend que tous les intervenants accordent leurs flûtes avant d'adopter des mesures nationales, je crois que nous attendrons très longtemps et que l'ampleur de cette crise sera sans précédent. Quelle est votre expérience à ce sujet?

M. MacPherson : Il s'agit évidemment de trouver un juste équilibre. Nous voulons permettre l'innovation au sein d'un certain cadre. Toutefois, vous avez raison; il y a diverses forces en présence. La volonté politique varie dans les administrations municipales et provinciales. Les collectivités n'ont pas toutes les mêmes moyens pour s'attaquer à ces problèmes. L'objectif est de trouver la bonne combinaison et de stimuler l'innovation.

Toutes les mesures qui ont été prises en Europe et dont nous parlons — le traitement assisté à l'héroïne, les centres de consommation supervisée et les échanges de seringues — sont toutes des innovations qui ont découlé des crises. Nous sommes actuellement mûrs pour d'autres innovations et nous espérons pouvoir en stimuler certaines qui commenceront à freiner l'hécatombe.

Je suis d'accord avec vous; une telle tension est présente. Le gouvernement fédéral doit collaborer au sein d'un cadre avec les provinces et les municipalités et autoriser certaines expériences, ce qui permettra à des innovations de voir le jour.

Le président : Messieurs, merci d'avoir pris le temps de venir aujourd'hui au comité pour participer à nos délibérations, d'autant plus que je suis certain que vous avez des horaires bien chargés. Nous vous en sommes très reconnaissants.

Chers collègues, nous entendrons demain les témoignages de représentants des forces de l'ordre et de représentants communautaires. Mark Ujjainwalla, soit le témoin qui était prévu à l'ordre du jour aujourd'hui, sera également en mesure de se joindre à nous demain. Nous aurons donc l'occasion d'entendre son témoignage.

(La séance est levée.)

OTTAWA, le jeudi 6 avril 2017

Le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles, auquel a été renvoyé le projet de loi C-37, Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances et apportant des modifications connexes à d'autres lois, se réunit aujourd'hui, à 10 h 29 pour étudier le projet de loi.

Le sénateur Bob Runciman (*président*) occupe le fauteuil.

[English]

The Chair: Good morning and welcome, colleagues, invited guests and members of the general public who are following today's proceedings of the Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs.

Today we are continuing our consideration of Bill C-37, An Act to amend the Controlled Drugs and Substances Act and to make related amendments to other Acts.

We have with us during our first hour at the table, from the Canadian Association of Chiefs of Police, Chief Mario Harel, President; he's also the chief in Gatineau; and Superintendent Paul Johnston, Co-chair, Drug Advisory Committee.

From the Ottawa Police Service, we have Craig Fairbairn, Drug Treatment Court Liaison Officer, Central Patrol Directorate.

Joining us by video conference from Vancouver is Tom Stamatakis, President, Canadian Police Association.

Welcome, gentlemen.

Chief Harel, we will lead off with your opening statement.

Chief Mario Harel, President, Canadian Association of Chiefs of Police: Thank you, Mr. Chair. Distinguished members of this committee, as president of the Canadian Association of Chiefs of Police, I am pleased to be given the opportunity to meet with each of you today. This is my first time as president appearing before this committee and I am privileged to see so many familiar faces.

I would like to introduce Superintendent Paul Johnston, who is the co-chair of the Canadian Association of Chiefs of Police's drug advisory committee and a member of the Ottawa Police Service. He is my technical adviser as we hope to answer all of your questions.

Briefly, the mandate of the CACP is safety and security for all Canadians, through innovative police leadership.

This mandate is accomplished through the activities and special projects of some 20 CACP committees and through active liaison with various levels of government and departmental ministries having legislative and executive responsibility in law and policing.

I will not repeat the obvious, except to say that we have a crisis, an opioid crisis, one that has led to the greater than 900 drug overdose deaths in B.C. in 2016 alone; one that is rapidly moving eastward, wreaking havoc on the most innocent of victims. We saw today in the paper in Montreal it is a concern that is arising in Quebec right now.

This often consumes the daily lives of our officers. The death rate, addictive qualities and potential for profit far exceed anything we have ever before seen.

[Traduction]

Le président : Bonjour à tous. Je souhaite la bienvenue à mes collègues, aux invités et aux membres du grand public qui suivent les travaux du Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles.

Aujourd'hui, nous poursuivons notre étude du projet de loi C-37, Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances et apportant des modifications connexes à d'autres lois.

Pendant la première heure, nous accueillons le chef Mario Harel, président de l'Association canadienne des chefs de police — il est également chef à Gatineau — et le surintendant Paul Johnston, coprésident du Comité consultatif sur les drogues.

Du Service de police d'Ottawa, nous accueillons Craig Fairbairn, agent de liaison du tribunal de traitement de la toxicomanie, Direction de la patrouille centrale.

Par vidéoconférence de Vancouver, nous accueillons Tom Stamatakis, président de l'Association canadienne des policiers.

Bienvenue, messieurs.

Monsieur Harel, nous entendrons d'abord votre exposé.

Chef Mario Harel, président, Association canadienne des chefs de police : Merci, monsieur le président. Membres distingués du comité, à titre de président de l'Association canadienne des chefs de police, je suis heureux d'avoir l'occasion de vous rencontrer aujourd'hui. C'est la première fois que je compare devant le comité à titre de président de cette association, et je suis heureux de voir un si grand nombre de visages familiers.

J'aimerais vous présenter le surintendant Paul Johnston; il est coprésident du Comité consultatif sur les drogues de l'Association canadienne des chefs de police et membre du Service de police d'Ottawa. Il me sert de conseiller technique, car nous espérons répondre à toutes vos questions.

En bref, l'ACCP a le mandat d'assurer la sécurité de tous les Canadiens grâce à un leadership policier innovateur.

Ce mandat est réalisé par les activités et les projets spéciaux de quelque 20 comités de l'ACCP, et par une liaison soutenue avec divers ordres de gouvernements et ministères exerçant des responsabilités législatives et exécutives en matière de droit et de maintien de l'ordre.

Je ne répéterai pas l'évidence, sauf pour préciser que nous faisons face à une crise liée aux opioïdes qui a causé plus de 900 décès par surdose de drogue en Colombie-Britannique en 2016, et qui se propage rapidement vers l'est en faisant des ravages parmi les victimes les plus innocentes. Aujourd'hui, nous avons pu voir dans les journaux de Montréal que c'est également une préoccupation de plus en plus importante au Québec.

Cette crise occupe souvent entièrement le quotidien de nos policiers. Le taux de décès, les propriétés toxicomanogènes et la possibilité de profits dépassent largement ce que nous avons vu auparavant.

The CACP has been pushing hard for a number of elements reflected in this bill and are very supportive that it be passed. We have done so in the context of reducing supply — a focus on those who manufacture and traffic opioids and other drugs, carrying naloxone and treating overdoses on our streets, in addition to ensuring the safety of our officers through education in the handling of these toxic substances. This must be combined with a focus on demand, the public health side. Users are not criminals; they are the unfortunate reality of addiction, marginalization, mental health, et cetera. Here a focus on prevention, education, intervention and treatment is necessary. From this point of view, we see it as a public health crisis.

We need the government to take action that goes beyond party lines, such as the fentanyl precursor legislation that was introduced by Senator White and quickly adopted by Health Canada.

Attitudes towards drugs are changing throughout our communities, for example, with regard to supervised consumption sites. From a CACP perspective, our position is that these are community decisions. These sites are not for every community and there must be a demonstrated need. In our view, they must be coupled with clear avenues to addiction, social programs and wraparound services.

In an effort to help reduce the supply of illicit opioids and other drugs, there are several key requests by the CACP that are included in this bill and will help better equip policing. Specifically, it prohibits the unregistered import of pill presses, encapsulators and other designated devices used in the production of these substances and designated under a new schedule in the CDSA. This is a good start, but could be strengthened through greater vetting and monitoring, for example, background checks on applicants or business and controls on resales. It removes the exception currently placed on border officers to only open mail weighing more than 30 grams so that officers can open international mail of any weight should they have reasonable grounds to suspect the item may contain prohibited, controlled or regulated goods. Temporary accelerated scheduling enables the rapid control of dangerous new substances through temporary scheduling.

The Canadian Association of Chiefs of Police also recognizes measures within this bill to assist in reducing the risk of diversion of controlled substances. In 2015, the CACP passed a resolution highlighting the important need for law enforcement and Canada Post to work together to stop the transmission of contraband through the postal system. Despite any reliable intelligence and information that points to illicit substances being moved through

L'ACCP a lourdement insisté sur plusieurs éléments qui sont reflétés dans ce projet de loi et elle appuie grandement son adoption. Nous avons tenté de réduire l'offre en nous concentrant sur ceux qui fabriquent et distribuent les opioïdes et d'autres drogues, en transportant de la naloxone et en traitant des surdoses dans les rues, en plus d'assurer la sécurité de nos policiers par l'entremise de formations sur la manipulation sécuritaire de ces substances toxiques. Ces activités doivent être menées tout en se concentrant sur la demande, c'est-à-dire l'élément lié à la santé publique. En effet, les consommateurs ne sont pas des criminels, mais ils représentent la triste réalité de la toxicomanie, de la marginalisation, des problèmes de santé mentale, et cetera. Dans ces cas, il est nécessaire de favoriser la prévention, l'éducation, l'intervention et les traitements. Dans cette optique, nous jugeons qu'il s'agit d'une crise en matière de santé publique.

Le gouvernement doit prendre des mesures qui transcendent les barrières partisans, comme la mesure législative sur les précurseurs du fentanyl présentée par le sénateur White et rapidement adoptée par Santé Canada.

Les attitudes à l'égard des drogues évoluent dans nos collectivités, par exemple en ce qui concerne les sites de consommation supervisée. L'ACCP juge que ces sites relèvent de décisions communautaires. En effet, ils ne conviennent pas à toutes les collectivités et ils doivent répondre à un besoin démontré. À notre avis, ces sites doivent également aiguiller vers des services concrets en matière de dépendance, des programmes sociaux et d'autres services connexes.

En vue de contribuer à réduire l'offre d'opioïdes et d'autres drogues illicites, plusieurs demandes importantes de l'ACCP ont été incluses dans le projet de loi, et cela aidera à mieux équiper les policiers. Plus précisément, on interdit l'importation de presses à comprimés et d'instruments d'encapsulation non enregistrés ainsi que d'autres dispositifs utilisés dans la production de ces substances et désignés en vertu d'une nouvelle annexe de la LRCDA. C'est un bon début, mais on pourrait renforcer ces mesures par l'amélioration du triage et de la surveillance, par exemple par des vérifications des antécédents des demandeurs ou des entreprises et par le contrôle des reventes. La mesure législative élimine également l'exception dont font actuellement l'objet les agents frontaliers, qui peuvent seulement ouvrir le courrier de plus de 30 grammes, afin que ces agents puissent ouvrir le courrier international, peu importe le poids, s'ils ont des doutes raisonnables de soupçonner que ces articles pourraient contenir des substances interdites, contrôlées ou réglementées. L'inscription temporaire et accélérée de certaines substances à l'annexe permet de contrôler rapidement ces nouvelles substances dangereuses.

L'Association canadienne des chefs de police reconnaît également les mesures du projet de loi qui visent à réduire le risque de détournement de substances contrôlées. En effet, en 2015, l'ACCP a adopté une résolution selon laquelle il est important que les organismes d'application de la loi et Postes Canada collaborent pour faire cesser le transport de produits de contrebande par l'entremise du système postal. Malgré des

the mail system, it may not be acted upon by police until it is successfully delivered. The CACP will continue to advocate for the modernization of the Canada Post Corporation Act to correct this.

The CACP's long-held position is that we believe in a balanced approach to the issue of substance use and abuse in Canada, consisting of prevention, education, enforcement, counselling, treatment, rehabilitation and, where appropriate, alternative measures and diversion of offenders in order to counter Canada's drug problems.

Again, users are not criminals. They are the unfortunate reality of addiction, marginalization, mental health, et cetera.

The Chair: Chief, could I ask you to wrap up, please?

Mr. Harel: We appreciate the approach and measures included in the bill. We are committed to work with you, all levels of government, our communities and all stakeholders who share the same goal of eradicating this crisis.

Constable Craig Fairbairn, Drug Treatment Court Liaison Officer, Central Patrol Directorate, Ottawa Police Service: Honourable senators and members of the Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs, thank you for welcoming me back for a second time to speak in front of this committee. My name is Craig Fairbairn and I am a sworn constable with the Ottawa Police Service. In addition to working in the Central Patrol Directorate, I also hold a position as the Drug Treatment Court Liaison Officer.

Today's presentation will be different from my last, as Bill C-37 does not directly speak to the drug treatment aspect of the opioid crisis. In fact, the word "treatment" only appears once in the entire 64-page document. Herein lies a major shortcoming of Bill C-37.

On July 6, 2016, the federal Minister of Health announced an action plan on opioid misuse in which five categories were announced. Category 4, supporting better treatment options for patients, has a subtext stating:

... greater and faster access to naloxone, expediting the review of non-opioid pain relievers, and re-examining special requirements for methadone. . .

This commitment by Health Canada to focus on treatment as strictly pharmacological is alarming. Mental health, trauma, socio-economic issues along with matters pertaining to other

renseignements et des informations fiables qui laissent croire que des substances illicites sont transportées par l'entremise du système postal, la police ne peut pas intervenir avant que le colis soit arrivé à destination. L'ACCP continuera de promouvoir la modernisation de la Loi sur la Société canadienne des postes, afin de remédier à cette situation.

L'ACCP soutient depuis longtemps qu'elle croit à l'adoption d'une approche équilibrée en ce qui concerne la consommation et l'abus de substances au Canada par l'entremise de la prévention, de l'éducation, du maintien de l'ordre, du counseling, de traitements, de réhabilitation et, lorsque c'est approprié, de la prise de mesures de rechange et de la déjudiciarisation de délinquants, afin de lutter contre les problèmes de drogues au Canada.

Encore une fois, les consommateurs ne sont pas des criminels. Ils représentent plutôt la triste réalité de la toxicomanie, de la marginalisation, des problèmes de santé mentale, et cetera.

Le président : Monsieur, pourriez-vous conclure, s'il vous plaît?

M. Harel : Nous apprécions l'approche et les mesures prévues dans le projet de loi. Nous nous engageons à collaborer avec vous, avec tous les échelons de gouvernement, avec nos collectivités et avec tous les intervenants qui ont le même objectif, c'est-à-dire résoudre cette crise.

Constable Craig Fairbairn, agent de liaison du tribunal de traitement de la toxicomanie, Direction de la patrouille centrale, Service de police d'Ottawa : Honorables sénateurs et membres du Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles, je vous remercie de me donner à nouveau l'occasion de vous parler. Je m'appelle Craig Fairbairn et je suis un agent assermenté du Service de police d'Ottawa. En plus d'œuvrer au sein de la Direction des patrouilles de la division centrale, j'occupe également le poste d'agent de liaison avec le tribunal de traitement de la toxicomanie.

Ma présentation d'aujourd'hui sera différente de ma précédente, puisque le projet de loi C-37 n'aborde pas directement la question du traitement de la toxicomanie dans la crise des opioïdes. En fait, le mot « traitement » n'apparaît qu'une seule fois dans tout le document de 64 pages, ce qui constitue une importante lacune du projet de loi C-37.

Le 6 juillet 2016, la ministre fédérale de la Santé a annoncé un plan d'action pour lutter contre le mauvais usage des opioïdes, et ce plan contient cinq catégories. La quatrième catégorie, qui vise à soutenir l'amélioration des traitements proposés aux patients, élabore en sous-texte :

... amélioration et accélération de l'accès à la naloxone, accélération de l'examen des analgésiques non opioïdes, revue des exigences particulières pour la méthadone...

Cet engagement de la part de Santé Canada à miser sur le traitement strictement pharmacologique est alarmant, car la santé mentale, les événements traumatisants, les questions

determinants of health are all major contributing factors of drug addiction.

Consequently, treatment for root causes of drug addiction is nowhere mentioned in the Action Plan on Opioid Misuse.

Drug-related crime accounts for a large part of the economic and social costs of illicit drug use, while also contributing to a large share of all crime. The Drug Treatment Court, DTC, program is a glowing example of how prevention and treatment of root causes of criminality result in a low rate of recidivism among participants while saving the economy millions of dollars. DTC has had a profound positive effect on individual participants and communities, and this template for success should be considered in Bill C-37 more specifically towards the implementation of supervised consumption sites.

On December 12, 2016, the Minister of Health re-implemented harm reduction as a pillar of Canada's drug policy to go along with the existing pillars of prevention, treatment and enforcement. When originally discussed publicly in 1996, harm reduction was meant as a temporary measure to help keep people alive until they received treatment.

Unfortunately, it appears harm reduction has become the foundation of Canadian drug policy while abandoning the fundamental pillars of prevention and treatment. This fundamental change in policy has made SCS a focal point in combatting the opioid crisis.

Commonly cited research has overwhelmingly supported SCS. However, critical reviews suggest that evidence regarding the success of SCS cannot be substantiated. Two separate reviews in the *Journal of Global Drug Policy and Practice* in 2007 clearly demonstrated the limitation of commonly cited evidence. Most troubling as a police officer is the common claim that SCS offer crime reduction to the surrounding communities.

For example, when the InSite program first opened in Vancouver in 2003, the Vancouver Police Department for one year assigned four officers at all times to InSite. In addition, the VPD also assigned 60 other officers, deployed in a five-block radius of the program. It should come as no surprise when the crime data demonstrated a reduction in overall crime in the year following the implementation of the program. One could certainly conclude that the concentrated allocation of police resources was the driving factor in the crime reduction statistics and not the implementation of InSite.

socioéconomiques, ainsi que les questions liées à d'autres déterminants de la santé sont tous de sérieux facteurs contributifs de la toxicomanie.

En conséquence, le traitement des causes profondes de la toxicomanie n'est mentionné nulle part au sein du plan d'action pour lutter contre le mauvais usage des opioïdes.

Les crimes liés à la drogue représentent une importante part des coûts économiques et sociaux de l'usage illicite de drogues, tout en contribuant à une forte proportion de la criminalité en général. Le programme du tribunal de traitement de la toxicomanie, le TTT, est un vif exemple de la façon dont la prévention et le traitement des causes profondes de la criminalité amènent un faible taux de récidivisme chez ses participants, tout en épargnant à l'économie des millions de dollars. Le TTT a eu un effet profondément favorable sur les participants individuels et les collectivités, et ce modèle de réussite devrait être envisagé au sein du projet de loi C-37, tout particulièrement en ce qui concerne la mise en œuvre de centres de consommation supervisée.

Le 12 décembre 2016, la ministre de la Santé a rétabli la réduction des méfaits comme pilier de la politique antidrogue canadienne, rejoignant les piliers existants, soit la prévention, le traitement et l'application de la loi. Au départ, soit en 1996, quand la question a fait l'objet d'une discussion publique, la réduction des méfaits se voulait une mesure temporaire visant à maintenir les gens en vie jusqu'à ce qu'ils puissent recevoir des soins.

Malheureusement, il semble que la réduction des méfaits soit devenue le fondement de la politique antidrogue du Canada, délaissant les piliers fondamentaux que sont la prévention et le traitement. Cette modification fondamentale de politique a fait des SCS un point de mire des efforts pour contrer la crise des opioïdes.

Des recherches souvent citées ont lourdement appuyé les SCS. Toutefois, des revues critiques suggèrent que les données concernant le succès des SCS ne peuvent pas être corroborées. Deux revues distinctes parues en 2007 dans *The Journal of Global Drug Policy and Practice* ont clairement démontré les limites des données couramment citées. En tant que policier, ce qui me trouble particulièrement, c'est l'affirmation courante selon laquelle les SCS permettraient de réduire la criminalité dans les communautés avoisinantes.

À titre d'exemple, lorsque le programme InSite a fait ses débuts à Vancouver en 2003, le Service de police de Vancouver a affecté au programme, pour une période d'un an, quatre agents en tout temps. De plus, le SPV a affecté 60 autres agents, déployés dans un rayon de cinq pâtés de maisons autour d'InSite. On ne s'étonnera pas du fait que les données sur la criminalité firent état d'une réduction du taux global durant l'année qui suivit la mise sur pied du programme. On serait certes porté à conclure que l'attribution concentrée de ressources policières a été le facteur déterminant dans la réduction statistique de la criminalité, et non pas la mise en œuvre d'InSite.

Supervised consumption sites, as they stand today in Canada, enable drug addicts and encourage criminal behaviour. Although SCS make it safer for addicts to consume drugs, it does nothing to prevent or treat the addiction and its underlying factors. Instead, SCS promote self-destructive substance abuse and enables criminality. Simply put, the user is still getting their “poison of choice” through drug trafficking or by other means of criminal behaviour. In turn, organized crime continues to benefit while society and communities deal with the repercussions of crime and drug abuse.

Canada’s renewed position on harm reduction needs to be shifted from a criminal issue towards a public health issue. An example of success comes from Switzerland and their Heroin-Assisted Treatment program. In 2008, HAT was legally recognized as a medical intervention, moving the supply and use of illicit drugs into a completely legal, strictly enforced market. In a 2016 review, HAT was found to be cost effective. The expenditures of the program were more than compensated by significant savings to society when factoring in all relevant parameters, including criminal behaviour. The HAT program reduces the illegal supply of drugs and the vast cost associated with drug trafficking.

On March 29, 2017, during the first meeting of this committee on Bill C-37, the Minister of Health discussed how important prevention and treatment are in relation to the ongoing opioid crisis. Unfortunately, there are no provisions under Bill C-37 for drug treatment centres, even though they are considered an integral part of the solution. Instead, the implementation of programs that emphasize prevention and non-pharmacological treatment will be the responsibility of the provinces and their municipalities.

We are facing a major opioid crisis in Canada. However, Bill C-37 is a reactive response to a problem that needs be a proactive solution. The time is now to address the root causes of drug abuse and stop the “revolving door” of addiction and crime in Canada.

Thank you for the opportunity to speak today. I would be happy to answer any of your questions.

The Chair: Mr. Stamatakis, the floor is yours.

Tom Stamatakis, President, Canadian Police Association: Good morning, honourable senators. It’s my pleasure to appear before you this morning to discuss Bill C-37, An Act to amend the Controlled Drugs and Substances Act and to make related amendments to other Acts.

Les sites de consommation supervisée, tels qu’ils sont présentement au Canada, habilent les toxicomanes et encouragent le comportement criminel. Même si les SCS permettent à un toxicomane de consommer de la drogue de façon plus sécuritaire, ils ne font rien pour prévenir ou traiter la dépendance et ses facteurs sous-jacents. En effet, les SCS encouragent plutôt une toxicomanie autodestructive et favorisent la criminalité. Bref, l’usager obtient encore le « poison de son choix » par la voie du trafic de drogue ou d’autres moyens criminels. Pour sa part, le crime organisé continue d’en profiter, tandis que la société et les collectivités doivent composer avec les répercussions du crime et de la toxicomanie.

La position renouvelée du Canada à l’égard de la réduction des méfaits doit faire une transition et devenir, d’une question de criminalité, une question de santé publique. Un exemple de réussite est celui de la Suisse et de son programme de prescription médicale d’héroïne. En 2008, la PMH a été juridiquement reconnue à titre d’intervention médicale, déplaçant l’offre et l’utilisation de drogues illicites sur un marché parfaitement légal et rigoureusement réglementé. Dans le cadre d’une revue parue en 2016, la PMH s’est avérée efficace sur le plan des coûts. En effet, les dépenses du programme étaient plus que compensées par de considérables économies pour la société, en tenant compte de tous les paramètres pertinents, y compris le comportement criminel. Le programme de PMH diminue l’approvisionnement illégal de drogues et les énormes coûts associés à son trafic.

Le 29 mars 2017, lors de la première réunion de votre comité sur le projet de loi C-37, la ministre de la Santé a souligné la grande importance de la prévention et du traitement relativement à la crise des opioïdes qui sévit actuellement. Malheureusement, aucune disposition n’a été prévue dans le cadre du projet de loi C-37 pour les centres de désintoxication, même si on considère qu’ils représentent un élément indispensable de la solution. La mise en œuvre de programmes mettant l’accent sur la prévention et les traitements non pharmacologiques sera plutôt la responsabilité des provinces et de leurs municipalités.

Nous sommes confrontés à une grave crise des opioïdes au Canada. Toutefois, le projet de loi C-37 est une intervention réactive face à un problème qui nécessite une solution proactive. L’heure est venue de s’attaquer aux causes profondes de l’abus de drogue et de freiner la « porte tournante » de la toxicomanie et du crime au Canada.

Je vous remercie de m’avoir donné l’occasion de vous parler aujourd’hui. Je serai heureux de répondre à vos questions.

Le président : Monsieur Stamatakis, vous avez la parole.

Tom Stamatakis, président, Association canadienne des policiers : Bonjour, honorables sénateurs. Je suis heureux de comparaître devant vous aujourd’hui pour vous parler du projet de loi C-37, Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances et apportant des modifications connexes à d’autres lois.

I am appearing this morning in my capacity as president of the Canadian Police Association, an umbrella organization that represents over 60,000 front-line police personnel, both civilian and sworn, from police organizations across Canada. To provide a bit of perspective, my comments today are also informed by my years working with the Vancouver Police Department and first-hand experience in the city of Vancouver, the location of Canada's first supervised drug consumption site.

I'll begin my remarks today by saying there are a lot of very positive measures contained within Bill C-37 that are wholeheartedly supported by Canada's front-line policing community. While I would be quite happy to answer any questions you may have with respect to areas of the bill that we might support, for the sake of time constraints and to allow for a fulsome discussion, I'll keep my opening remarks brief and confined to the area of contention, which is obviously the streamlined process to open new supervised drug consumption sites in Canada.

There is no question that Canada is facing an opioid crisis and as police professionals, we must recognize that the people being seen at these sites are medically ill and are in need of medical treatment. There is some data to support the claims made by proponents of supervised consumption sites that lives are saved when intravenous drug users are provided with immediate medical care in case of overdose. However, this unfortunately doesn't tell the entire story.

Users of supervised consumption sites still have to obtain their drug of choice before injecting any substance, and by the very nature of what they're consuming, they are committing criminal acts in the process. This is where the objection of front-line police comes into play. Having been a police officer on the streets of Vancouver, I have seen the devastation illegal drug dealing is having on our community both on addicts but also on citizens who have been the victims of the criminal behaviour needed for addicts to satisfy their demand for the product.

The simple fact is that the drugs that are consumed at these sites are illegal and harmful substances. An individual doesn't walk into their local pharmacist to obtain heroin. There are criminal and other harmful acts that occur to create the means to ultimately procure their drugs. With the grey area that has been created around InSite in the Downtown Eastside, our officers are asked to exercise incredible discretion in their policing efforts, but the drug dealers are ready and particularly eager to exploit this discretion to the fullest extent possible.

While the statistics and information around lives saved from overdose is an important consideration, where I believe this current approach has fallen well short is around the treatment and diversion aspects of drug use. Until we see increased efforts to move addicts away from this harmful behaviour, I am not

Je comparais aujourd'hui à titre de président de l'Association canadienne des policiers, un organisme qui représente plus de 60 000 membres du personnel policier de première ligne, à la fois civils et assermentés, qui travaillent pour des services de police de partout au Canada. Pour vous mettre en contexte, mon exposé d'aujourd'hui est également éclairé par mes années de travail pour le Service de police de Vancouver et mon expérience concrète dans la ville de Vancouver, le lieu du premier site de consommation de drogues supervisée au Canada.

J'aimerais d'abord préciser que de nombreuses mesures très positives contenues dans le projet de loi C-37 sont appuyées sans réserve par la communauté policière de première ligne du Canada. Même si je serai heureux de répondre à toutes vos questions concernant les parties du projet de loi que nous soutenons, en raison des contraintes de temps et pour permettre la tenue d'une discussion approfondie, mon exposé sera bref et concernera seulement le point de discorde, c'est-à-dire le processus rationalisé pour ouvrir de nouveaux sites de consommation supervisée au Canada.

Il ne fait aucun doute que le Canada fait face à une crise liée aux opioïdes et à titre de policiers professionnels, nous devons reconnaître que les gens qui utilisent ces sites sont malades et qu'ils ont besoin de soins médicaux. Certaines données appuient les défenseurs des sites de consommation supervisée qui affirment qu'on sauve des vies lorsqu'on fournit aux utilisateurs de drogues intraveineuses des soins médicaux immédiats en cas de surdose. Toutefois, ces données ne racontent pas toute l'histoire.

En effet, les utilisateurs de sites de consommation supervisée doivent tout de même obtenir leur drogue de choix avant de se l'injecter, et en raison de la nature des substances qu'ils consomment, ils commettent des actes criminels. C'est là où l'objection des policiers de première ligne entre en jeu. À titre de policier qui a travaillé dans les rues de Vancouver, j'ai vu les effets désastreux qu'entraîne le commerce de drogues illégales sur notre collectivité et sur les toxicomanes, mais également sur les citoyens qui ont été victimes des comportements criminels que les toxicomanes doivent adopter pour obtenir les substances dont ils ont besoin.

Bref, les drogues consommées sur ces sites sont illégales et dangereuses. En effet, on ne peut pas acheter de l'héroïne à la pharmacie du coin. Au bout du compte, il faut avoir recours à des actes criminels et à d'autres comportements dangereux pour créer les moyens de se procurer ces drogues. En raison de la zone grise qui a été créée autour d'InSite dans le centre-est de Vancouver, on demande à nos policiers d'exercer un énorme pouvoir discrétionnaire dans le cadre de leurs efforts pour maintenir l'ordre, mais les trafiquants de drogues sont prêts et particulièrement déterminés à exploiter ce pouvoir discrétionnaire dans toute la mesure du possible.

Même s'il est important de tenir compte des statistiques et des renseignements liés au nombre de vies sauvées en cas de surdose, à mon avis, l'approche actuelle présente de graves lacunes en ce qui concerne le traitement et la déjudiciarisation de l'utilisation de drogues. Aussi longtemps que nous n'observerons pas d'efforts

convinced the proliferation of supervised injection sites in other communities will result in anything more than examples of potentially vibrant communities becoming another Downtown Eastside. There are very few unbiased observers who would walk the Downtown Eastside of Vancouver and claim, using only the eye test, that the Downtown Eastside with InSite is an overwhelming success.

My views around this have, I should note, evolved as I've spent more time considering this particular issue. While our organization does not support the present movement found in Bill C-37, we would support an amendment that has these facilities providing a pharmaceutical medical response to addicts and their addictions. In essence, we support supervised consumption sites that replace what an addict would otherwise purchase or obtain from a drug dealer for a prescribed medical replacement. This would mean a medical response to a medical issue rather than the current model. Further, such a model should continue to focus on education and treatment, and include mechanisms to ensure addicts are no longer engaged in activities that are harmful to themselves or to the broader community.

I also believe that any efforts towards establishing additional supervised consumption sites should recognize the need to emphasize public and community safety. While I understand that these sites exist to provide a health care response to a dangerous substance, I believe there should be clear rules established to ensure that those who use supervised injection sites are not to be found committing criminal offences, for example, property crimes, trafficking, et cetera. If done correctly, there is a real opportunity to provide addicts with an appropriate and effective medical response to a serious health issue while also protecting other citizens and the broader community from the harms associated with drug activity in communities across the country.

Prescribing an appropriate medical replacement would positively address the current conditions addicts find themselves in where they are left to their own devices when it comes to acquiring their drug of choice. Further, this approach would likely lead to a greater focus on counselling and treatment, and that in turn would result in more positive outcomes for addicts and for communities.

I do want to keep my opening remarks brief. Bill C-37 is important legislation and I appreciate the invitation to appear before you today. We all have a shared goal, which is the protection and safety of our communities. While we may disagree about best practices and procedures, it's important to note that there is quite a bit contained within this bill that will provide

accrus en vue de décourager les toxicomanes d'adopter ces comportements dangereux, je ne suis pas convaincu que la prolifération des sites d'injection supervisée dans d'autres collectivités produira autre chose que des exemples de collectivités potentiellement dynamiques qui deviendront un autre quartier centre-est de Vancouver. Très peu d'observateurs impartiaux accepteraient de marcher dans le quartier centre-est de Vancouver et d'affirmer, en se fondant uniquement sur leurs observations, que ce quartier qui abrite InSite est une réussite extraordinaire.

Je dois souligner que mon opinion a évolué au fil de mes réflexions sur la question. Même si notre organisme n'appuie pas le mouvement actuel décrit dans le projet de loi C-37, nous appuierions un amendement qui obligerait ces installations à fournir une intervention médicale et pharmacologique aux toxicomanes et à leur dépendance. Essentiellement, nous appuyons les sites de consommation supervisée qui remplacent les substances qu'un toxicomane achèterait ou obtiendrait autrement d'un trafiquant de drogues par une substance de remplacement médicalement prescrite. Contrairement au modèle actuel, cela représenterait une intervention médicale en réponse à un problème médical. De plus, un tel modèle devrait continuer de se concentrer sur l'éducation et le traitement, et inclure des mécanismes qui veillent à ce que les toxicomanes ne participent plus à des activités qui leur sont nuisibles ou qui nuisent à l'ensemble de la communauté.

Je crois également que dans le cadre de tout effort en vue d'établir des sites de consommation supervisée additionnels, on devrait reconnaître la nécessité de mettre l'accent sur la sécurité publique et communautaire. Même si je comprends que ces sites existent pour offrir des interventions en matière de soins de santé à la suite d'une consommation d'une substance dangereuse, j'estime qu'il devrait y avoir des règles claires en place pour s'assurer que les utilisateurs de ces sites d'injection supervisée ne commettent pas d'infractions criminelles tels que des crimes contre les biens, le trafic de drogues, et cetera. Si on fait bien les choses, on a une réelle occasion d'offrir aux toxicomanes une intervention médicale appropriée et efficace à un grave problème de santé tout en protégeant également d'autres citoyens et la communauté en général contre les méfaits associés au trafic de drogues dans les communautés au pays.

Prescrire un médicament de rechange approprié contribuerait positivement à résoudre les situations dans lesquelles les toxicomanes se retrouvent pour se procurer leur drogue de prédilection. De plus, cette approche mettrait vraisemblablement davantage l'accent sur le counseling et le traitement, ce qui produirait des résultats plus positifs pour les toxicomanes et les communautés.

Je veux que ma déclaration liminaire soit brève. Le projet de loi C-37 est une mesure législative importante, et je vous suis reconnaissant de m'avoir invité à comparaître devant vous aujourd'hui. Nous avons tous un but en commun, à savoir la protection et la sécurité de nos communautés. Bien que nous ayons peut-être des idées divergentes sur les pratiques exemplaires

additional tools and resources to police officers from the harmful and sometimes deadly effects of drug use and abuse, and I wouldn't want you to conclude from my remarks that we oppose any of those efforts. Opening new supervised consumption sites may be a component to the overall goal of addressing the opioid crisis and the health care issues that go hand in hand, but it should be done carefully and to ensure that the end result is that public safety is never jeopardized and that the protection of our communities' most vulnerable is always paramount.

The Chair: Thank you. We will begin questions with Senator McIntyre.

Senator McIntyre: Thank you all for your presentations. My first question goes to Mr. Fairbairn. As we all know, there are positive and negative aspects to Bill C-37. The positive aspects were outlined by Chief Mario Harel. On the negative side, what bothers me, and I know it bothers you as well, is that Bill C-37 does not legislate on drug treatment centres that are considered as being an important part of the solution.

In your presentation, you also spoke about drug treatment courts. Could you elaborate a bit on that, please?

Mr. Fairbairn: Last year, I appeared before the committee and spoke about the Drug Treatment Court Program in response to court delays.

The Drug Treatment Court program we have in Ottawa is exactly what it sounds like: to help drug addicts and get them out of the normal criminal proceedings of locking them up in jail. We realize that drug addiction is not a criminal behaviour; it is a mental issue, a health issue.

What we do is take someone who has committed a crime and identify them as someone who suffers from hard-drug addiction. It has to be a hard drug. They are implemented in the program if they are able to qualify through vigorous background checks. They go through myself, as well as probation officers and federal and provincial Crowns. We flag them for anything that has to do with violent offences.

If they pass through and there is nothing of concern in their background history, they are implemented in the program, which can range from nine to eighteen months for successful candidates.

In this program, they will attend weekly treatment sessions and go to court weekly in front of a judge, along with other participants of the program. Through this program, they get the treatment they need. At the end of it, they come out. Instead of

et les procédures, il convient de souligner que des mesures sont prévues dans ce projet de loi pour offrir des ressources et des outils additionnels aux policiers pour qu'ils puissent composer avec les effets néfastes et parfois mortels de la consommation et de l'abus de substances. Je ne voudrais pas que mes remarques vous amènent à penser que nous nous opposons à ces efforts. La mise sur pied de nouveaux sites de consommation supervisée peut être un élément du but global visant à s'attaquer à la crise des opioïdes, mais ce doit être fait soigneusement pour veiller à ce que, au final, la sécurité publique ne soit jamais compromise et que la protection des populations les plus vulnérables de nos communautés soit toujours prioritaire.

Le président : Merci. Nous allons commencer la période des questions avec le sénateur McIntyre.

Le sénateur McIntyre : Merci à vous tous de vos déclarations. Ma première question s'adresse à M. Fairbairn. Comme nous le savons tous, il y a des aspects positifs et négatifs au projet de loi C-37. Les aspects positifs ont été énumérés par le chef Mario Harel. Le côté négatif, ce qui me dérange, et je sais que cela vous préoccupe aussi, c'est que le projet de loi C-37 ne légifère pas sur les centres de traitement de la toxicomanie qui sont considérés comme étant une partie importante de la solution.

Dans votre déclaration, vous avez également parlé des tribunaux de traitement de la toxicomanie. Pourriez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet, s'il vous plaît?

M. Fairbairn : L'an dernier, j'ai comparu devant le Comité et j'ai parlé du Programme judiciaire de traitement de la toxicomanie pour régler les retards judiciaires.

Le Programme judiciaire de traitement de la toxicomanie que nous avons à Ottawa fait exactement ce que son titre dit : il aide les toxicomanes et les sort des procédures judiciaires normales qui consistent à les incarcérer. Nous sommes conscients que la toxicomanie n'est pas un comportement criminel; c'est un problème de santé mentale.

Nous prenons un individu qui a commis un crime et nous déterminons qu'il souffre de dépendance aux drogues dures. Il faut que ce soit une dépendance aux drogues dures. Ces toxicomanes peuvent faire partie du programme si on juge qu'ils y sont admissibles par l'entremise de vérifications des antécédents rigoureuses. Ils sont interrogés par moi, de même que par des agents de probation et des agents des Couronnes fédérale et provinciale. Nous vérifions s'ils ont déjà commis des infractions violentes.

Si la vérification de leurs antécédents ne révèle rien de préoccupant, ces gens participeront au programme pour une durée allant de 9 à 18 mois.

Dans le cadre de ce programme, les participants assisteront à des séances de traitement hebdomadaires et se présenteront en cour chaque semaine devant un juge, avec d'autres participants. Ils reçoivent le traitement dont ils ont besoin. À la fin du

going to jail, they received the treatment. They are no longer addicted to the hard drugs and are released back into society to contribute positively.

Senator McIntyre: Mr. Stamatakis, do you wish to comment?

Mr. Stamatakis: I'm familiar with drug court programs. They're effective programs. If I heard your comments correctly at the outset, I would certainly support more rigorous legislation around making participation compulsory and also focusing more on the treatment aspect.

The challenge that we have, from our experience in Vancouver, is you often have people participating in the kind of program that my colleague described, only to find themselves again in the Downtown Eastside after they complete the program and exposed to the same kind of culture and availability of harmful drugs. The challenge often becomes that they fall back into the same harmful behaviours, if they even successfully complete the program.

Any kind of legislative support of these drug court programs is a positive thing.

Senator Pate: In previous testimony before this committee regarding supervised injection sites, you mentioned, on behalf of the Canadian Police Association, that one of the reasons you were not supporting them was that in your experience in policing the Downtown Eastside, some of the most marginalized drug users were not using InSite.

You've mentioned that your understanding and awareness of these issues has evolved. I'm wondering if that's still your position and, if so, what you see in terms of what is happening to those most marginalized drug users. Are they being arrested? Are they being criminalized? What is happening, in your experience?

Mr. Stamatakis: I think the police community has generally evolved in their thinking. We treat the most marginalized people who are drug-addicted with a lot of care and compassion, and are looking for alternatives to criminalizing their behaviour.

The problem that we have in policing is we don't have enough resources. We don't have enough access to treatment facilities. We don't have enough access, once we come into contact with that marginalized person, where to take them so they can get support, appropriate housing and access to alternatives to harmful substances.

In terms of my views around supervised consumption sites, my views haven't changed. I don't think the situation in Vancouver has changed at all. I would argue it's probably the same in any other community that currently has a supervised injection site or is contemplating having one.

traitement, ils sortent du programme. Plutôt que d'être incarcérés, ils ont reçu un traitement. Ils ne sont plus dépendants aux drogues dures et ils réintègrent la société pour y apporter une contribution positive.

Le sénateur McIntyre : Monsieur Stamatakis, voulez-vous faire une observation?

M. Stamatakis : Je connais les programmes judiciaires de traitement de la toxicomanie. Ce sont des programmes efficaces. Si j'ai bien compris les remarques que vous avez faites au début de votre déclaration, j'appuierais certainement des mesures législatives plus rigoureuses qui rendraient obligatoire la participation à ces programmes et qui mettraient davantage l'accent sur le traitement.

Le problème auquel nous sommes confrontés, de notre expérience à Vancouver, c'est que souvent, des gens participent à ce type de programme que mon collègue a décrit, mais ils se retrouvent ensuite dans le quartier Downtown Eastside après avoir terminé le programme et sont exposés au même type de culture et aux mêmes types de drogues nocives. Souvent, le problème est qu'ils rechutent et reprennent leurs comportements néfastes, et ce, même s'ils ont même terminé le programme.

Toute mesure législative qui appuie ces programmes judiciaires de traitement de la toxicomanie est une bonne chose.

La sénatrice Pate : Dans le témoignage que vous avez fait au comité concernant les sites d'injection supervisée, vous avez mentionné, au nom de l'Association canadienne des policiers, que l'une des raisons pour lesquelles vous n'appuyez pas ces sites est à cause de votre expérience dans vos fonctions de maintien de l'ordre dans le quartier Downtown Eastside, où quelques-uns des toxicomanes les plus marginalisés n'utilisaient pas le centre InSite.

Vous avez mentionné que votre compréhension de ces problèmes a évolué. Je me demande si vous êtes toujours de cet avis et, le cas échéant, si vous pouvez nous dire ce qui arrive aux toxicomanes les plus marginalisés. Est-ce qu'ils se font arrêter? Sont-ils criminalisés? Qu'advient-il d'eux?

M. Stamatakis : Je pense que les services de police, de façon générale, ont changé leur façon de penser. Nous traitons les personnes toxicomanes les plus marginalisées avec beaucoup de soins et de compassion, et nous essayons de trouver des solutions de rechange pour éviter de criminaliser leur comportement.

Le problème auquel nous nous heurtons dans les services de police, c'est que nous n'avons pas suffisamment de ressources. Nous n'avons pas suffisamment accès aux établissements de soins. Nous n'avons pas suffisamment accès, lorsque nous sommes en contact avec une personne marginalisée, à des centres où elle pourrait obtenir du soutien, un hébergement convenable et un accès à des solutions de rechange aux substances nocives.

Pour ce qui est de mon opinion sur les sites de consommation supervisée, elle n'a pas changé. Je ne pense pas que la situation à Vancouver ait changé. Je dirais que la situation est probablement la même que dans n'importe quelle autre communauté qui a un site d'injection supervisée en place ou qui envisage d'en avoir un.

You are going to continue to see the most marginalized of these drug addicts preyed upon and taken advantage of by drug traffickers, and they will continue to engage in harmful behaviour that ultimately undermines their health and well-being. That's why I think one alternative is to say, "Let's not put these people in a position where they're continuing to cause harm to the community by committing crimes and also harm to themselves." For example, our marginalized sex-trade workers, who are being taken advantage of by predators so they can get a bit of money to buy some illegal drugs they can use.

Let's find alternatives. Perhaps one is to create a safe environment for them where we prescribe an alternative, and hopefully we can intervene to get those people into a better place.

Senator Pate: Dr. Gabor Maté, who has done some work in and around InSite, has described InSite as being almost like a triage place, and what's needed is much more effective long-term and wraparound types of services.

I'm asking all the witnesses — and thank you for your work and for coming before us today — if you can comment on some of the models that have been put before this committee by other witnesses, such as those in Portugal or Switzerland, if you're familiar with some of those options, and the research that Dr. Gabor Maté has presented around the links to childhood trauma, in particular, and in particular for indigenous people who end up in the Downtown Eastside or in other areas, anesthetizing themselves with drugs in large part because of their histories of abuse.

Superintendent Paul Johnston, Co-chair, Drug Advisory Committee, Canadian Association of Chiefs of Police: Senator, as you know, in some countries the focus is on treatment, and some countries are more open to drug use.

What we're seeing, in our experience, is the focus has never been on treatment. Our front-line officers, on a regular basis, are dealing with unfortunate individuals, and it can be anybody from any population that has to address addiction. It could be athletes or anyone. Unfortunately, that's their focus.

Our experience, from a policing perspective across the nation, is that there is no opportunity. Police officers want to provide help and hand over people for treatment. Some other countries are better at doing the treatment aspect. In Canada, the frustration is that we don't have that clear link, and that seems to be the gap.

Your focus here has been on supervised consumption sites. We understand the harm-reduction model and the need for it, but we don't see that continuum of care. How do we get an opportunity? These individuals, who are, unfortunately, addicted, can be

Vous allez continuer de voir ces personnes les plus marginalisées être la proie des trafiquants de drogue, et elles continueront d'adopter des comportements néfastes qui nuiront à leur santé et à leur bien-être. C'est pourquoi je pense qu'une solution de rechange est de dire, « Ne plaçons pas ces personnes dans une situation où elles pourront continuer à causer des torts à la communauté en commettant des crimes et à s'infliger elles-mêmes des torts ». Par exemple, nos travailleurs du sexe marginalisés sont exploités par des prédateurs pour gagner un peu d'argent afin de se procurer des drogues illicites.

Trouvons des solutions de rechange. Ce pourrait notamment être de créer un environnement sécuritaire pour ces personnes où nous leur prescrivons un médicament de rechange, en espérant pouvoir intervenir pour leur trouver un endroit plus sûr.

La sénatrice Pate : Le Dr Gabor Maté, qui a fait des recherches sur les centres InSite, les a décrits comme étant presque des centres de triage, et il a dit qu'il faut des services à long terme beaucoup plus efficaces et complets.

Je demande à tous les témoins — et je les remercie de tout le travail qu'ils font et de leur témoignage aujourd'hui — de se prononcer sur quelques-uns des modèles qui ont été proposés au comité par d'autres témoins, tels que ceux au Portugal et en Suisse, s'ils les connaissent. J'aimerais aussi qu'ils commentent les recherches que le Dr Gabor Maté a présentées sur les liens entre les traumatismes de l'enfance et la toxicomanie, et surtout chez les Autochtones qui aboutissent dans le quartier Downtown Eastside ou dans d'autres secteurs, et qui endorment la douleur en consommant de la drogue en grande partie à cause des mauvais traitements qu'ils ont subis.

Surintendant Paul Johnston, coprésident, Comité consultatif sur les drogues, Association canadienne des chefs de police : Madame la sénatrice, comme vous le savez, dans certains pays, on met l'accent sur le traitement, et certains pays ont une plus grande ouverture d'esprit face à la toxicomanie.

Ce que nous voyons, d'après notre expérience, c'est qu'on n'a jamais misé sur le traitement. Nos agents de première ligne traitent régulièrement avec des personnes malchanceuses, et ce peut être n'importe quelle personne issue de n'importe quel segment de la population qui est aux prises avec des problèmes de dépendance. Il peut s'agir d'athlètes, ou peu importe. Malheureusement, c'est leur priorité.

D'après notre expérience dans le maintien de l'ordre au pays, il n'y a pas de possibilités. Les policiers veulent offrir de l'aide et des traitements aux gens. Certains pays réussissent mieux pour offrir des traitements. Au Canada, ce qui est frustrant, c'est que nous n'avons pas de lien clair, ce qui semble être la lacune.

Vous vous concentrez sur les sites de consommation supervisée. Nous comprenons le modèle de réduction des méfaits et sa nécessité, mais nous ne voyons pas de continuum de soins. Comment pouvons-nous en avoir un? Ces gens qui sont

anybody, and they want help, but they don't know how to get help. It is not the opportunity of let's provide them help when we can, it's providing that help when they need it.

Our frustration is, we've had people who want help now. Unfortunately, we'll set them up with one of the health services and they'll schedule an appointment for two weeks down the road. They're not even sure what day it is, and they have trouble with their scheduling and whatnot. The focus needs to be on treatment. Harm reduction has a role.

Senator Batters: Thank you very much. This is very insightful testimony being provided here.

Constable Fairbairn, I appreciate the fact you're on the ground fighting this battle and trying to help drug-addicted people every day. Thank you for that. You made some important points that I would like you to potentially draw out more, because I know we gave everyone very limited time for opening statements.

It stuck me when you said that "treatment" is only mentioned once in the 64-page document. That's potentially a real failing in the fact that you find that harm reduction has become a foundation here and abandoning prevention and treatment. Could you speak more about that, and also the fact that in treatment, pharmacological, mental illness, trauma and those kinds of things play a major role, and you see that every day.

Mr. Fairbairn: Absolutely. I've been fortunate enough to work in the Market area just down the street for the last eight years. Every day I deal with people from shelters who are addicted heavily to hard drugs: crack cocaine, heroin and fentanyl now.

The big issue that we have, it goes back to the word "treatment." It only showed up once in the entire bill and that was in the preamble.

These people don't necessarily need harm reduction. They need better treatment so they don't get to the point where they need harm reduction. Right now you have a revolving door, especially with supervised consumption sites. The addicts are buying drugs off the street from drug traffickers. To do that, they have to commit crimes because they have no money. The money they do have that's supplied by the government goes right to the drug dealers.

They then go to the supervised consumption site. They're injecting there and then leaving. They are leaving very quickly, sometimes within five minutes, and they're not getting treatment. What we propose is that it needs to move from a criminal issue to a health issue so if they go there they can get treatment.

malheureusement toxicomanes et qui veulent obtenir de l'aide ne savent pas comment l'obtenir. Nous ne voulons pas leur offrir de l'aide lorsque nous pouvons le faire; nous devons leur offrir l'aide dont ils ont besoin.

Ce qui est frustrant, c'est qu'il y a des gens qui veulent de l'aide maintenant. Malheureusement, nous les dirigeons vers l'un des services de santé et ils fixent un rendez-vous, qui sera deux semaines plus tard. Ils ne savent même pas quel jour nous sommes et ont du mal à organiser leur horaire. Il faut accorder la priorité au traitement. La réduction des méfaits a un rôle à jouer.

La sénatrice Batters : Merci beaucoup. C'est un excellent témoignage.

Constable Fairbairn, je sais que vous travaillez sur le terrain à mener cette bataille et à essayer d'aider les toxicomanes tous les jours. Je vous en remercie. Vous avez fait valoir des points importants que j'aimerais que vous expliquiez plus en détail, car je sais que tous les témoins disposent de très peu de temps pour faire leur exposé liminaire.

J'ai été frappée lorsque vous avez dit que le mot « traitement » n'est mentionné qu'une seule fois dans le document de 64 pages. C'est une véritable lacune que la réduction des méfaits soit à la base du processus et qu'on laisse tomber la prévention et les traitements. Pourriez-vous nous en dire plus à ce sujet, ainsi que sur le fait que dans le cadre des traitements, les produits pharmaceutiques, les problèmes de santé mentale, les traumatismes et ce genre de facteurs jouent un rôle important, et vous en êtes témoins tous les jours?

M. Fairbairn : Absolument. J'ai eu la chance de travailler dans le marché, près d'ici depuis les huit dernières années. Chaque jour, je traite avec des gens qui vivent dans des refuges et qui sont très dépendants aux drogues dures : le crack, l'héroïne et maintenant le fentanyl.

Le gros problème que nous avons se rapporte au mot « traitement ». Il n'apparaît qu'une seule fois dans tout le projet de loi et c'est dans le préambule.

Ces gens n'ont pas forcément besoin de mesures de réduction des méfaits. Ils ont besoin de meilleurs traitements pour éviter qu'on n'ait pas à en venir à la réduction des méfaits. À l'heure actuelle, on est aux prises avec le syndrome de la porte tournante, et surtout avec les sites de consommation supervisée. Les toxicomanes se procurent des drogues dans la rue auprès de trafiquants de drogue. Pour ce faire, ils doivent commettre des crimes parce qu'ils n'ont pas d'argent. L'argent qu'ils reçoivent du gouvernement va directement dans les poches des trafiquants de drogue.

Ils se rendent ensuite au site de consommation supervisée. Ils s'injectent puis ils partent. Ils partent très rapidement, parfois après cinq minutes, et ils ne reçoivent pas de traitement. Ce que nous proposons, c'est que le problème de criminalité doit devenir un problème de santé pour que ces gens puissent recevoir des traitements.

Four years ago I broke my leg and went to the doctor. They wanted to prescribe OxyContin. How is that different than a drug addict who has a health issue who needs to get heroin or methadone prescribed? There is no difference.

Senator Batters: Exactly. We've seen, with overprescribing of those types of medications, that's how people sometimes get into this terrible, unfortunate cycle.

I have a question for someone from the national organization, perhaps, but the epidemic of opioids does not only affect cities. We have been hearing testimony from those from cities, but there are many deaths in rural areas. Are drug injection sites a solution to the epidemics we're seeing in some Canadian small towns and rural areas? If not, what other measures would you like to see used for those rural areas to help people there?

Mr. Stamatakis: It comes back to this focus on treatment and education and prevention. I've been involved in the drug discussion since 2003 when InSite was first created. I'm familiar with Dr. Gabor Maté's research; I agree with much of it. I agree we need a broader, more holistic approach that does emphasize treatment, counselling, education. I am familiar with all the programs in all the other countries. They have a very robust treatment counselling component, even in Portugal, where it is always held out as the model where they have legalized.

You're right. If you get into the smaller communities and rural areas, safe consumption sites are not going to resolve this issue. Safe consumption sites don't even address the problem in major cities. We have people dying from overdoses who wouldn't come near a safe consumption site. These are what typically would be referred to as normal people who are trying something once or twice or using something recreationally on an occasional basis.

It's not just about safe consumption sites. We need a holistic approach that focuses on education, prevention, treatment and hopefully moving to something that we've accomplished with tobacco and alcohol where we get fewer people using those substances.

Mr. Johnston: I agree with the comments. Proper education is the key point. You're seeing now with the fentanyl crisis, the youth are referring to the Internet to get their information. Some of it may be accurate; some of it may not be.

As an example, we're seeing with the advent of naloxone, which is perhaps life-saving doses that can bring someone to get medical attention, but the students and youth are talking about

Il y a quatre ans, je me suis cassé la jambe et je suis allé voir le médecin. On voulait me prescrire de l'OxyContin. Comment cette situation est-elle différente de celle d'un toxicomane qui souffre d'un problème de santé et qui a besoin qu'on lui prescrive de l'héroïne ou de la méthadone? Il n'y a pas de différence.

La sénatrice Batters : Exactement. Nous avons vu, avec la prescription abusive de ces types de médicaments, que c'est de cette manière que des gens tombent dans ce terrible et triste cycle.

J'ai une question pour un témoin de l'organisation nationale, mais je dois dire que l'épidémie des opioïdes ne touche pas seulement les villes. Nous avons entendu des témoignages de personnes de ces villes, mais il y a de nombreux décès qui surviennent dans les régions rurales. Les sites d'injection sont-ils une solution à l'épidémie que nous constatons dans certaines petites villes et régions rurales canadiennes? Si non, quelles autres mesures aimeriez-vous que l'on utilise dans ces régions rurales pour aider les gens?

M. Stamatakis : Cette question se rapporte à la priorité à accorder au traitement, à l'éducation et à la prévention. Je participe aux discussions sur les drogues depuis 2003, lorsque le centre InSite a été créé. Je suis au courant des recherches du Dr Gabor Maté; je souscris à la majorité de ses conclusions. Je suis d'accord pour dire que nous avons besoin d'une approche plus vaste et plus holistique qui met l'accent sur le traitement, le counseling et l'éducation. Je connais tous les programmes offerts dans tous les autres pays. Ils ont un volet très solide axé sur le traitement et le counseling, même au Portugal, qui est toujours considéré comme étant le modèle où l'on a procédé à la légalisation.

Vous avez raison. Dans les communautés de plus petite taille et les régions rurales, les sites de consommation sécuritaire ne régleront pas ce problème. Les sites de consommation sécuritaire ne règlent même pas le problème dans les grands centres urbains. Nous avons des gens qui meurent d'une surdose qui ne se seraient jamais approchés d'un site de consommation sécuritaire. On considérerait habituellement ces gens comme étant des personnes normales qui ont essayé une substance une fois ou deux ou qui font un usage récréatif et occasionnel de substances.

Ce n'est pas seulement à propos des sites de consommation sécuritaire. Nous avons besoin d'une approche holistique qui met l'accent sur l'éducation, la prévention, le traitement, et nous espérons réussir ce que nous avons fait avec le tabac et l'alcool où moins de personnes utilisent ces substances.

M. Johnston : Je souscris à vos observations. Une éducation appropriée est essentielle. Vous voyez maintenant ce qui se passe avec la crise du fentanyl, où les jeunes consultent Internet pour obtenir leur information. Certains renseignements peuvent être exacts et d'autres, non.

Par exemple, nous voyons avec l'arrivée de la naloxone, qui est peut-être une substance qui peut sauver des vies en permettant à une personne d'obtenir des soins médicaux, que les étudiants et les

just bring naloxone with you and that's your solution for using fentanyl, or other high drugs. The proper education is the right way to go.

Senator Boniface: Thank you all for being here. I'm particularly interested in Mr. Stamatakis' comments around his proposed amendment. I'm interested in how you see that operating within the injection site, and, second, your view around treatment, which I totally agree with, do they have to come hand-in-hand to make that happen? What would you see as the general approach on that? as you know, that would be quite new to Canada.

Mr. Stamatakis: One of the issues with the discussion we've had in Canada around safe consumption sites and the comparison to what happens in other countries is we've forgotten about the legislation and regulation that other countries have established around safe consumption sites. In some countries, they provide the police with greater legislative authority to compel people to go to safe consumption sites where they are then prescribed whatever substances they require.

I would envision something where there are specific rules around participation. There have to be rules around ensuring that people aren't consuming harmful drugs outside of the safe consumption site. There have to be rules around exclusively using a site and having whatever you need prescribed in a controlled way. We take away the harmful behaviour where addicts need to commit crime and causing harm in the broader community by engaging in those activities.

They focus on care. If we can get people into those consumption sites where alternatives are being prescribed, there's a greater likelihood we can intervene with appropriate counselling and eventually with a view to getting treatment and coming back to society as a productive person. That has to include housing and the whole continuum of care.

I hear the term "legalization" or "legal" being used. That's not the right term. That's not what I'm supporting or proposing. It's a highly regulated, controlled way of replacing a harmful substance with something that we know we can quality control and administer in a very controlled way.

[Translation]

Senator Boisvenu: Welcome and thank you for your presentations. I care about minimizing the fears of citizens when a supervised injection site is established in their neighbourhood. We asked other stakeholders about the crime that could result from this type of site. We were told that crime doesn't increase or that crime decreases when a supervised

jeunes parlent d'avoir de la naloxone sur eux et que c'est la solution pour utiliser le fentanyl ou d'autres médicaments. La solution est d'éduquer les gens.

La sénatrice Boniface : Merci à vous tous d'être ici. Je trouve les observations de M. Stamatakis sur l'amendement qu'il a proposé particulièrement intéressantes. J'aimerais savoir comment, d'après vous, ce sera mis en œuvre dans un site d'injection et savoir si vous pensez que les traitements, et je suis totalement d'accord avec vous à cet égard, doivent être offerts parallèlement. Quelle serait l'approche générale à adopter, selon vous? Comme vous le savez, ce serait un concept assez nouveau au Canada.

M. Stamatakis : L'un des problèmes soulevés dans le cadre des discussions que nous avons eues au Canada au sujet des sites de consommation sécuritaire, si l'on compare avec les modèles d'autres pays, c'est que nous avons oublié les lois et les règlements que d'autres pays ont mis en place sur les sites de consommation sécuritaire. Dans certains pays, on confère aux policiers des pouvoirs législatifs plus importants pour obliger les gens à se rendre à des sites de consommation sécuritaire où l'on peut leur prescrire les substances dont ils ont besoin.

J'imagine un système où il y a des règles précises sur la participation. Il doit y avoir des règles pour s'assurer que les gens ne consomment pas de drogues nocives à l'extérieur du site de consommation sécuritaire. Il doit y avoir des règles qui précisent que les gens doivent utiliser exclusivement un site et que les substances dont ils ont besoin sont prescrites d'une manière contrôlée. Nous éliminons le comportement néfaste où les toxicomanes doivent commettre des crimes et causent du tort dans la communauté en général en se livrant à ces activités.

On accorde la priorité aux soins. Si nous pouvons encourager les gens à recourir à ces sites de consommation où nous leur prescrivons des substances de rechange, il y a plus de chances que nous puissions intervenir en leur offrant les services de counseling appropriés et des traitements pour qu'ils puissent réintégrer la société et en devenir des membres productifs. Pour ce faire, il faut prévoir un hébergement et tout un continuum de soins.

J'entends les gens utiliser les termes « légalisation » ou « légal ». Ce ne sont pas les bons termes. Ce n'est pas ce que j'appuie ou ce que je propose. C'est une façon très réglementée et contrôlée de remplacer une substance nocive par quelque chose dont nous savons pouvoir contrôler la qualité et que nous pouvons administrer d'une façon très contrôlée.

[Français]

Le sénateur Boisvenu : Bienvenue et merci beaucoup pour vos témoignages. Ma préoccupation, c'est de réduire le plus possible les craintes des citoyens lorsqu'ils verront un site d'injection supervisée s'installer dans leur quartier. On a posé la question à d'autres intervenants quant à la criminalité que pourrait entraîner un tel centre. On nous a répondu qu'il n'y avait pas

injection site opens its doors. We also asked about the sources of this information, and it seems the information comes from the sites' internal sources.

Mr. Fairbairn, you work closely with citizens on the ground. Based on your experience on the ground with supervised injection sites, is there a direct link between the decrease in criminality and the presence of a supervised injection site in a neighbourhood?

[English]

Mr. Fairbairn: From my experience, no. There is no decrease in criminality from a supervised consumption site. As I stated in my presentation, often you will see cited sources. They usually go back to peer-reviewed documentation saying that it does bring crime down. Again, my example with Vancouver, yes, crime went down in that area, but you had 64 extra officers for a year. Of course, crime is not going to be in that area. It's going to get pushed out to the surrounding communities.

Often it gets referred to as the "honey pot effect." Again, lots of times cited sources will say that that does not exist, but that's not what I see on the front line every day.

A supervised consumption site is like a honey pot effect anyway. You want all the people injecting drugs to go to that site. Well, if they go there, the drug dealers are going to follow them. If you don't have a police presence at that site or in that surrounding area, the drug dealers and crime are going to follow. If you put officers in a five-block radius, the crime is going to spread out further. It is not going to bring crime down. The only way you're going to have success doing that is taking the criminality out of the drug user using drugs and make it into a health issue for them so they no longer have to go buy their drugs on the street. They can go and get it prescribed to them by a medical physician and get good, clean whatever they need to help them overcome.

[Translation]

Senator Boisvenu: Yesterday, Senator Dagenais asked whether police officers were still patrolling around Insite. We were told they weren't, because a police presence seemed to bother the users. I was astounded by this response. Doesn't a lack of police presence in these neighbourhoods create a form of ghetto that will attract a certain type of population? Couldn't this undermine the ability to rehabilitate these people, because they stick to themselves and they're isolated?

d'augmentation de la criminalité ou que celle-ci diminuait lorsqu'un centre d'injection supervisée ouvre ses portes. On a aussi demandé quelles étaient les sources de cette information, et il semblerait qu'il s'agissait de sources internes aux centres comme tels.

Monsieur Fairbairn, vous travaillez sur le terrain, près des citoyens. Selon votre expérience sur le terrain avec les sites d'injection supervisée, est-ce qu'il y a un lien direct entre la baisse de la criminalité et la présence d'un site d'injection supervisée dans un quartier?

[Traduction]

M. Fairbairn : Selon mon expérience, non. La présence d'un site d'injection supervisée n'entraîne pas de baisse de la criminalité. Comme je l'ai indiqué dans mon exposé, vous allez souvent voir qu'on cite des sources. Il s'agit habituellement de documents révisés par des pairs qui disent que ces centres entraînent une baisse de la criminalité. Encore une fois, avec Vancouver comme exemple, oui, la criminalité a diminué dans ce secteur, mais vous aviez 64 agents supplémentaires pendant un an. Ce n'est pas dans ce secteur que des crimes seront commis. La criminalité sera repoussée vers les collectivités environnantes.

On parle souvent de « l'effet pot de miel »; les sources citées vont vous dire que cela n'existe pas, mais ce n'est pas ce que je vois en première ligne tous les jours.

Un site de consommation supervisée a l'effet pot de miel de toute façon. Vous voulez que tous les utilisateurs de drogues injectables y aillent. Eh bien, s'ils y vont, les vendeurs de drogue vont les suivre. Sans présence policière à cet endroit ou dans le secteur environnant, les vendeurs de drogue et la criminalité vont suivre. Si vous placez des agents dans un rayon de cinq pâtés de maisons, la criminalité va s'étendre plus loin. Cela ne va pas entraîner une baisse de la criminalité. La seule façon de réussir à sortir le consommateur de drogue de la criminalité, c'est d'en faire un enjeu de santé, de sorte qu'il n'ait plus à se procurer de la drogue dans la rue. Un médecin pourrait lui prescrire le bon produit, quel qu'il soit, pour l'aider à surmonter sa dépendance.

[Français]

Le sénateur Boisvenu : Hier, le sénateur Dagenais a posé la question à savoir si les policiers continuaient à patrouiller autour du centre Insite. On nous a répondu que non, parce que le fait qu'il y ait une présence policière semblait déranger les consommateurs. J'ai été abasourdi de cette réponse. En évitant que des policiers fréquentent ces quartiers, est-ce qu'on ne crée pas une forme de ghetto qui va attirer un certain type de population? Cela ne pourrait-il pas avoir comme conséquence de nuire à la capacité de réhabilitation de ces gens, parce qu'ils restent entre eux et sont isolés?

[English]

Mr. Fairbairn: You would be putting a lot of people with a serious addiction all in one spot. We can imagine what will happen. We've seen the pictures from East Hastings and other sites.

You talked about the officers not being there anymore. There are no more officers at the site itself. From my knowledge of Vancouver, there are still officers in the area, just not necessarily assigned to InSite itself.

Mr. Stamatakis: I can tell you unequivocally that the area around the Downtown Eastside where the supervised injection site is located is a major draw on the resources of the Vancouver Police Department. We continue to patrol that area. If police were not actively present in that area, to use your term, it would very easily turn into a "ghetto" and have a negative effect on other people who live in that area who are trying to have some measure of quality of life.

This notion that somehow a supervised injection site is going to reduce crime in any community is ridiculous and is not borne out by the experience. I've worked in that area. My office was located in the Downtown Eastside for 15 years, and I was in that area every single day. My colleague referred to the research. I've looked at the research. I've done the literature review. There are many questions around any suggestion that a supervised injection site alone would have any effect on crime.

Let's not forget that in terms of property crime, violent crime, Vancouver is unfortunately still leading and in many regards, we're leading because of the kind of activity that's associated with the serious drug industry that we have in our city.

Don't forget, I live in the city of Vancouver. I'm also the president of the Vancouver Police Union. I can give you lots of information about our experience with that site over many years.

Senator Griffin: Thanks for being here, folks.

It struck me on looking over the bill — and this was a quick review — that it seems lacking the greater social policy reasons for the legislation. I also agree that the provision in the bill for drug treatment centres being mentioned only once, and in the preamble at that, is a major concern. It strikes me based on what we're hearing that the drug court programs in Vancouver seem to be a good way to go.

So how do we have this type of holistic treatment in other jurisdictions, and in particular, smaller sites? For smaller municipalities, as already noted, this is difficult. How do we deal with it in other jurisdictions to try and get the holistic overview?

I'm not sure whom I'm addressing it to.

[Traduction]

M. Fairbairn : Vous placeriez de très nombreuses personnes ayant une dépendance grave dans un même endroit. Nous pouvons imaginer ce qui se produira. Nous avons vu les photos d'East Hastings et d'autres sites.

Vous avez parlé de la présence policière qu'il n'y a plus. Il n'y a plus d'agents au site comme tel. D'après ce que je sais de Vancouver, il y a toujours des agents dans le secteur, mais ils ne sont pas nécessairement affectés au site d'InSite.

M. Stamatakis : Je peux vous dire sans équivoque que le secteur entourant le Downtown Eastside où se trouve le site d'injection supervisée draine considérablement les ressources du Service de police de Vancouver. Nous continuons de patrouiller dans ce secteur. Si la police n'était pas activement présente dans ce secteur, comme vous le dites, il se transformerait très facilement en ghetto, ce qui produirait un effet négatif sur les autres gens qui y vivent et qui essaient d'avoir une certaine qualité de vie.

Il est ridicule de croire qu'un site d'injection supervisée va entraîner une baisse de la criminalité dans quelque collectivité que ce soit, et l'expérience le démontre. J'ai travaillé dans ce secteur. J'ai travaillé pendant 15 ans dans le Downtown Eastside; j'étais dans ce secteur tous les jours. Mon collègue a mentionné la recherche. Je l'ai regardée. J'ai analysé les écrits. Toute affirmation selon laquelle un site d'injection supervisée peut à lui seul produire un effet sur la criminalité suscite de nombreuses questions.

N'oublions pas qu'en ce qui concerne les crimes contre les biens et les crimes violents, Vancouver est malheureusement en tête, et ce, à bien des égards, à cause du type d'activité liée à la grave industrie de la drogue qui sévit dans notre ville.

N'oubliez pas que je vis à Vancouver. Je suis aussi le président du syndicat des policiers de Vancouver. Je peux vous donner beaucoup d'information au sujet de notre expérience liée à ce site sur de nombreuses années.

La sénatrice Griffin : Merci à tous de votre présence.

En parcourant le projet de loi — et je l'ai parcouru rapidement —, j'ai été frappée par l'absence apparente d'intentions générales liées à la politique sociale. Je trouve aussi très alarmant qu'on ne trouve qu'une fois dans le projet de loi la disposition relative aux centres de traitement en matière de toxicomanie — dans le préambule en plus. Je trouve cela frappant, compte tenu de ce que nous entendons au sujet de l'efficacité des programmes offerts par les tribunaux pour le traitement de la toxicomanie à Vancouver.

Comment donc instaurer ce genre de traitement global en d'autres endroits et en particulier en des endroits moins peuplés? Pour les petites municipalités, c'est difficile, comme on l'a déjà souligné. Comment faire en sorte que cette méthode globale soit appliquée ailleurs?

Je ne sais pas vraiment qui peut répondre à cela.

Mr. Johnston: Referring to the supervised consumption sites, it's not for every location; it is based on a demonstrated need. The communities have to need this because we've heard the effects of it.

From a holistic perspective, from our point of view, there needs to be that link. And anywhere in Canada, you need to have that link where you provide those services and find an exit strategy for these individuals who are addicted to whatever substance they've chosen.

That's not in place in all locations, and it's difficult in different locations, but it has to be a clear link. Harm reduction alone is not a solution to the crisis we're in.

[Translation]

Senator Dagenais: I want to thank our guests. My question is for Mr. Harel. You lauded certain positive aspects of the bill with regard to the new powers that will help you fight drug trafficking. In addition to being the president of the Canadian Association of Chiefs of Police, you're the director of the Gatineau police service. On this side of the river, in Ottawa, we know that measures have been taken and that other measures will follow as part of the implementation of supervised injection sites. On the other side, in Gatineau, surely similar preparations are in progress. How are you preparing for the establishment of these sites within the police service? Have the people of Gatineau already expressed fears or objections regarding the matter?

Mr. Harel: On the Gatineau side, the Quebec side, the discussions are in the preliminary stage. One organization has expressed support for the creation of a supervised injection site. Obviously, the community has reacted and has expressed concerns regarding the crime that may occur around the site. As a police service, and as my colleagues said, we focus on prevention and treatment. That's how we can reduce substance use. It's a health issue.

I could mention another aspect, Senator Dagenais. This aspect was mentioned earlier. Often, when police officers are in contact with these people, the officers' only option is the courts. We all know this isn't a solution. We don't have an alternative. In keeping with the example of the program established in Ottawa, I think all communities should have this tool, this alternative to the courts, to guide people toward treatment. In my experience, the Quebec side has a huge void in this area.

Senator Dupuis: I have a question for Mr. Harel. In a previous committee meeting, we heard from Vancouver area nurses. I asked the nurses whether they had data on the proportion of illegal drug users in the Vancouver area who come from Quebec during the winter. One documented issue involves fairly young people who come to pick fruit during the summer in British Columbia and who use illegal psychoactive substances

M. Johnston : En ce qui concerne les centres de consommation supervisée, ce n'est pas pour tous les endroits; c'est en fonction d'un besoin qui a été démontré. Les collectivités doivent en avoir besoin, car nous avons entendu les effets que cela comporte.

Globalement, d'après nous, il faut ce lien. N'importe où au Canada, vous devez avoir ce lien — fournir les services et trouver une stratégie de sortie pour les toxicomanes, peu importe la substance qu'ils ont choisie.

Cela n'existe pas partout, et c'est difficile en divers endroits, mais il faut un lien clair. La réduction des méfaits n'est pas la seule solution à la crise que nous vivons.

[Français]

Le sénateur Dagenais : Merci à nos invités. Ma question s'adresse à M. Harel. Vous avez fait l'éloge de certains aspects positifs du projet de loi quant aux nouveaux pouvoirs qui vous permettront de lutter contre le trafic de stupéfiants. En plus d'être le président de l'Association canadienne des chefs de police, vous êtes le directeur de la Police de Gatineau. De ce côté-ci de la rivière, à Ottawa, on sait que des mesures ont été prises et que d'autres mesures suivront dans le cadre de la mise en œuvre de sites d'injection supervisée. De l'autre côté, à Gatineau, il y a sûrement des préparatifs semblables qui sont en cours. Comment préparez-vous l'arrivée de ces sites au sein de la police? La population de Gatineau a-t-elle déjà exprimé des craintes ou des objections à ce sujet?

M. Harel : Du côté de Gatineau, le côté québécois, les discussions en sont à l'étape préliminaire. Il y a un organisme qui a manifesté son appui pour la création d'un site d'injection supervisée. Évidemment, la communauté a des réactions et des inquiétudes quant à la criminalité qui pourrait survenir dans les environs du centre. De notre côté, comme service de police — et comme mes collègues l'ont mentionné —, nous mettons l'accent sur la prévention et les traitements, car c'est ainsi que nous pourrions réduire la consommation, et c'est une question de santé.

L'autre aspect que je pourrais mentionner, sénateur Dagenais, et on l'a mentionné plus tôt, c'est que, souvent, pour les policiers, la seule option qu'ils ont lorsqu'ils sont en contact avec ces personnes-là, c'est la judiciarisation, alors que nous savons tous que ce n'est pas une solution. On n'a pas d'alternative et, à l'instar du programme mis en œuvre à Ottawa, je crois que les communautés devraient toutes disposer de cet outil, de cette alternative à la judiciarisation, pour orienter ces gens dans une voie qui mène à un traitement. Je pense que c'est ce qui manque énormément du côté québécois, d'après mon expérience.

La sénatrice Dupuis : J'ai une question qui s'adresse à M. Harel. Nous avons entendu les infirmières de la région de Vancouver lors d'une séance précédente du comité. Je leur avais demandé si, parmi les utilisateurs de drogues illégales dans la région de Vancouver, elles avaient des données sur la proportion de ces personnes qui viennent du Québec pendant la saison hivernale. Il y a un problème qui est documenté et qui concerne

recreationally. The young people stay in the province and become regular and problem users. Are there links between the Quebec and British Columbia police forces, for example? Do you have information on the subject?

Mr. Harel: We know it's also a reality in terms of homelessness. People head to Western Canada, toward Vancouver, primarily for the climate. There are other examples, as you said, and it's a reality. Our databases and communications aren't perfect. We would benefit from better connections among police services to be able to share information.

In Gatineau, we're a privileged service. We're connected, and my police officers can ask questions and obtain answers across Canada. However, we have much work to do on maximizing the sharing of information so that a police officer from Vancouver or Halifax can quickly obtain information to respond better. Let's say a person has a history of homelessness or drug problems in Montreal or Gatineau, and the police in Vancouver are dealing with this person for the first time. If the police had access to the information, they could respond much more appropriately. The Canadian Association of Chiefs of Police has a strategy to encourage communication among police officers.

[English]

Senator Joyal: Welcome and thank you, Mr. Harel. I wonder if we are not in a conundrum here. What is the objective of an injection site? It's to allow the drug-addicted person to be in a safer environment to try to avoid death. That is the first objective.

The second objective is to try to use the fact that that person has presented him or herself at the site to incite that person to enter into a drug treatment.

We heard yesterday that about 30 per cent of the people who used to be in the Vancouver injection site have had the possibility, because of upstairs services and so forth, of being involved in treatment. But if we are to, in my opinion, have a better result, I wonder if the Swiss approach would be better. In fact, I wonder if there is an opportunity for the Minister of Health to support an initiative that would be a pilot project in relation to the Swiss approach so that we could compare the benefit and the success of both.

Mr. Fairbairn, you might have an opportunity to better explain on a comparative basis what you expect for results from the Swiss approach versus the injection site approach. Could you expand more on that?

des gens assez jeunes qui vont travailler à la cueillette des fruits en Colombie-Britannique l'été, où ils font un usage récréatif de substances psychoactives illégales. Ces jeunes demeurent sur place et deviennent donc des utilisateurs réguliers et à problème. Est-ce qu'il y a des liens entre les corps policiers québécois et ceux de la Colombie-Britannique, par exemple? Est-ce que vous avez des données à ce sujet?

M. Harel : On sait que c'est une réalité, également, en termes d'itinérance; des personnes se dirigent vers l'Ouest canadien, vers Vancouver, tout d'abord en raison du climat. Il y a d'autres exemples, comme vous l'avez mentionné, et c'est une réalité. Nos bases de données, nos communications ne sont pas parfaites. Nous aurions intérêt à être mieux interconnectés entre services de police pour pouvoir échanger de l'information.

À Gatineau, nous sommes un service privilégié. Nous sommes branchés, et mes policiers peuvent interroger et obtenir des réponses à travers le Canada. Par contre, nous avons beaucoup de travail à faire pour optimiser l'échange d'information de sorte qu'un policier de Vancouver ou de Halifax puisse obtenir rapidement de l'information pour mieux intervenir. Si une personne a tout un historique d'itinérance ou de problèmes de consommation à Montréal ou à Gatineau, et que c'est la première fois à Vancouver que les policiers ont affaire à cette personne, si ces derniers avaient l'information à portée de main, ils pourraient intervenir de façon beaucoup plus appropriée. L'Association canadienne des chefs de police a d'ailleurs une stratégie pour favoriser la communication entre les policiers.

[Traduction]

Le sénateur Joyal : Bienvenue, et merci, monsieur Harel. Je me demande s'il s'agit d'une énigme. Quel est l'objectif d'un site d'injection? C'est pour permettre au toxicomane de se trouver dans un environnement plus sûr et d'éviter la mort. C'est le premier objectif.

Le deuxième objectif est de profiter de ce que cette personne se présente au site pour l'inciter à entreprendre un traitement de sa toxicomanie.

Nous avons entendu hier qu'environ 30 p. 100 des personnes qui utilisaient le site d'injection de Vancouver ont eu la possibilité de participer à un traitement, grâce aux services donnés dans l'édifice et tout cela. Cependant, pour obtenir un meilleur résultat, je me demande si l'approche suisse serait meilleure. En fait, je me demande si la ministre de la Santé n'aurait pas maintenant l'occasion de soutenir une initiative qui servirait de projet pilote et qui se fonderait sur l'approche suisse, de sorte que nous puissions comparer les avantages et les succès des deux solutions.

Monsieur Fairbairn, c'est peut-être pour vous l'occasion de mieux expliquer sur une base comparative ce que vous attendez comme résultats de l'approche suisse, par comparaison avec l'approche fondée sur les sites d'injection. Pourriez-vous nous en dire plus à ce sujet?

Mr. Fairbairn: Absolutely. Some studies have been done on the Swiss approach. They found about an 80 per cent reduction in crime associated with drug trafficking. The other thing they also discovered was a 2-to-1 ratio as far as cost to society in savings. It was approximately 13,500 euros for one individual to be prescribed their heroin for a year as well as the cost of the site, the staff or the faculty. They found it was about \$24,000 per person savings in cost to the economy when you factor in all the different criminal behaviours that come with it; that is, victims of crime, the justice system itself, police departments and things like that.

Senator Joyal: What about the capacity on the site to offer the person medicine to help him or her switch from drugs like OxyContin and other drugs, to ersatz drugs for the heavy drugs that are really killing people? How would it be possible to put that into practice? When they are under the influence, they don't think about justice or whatever. You know them better than I do. The impulse to get the drug is so great they are ready to do anything and they forget about everything.

We have to bring some rationality to those persons to help them change their consumption. That doesn't happen by instinct. It is a process. It is in that process, in my opinion, that bringing these people to treatment might be successful.

I am trying to understand what we have to change in our approach to the injection site that would give better results and could be seen as a model that could be developed and perfected from experience.

Mr. Fairbairn: For one, we have to move away from harm reduction as being the primary focus. It has to become a focus of treatment.

As far as how you're going to get a drug user to sit down for treatment at a supervised consumption site or a treatment facility that they turn into, that's up to people such as doctors. There are a lot of smart people who can speak to that more than I can.

We see success in the Drug Treatment Court program by doing this. They go to mandatory treatment programs and court and we have a lot of success. Our graduation rate is about 35 per cent, which is well above the national average. That's 35 per cent more people who have gone through the program, were addicted to hard drugs and are not once they leave the program.

That being said, we do need to get better treatment for them when they do leave the program.

As far as your question about how we are going to develop a system for these people instead of going there to consume their drugs and then leave, which is what a supervised consumption site is right now, that's going to be up to policy-makers and it will be

M. Fairbairn : Certainement. L'approche suisse a fait l'objet de quelques études. Ils ont constaté une réduction d'environ 80 p. 100 de la criminalité liés au trafic de drogue. L'autre chose qu'ils ont découverte, c'est un rendement correspondant au double des coûts pour la société en économies. Il en coûtait environ 13 500 euros pour l'héroïne prescrite pour un an à une personne et pour les coûts relatifs au site, au personnel ou à la faculté. Ils ont constaté que les économies étaient de 24 000 euros par personne, une fois tenus en compte les divers comportements criminels qui accompagnent la toxicomanie, les victimes des crimes, le système pénal lui-même, les services de police et ainsi de suite.

Le sénateur Joyal : Qu'en est-il de la capacité sur place d'offrir à la personne les médicaments qui l'aideront à passer de drogues comme l'OxyContin et autres drogues dures qui tuent vraiment des gens à des produits de remplacement? Comment pourrait-on mettre cela en pratique? Sous l'effet d'une substance intoxicante, ils ne pensent pas à la justice et à ce genre de choses. Le besoin d'obtenir la drogue est si fort qu'ils sont prêts à faire n'importe quoi et qu'ils oublient tout le reste.

Nous devons ramener ces personnes à la rationalité pour les aider à modifier leur consommation. Cela ne se produit pas d'instinct. C'est un processus. C'est au cours de ce processus qu'on pourrait d'après moi réussir à amener ces gens à se soumettre à un traitement.

J'essaie de comprendre ce que nous devons changer dans notre approche au site d'injection pour obtenir de meilleurs résultats et pour avoir ainsi un exemple de ce qui pourrait être créé et perfectionné grâce à l'expérience acquise.

M. Fairbairn : Une chose est sûre, et c'est qu'il faut cesser de nous concentrer avant tout sur la réduction des méfaits. Il faut plutôt nous concentrer sur le traitement.

Pour ce qui est de déterminer comment amener un toxicomane à se soumettre à un traitement dans un site de consommation supervisée ou dans un centre de traitement où il doit se présenter, cela incombe aux médecins, par exemple. Il y a beaucoup de personnes intelligentes qui peuvent répondre à cela mieux que moi.

C'est ainsi que nous avons du succès avec le programme de tribunal de traitement de la toxicomanie. Ils se soumettent à un programme de traitement obligatoire, et nous avons avec cela beaucoup de succès. Notre taux de réussite est d'environ 35 p. 100, ce qui est nettement supérieur à la moyenne nationale. C'est 35 p. 100 de plus qui se soumettent au programme — des personnes dépendantes de drogues dures qui ne le sont plus à la fin du programme.

Cela étant dit, nous avons besoin d'un meilleur traitement à leur proposer quand ils terminent le programme.

En ce qui concerne votre question sur la façon dont nous pourrions concevoir un système par lequel ces gens ne feraient pas qu'aller au site pour consommer et pour ensuite s'en aller — c'est ce que fait un site de consommation supervisée en ce moment —,

up for discussion. We can look at the Drug Treatment Court success and take some things from there and implement it towards a drug treatment facility instead of supervised consumption sites.

Senator Joyal: Have you conveyed that option to the provincial Department of Health or the other authorities that could be open to such an initiative taking place?

Mr. Fairbairn: Again, I'm speaking as a police officer on the ground and as the Drug Treatment Court Liaison Officer. The federal Crowns and judges I work with in Drug Treatment Court concur with what I'm saying. We need treatment and prevention to be the main factor, if we want to solve this opioid crisis.

The Chair: Before we move to a brief second round, I'm not sure it will impact the decision of the committee ultimately, but I have a comment, Mr. Stamatakis, which was referenced by Senator Boisvenu. We had another resident of Vancouver appear here yesterday, a city councillor, who indicated quite the opposite from what you've indicated today about the deployment of policing resources and the crime rates.

We're going to be dealing with clause-by-clause consideration of this bill next week. If you have any supportive materials with respect to the testimony you've given today, if you can get it to our clerk, it would be helpful, perhaps, during our deliberations next week.

Senator McIntyre: My question has to do with mobile drug consumption sites and it's addressed to the RCMP. Does the RCMP support the use of mobile drug consumption sites? If so, what would be the implications, if any, for police services having to work in the context of mobile drug consumption sites? To this, I would add: Does the budget provide you with sufficient funds to increase the training of your officers and the number of officers working with drug consumption sites?

Mr. Johnston: From a mobile perspective, we've actually seen some opportunities where some of the folks have actually looked at a scattered model for a supervised consumption site. That can be problematic. Again, it's the community need and addressing a location where a consumption site could be located is dependent on the need.

If they're going to go with a mobile response, there has to be a demonstrated need for that.

In regard to training, our officers do get a bit of training on treatment and addiction, but certainly never enough.

Senator Griffin: I have a question for our guest on video. This goes back to the question I asked earlier. How can we jump from the experience in your city to a whole treatment system in other jurisdictions in our country?

cela va incomber aux décideurs et il faudra en discuter. Nous pouvons nous pencher sur les réussites des tribunaux de traitement de la toxicomanie, en prendre des éléments et les appliquer à un centre de désintoxication plutôt qu'à des sites de consommation supervisée.

Le sénateur Joyal : Avez-vous transmis cette option au ministère de la Santé de la province ou aux autres autorités qui pourraient être ouvertes à la mise en œuvre d'une telle initiative?

M. Fairbairn : Encore une fois, je parle à titre d'agent de police sur le terrain et d'agent de liaison du tribunal de traitement de la toxicomanie. Les procureurs de la Couronne fédérale et les juges avec lesquels je travaille au tribunal de traitement de la toxicomanie sont d'accord avec moi. Il faut que le principal facteur soit le traitement et la prévention, pour résoudre la crise des opioïdes.

Le président : Avant que nous passions à un bref deuxième tour, je ne sais pas si cela influencera la décision du comité, au bout du compte, mais j'ai un commentaire que le sénateur Boisvenu m'a mentionné, monsieur Stamatakis. Nous avons reçu hier un autre résidant de Vancouver — un conseiller municipal — qui a dit tout le contraire de ce que vous avez dit aujourd'hui au sujet du déploiement des ressources policières et des taux de criminalité.

Nous allons faire l'étude article par article de ce projet de loi la semaine prochaine. Si vous avez du matériel à l'appui de votre témoignage d'aujourd'hui, vous pouvez le transmettre à notre greffière, car cela pourrait nous être utile pendant nos discussions de la semaine prochaine.

Le sénateur McIntyre : Ma question porte sur les sites mobiles de consommation de drogue et s'adresse à la GRC. Est-ce que la GRC appuie le recours à des sites mobiles de consommation de drogue? Dans l'affirmative, quelles seraient les incidences, s'il y a lieu, sur les services de police dans ce contexte? Et j'ajouterais une question à cela. Est-ce que le budget vous accorde des fonds suffisants pour améliorer la formation de vos agents et le nombre d'agents affectés à des sites de consommation de drogue?

M. Johnston : En matière de mobilité, nous avons vu des cas où des gens ont envisagé un modèle dispersé, pour un site de consommation supervisée. Cela peut être problématique. Encore là, c'est selon le besoin de la collectivité qu'on va envisager un lieu pour l'installation d'un site de consommation.

S'ils optent pour une solution mobile, il faut avoir fait la preuve du besoin.

En ce qui concerne la formation, nos agents en reçoivent un peu sur le traitement et la dépendance, mais ce n'est certainement pas suffisant.

La sénatrice Griffin : J'ai une question pour notre invité qui participe par vidéoconférence. Cela est lié à une question que j'ai posée précédemment. Comment pouvons-nous miser sur l'expérience de votre ville pour instaurer un système complet de traitement ailleurs au pays?

Mr. Stamatakis: I'd like us to move away from a discussion about stand-alone supervised injection sites to how do we utilize the existing infrastructure so our existing medical health facilities, as has been mentioned, could look at this as a health issue and prescribe an alternative quality control substance to deal with whatever the addiction issue is.

Much has been made about InSite in Vancouver, but not much is ever talked about with respect to another facility that is embedded in one of our local hospitals, the Dr. Peter Centre attached to St. Paul's Hospital. I'm not an expert around it and I might have the terminology wrong, but it is attached to an existing health facility and it is quite successful. You don't have the controversy that is associated with safe supervised injection sites. We have medical health facilities in every community across this country, big or small. If we move to a model where we're prescribing, I think that would go a long way.

One of the challenges of drug consumption based on my experience as a police officer is that these addicts are chasing the high. They are desperate. They have to do a lot of work to steal the property to get the money to buy the drugs. By the time they get to the trafficker to get the drugs, they're desperate. They're going to administer the drug wherever they get it, as soon as they can, because they're desperate. If you get them into a controlled model where they are being prescribed an alternative, you take away that desperation and it becomes more controlled. There is not that sense of urgency or panic around the next fix. In that context, hopefully you would have more success with the intervention and getting to that treatment program and moving people away from their reliance on drug addiction.

The Chair: I want to thank all of our witnesses for some very interesting and informative testimony. It is much appreciated, gentlemen.

Now joining us for our second hour, from Safer Ottawa, Chris Grinham, Co-Founder of that organization; from the Rideau Bakery Limited, David Kardish, who owns that business; and from Recovery Ottawa, Dr. Mark Ujjainwalla, Medical Director.

Gentlemen, thank you all. Do you all have opening statements? I believe you do. We will go from my left to right, beginning with Mr. Grinham.

Chris Grinham, Co-Founder, Safer Ottawa: Thank you for the opportunity to speak here today. I am Chris Grinham, and my wife Lisa and I founded a grassroots non-profit organization named Safer Ottawa. We began in 2007 in response to the out-of-control and dangerous situation of discarded needles, glass stems, also referred to as crack pipes, and other harm reduction equipment found in parks, schoolyards, community centres,

M. Stamatakis : J'aimerais que nous nous éloignons des sites autonomes d'injection supervisée pour parler de la façon dont nous pouvons utiliser l'infrastructure actuelle de sorte que nos installations de soins de santé existantes, comme on l'a mentionné, puissent envisager cela comme étant un problème de santé et prescrire d'autres substances dont la qualité est contrôlée pour traiter le problème de dépendance, quel qu'il soit.

On a beaucoup fait à propos d'InSite, à Vancouver, mais on ne parle jamais d'une autre installation qui se trouve à l'intérieur d'un de nos hôpitaux locaux, le Dr. Peter Centre, qui est attaché à l'hôpital St. Paul. Je n'en suis pas un expert, et je n'ai peut-être pas la bonne terminologie, mais ce centre est lié à un établissement de soins de santé existant, et il est très efficace. Vous n'avez pas la controverse que suscitent les sites d'injection supervisée. Nous avons des établissements de soins de santé dans toutes les collectivités à l'échelle du pays, qu'elles soient très peuplées ou pas. Si nous passons à un modèle selon lequel nous faisons des prescriptions, je crois que cela aiderait énormément.

L'une des difficultés liées à la consommation de drogue, d'après mon expérience à titre de policier, c'est que les toxicomanes sont à la recherche de l'état d'euphorie. Ils sont désespérés. Ils doivent en faire beaucoup pour voler des biens afin d'obtenir l'argent qu'il leur faut pour s'acheter de la drogue. Quand ils sont rendus à se procurer la drogue auprès du trafiquant, ils sont désespérés. Ils vont s'administrer la drogue là où ils l'obtiennent, dès qu'ils le peuvent, parce qu'ils sont désespérés. Si vous les intégrez dans un modèle contrôlé selon lequel on leur prescrit un produit de rechange, vous enlevez cet élément de désespoir, et le contrôle est meilleur. Il n'y a pas le sentiment d'urgence ou de panique à l'idée de la prochaine dose. Dans ce contexte, il est à espérer que vous auriez plus de succès avec l'intervention auprès des toxicomanes, qui mènerait à leur participation au programme de traitement et à l'abandon de leur dépendance aux drogues.

Le président : Je remercie tous nos invités de leurs témoignages, qui ont été très intéressants et informatifs. Nous vous en savons gré, messieurs.

Au cours de notre deuxième heure, nous recevons Chris Grinham, cofondateur de Safer Ottawa; David Kardish, propriétaire de Rideau Bakery Limited; et le Dr Mark Ujjainwalla, directeur médical à Recovery Ottawa.

Merci, messieurs. Avez-vous tous une déclaration liminaire à présenter? Je crois bien que oui. Nous allons procéder de gauche à droite, à commencer par M. Grinham.

Chris Grinham, cofondateur, Safer Ottawa : Je vous remercie de me donner l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui. Je suis Chris Grinham, cofondateur avec ma femme d'une organisation communautaire sans but lucratif appelée Safer Ottawa. Nous l'avons créée en 2007, en réponse à la situation hors de contrôle et dangereuse des seringues et des pipes à crack, de même que des produits visant à réduire les méfaits qui étaient abandonnés dans

businesses, private residences and on the sidewalks of Lower Town, Sandy Hill and the Byward Market.

Over the course of three years, my wife and I picked up close to 7,000 needles and over 27 gallons of harm reduction equipment. Ironically, the very equipment that was intended to reduce harm was creating harm in our community. We liaised with Ottawa Public Health, Ottawa police, the City of Ottawa and the major homeless shelters to change how needles were being handed out, to make sure that clients were being properly educated on safe disposal techniques, to ensure disposal boxes were available in high-use areas, and we worked to create the rapid needle response program that encompasses multiple city divisions, including bylaw, surface ops, parks and roads, Ottawa police and, of course, the Needle Hunters, so that when needles are found in public areas that properly trained and equipped individuals were on site to quickly clean, catalogue and dispose of the hazards.

In 2010, we decided that all we had been accomplishing for the last three years was cleaning up the spillage, the side effects of a much larger problem, namely addiction. We concluded that unless we wanted to spend the rest of our lives picking up needles, we were going to have to tackle addiction head-on, and we began researching and advocating for effective, affordable and available addiction treatment.

We have made no effort to hide the fact that we have been opposed to supervised injection sites in the city of Ottawa, not from a “drugs are bad” or “drugs are illegal” ideological standpoint but from a pragmatic one. With the research and evidence we have done and the evidence we have seen, the supervised injection site does not appear to be an effective tool to deal with addiction. In fact, it can be a detriment.

There is a limited pool of resources allocated to addiction treatment, especially for street-involved addicts. Therefore, we must make sure that whatever measures we implement are as effective as possible.

Supervised injection is at best an ineffective temporary stopgap measure that, much like we had in 2007 and 2010, is only dealing with the symptoms of addiction. Keep in mind that Vancouver has had a supervised injection site for 14 years and despite that, despite the close to \$360 million a year, roughly \$1 million a day that we spend on social services in the Downtown Eastside of Vancouver, the DTES is arguably North America's and certainly Canada's worst postal code, with the highest rates of addiction, HIV and hepatitis C in this nation.

les parcs, les cours d'école, les centres communautaires, les entreprises et les résidences privées, de même que sur les trottoirs de la basse-ville, du quartier Côte-de-Sable et du marché By.

Sur trois ans, ma femme et moi avons ramassé près de 7 000 seringues et plus de 27 gallons de produits visant à réduire les méfaits. L'ironie, c'est que les produits qui devaient servir à réduire les méfaits en causaient dans notre collectivité. Nous avons établi des liens avec le service de santé publique d'Ottawa, le Service de police d'Ottawa, la Ville d'Ottawa et les principaux refuges pour les sans-abri afin d'obtenir qu'on modifie la façon de distribuer les seringues, de sorte que les clients soient convenablement éduqués sur les bonnes façons d'en disposer et que des réceptacles soient installés dans les secteurs où il y avait beaucoup de consommation de drogue. Nous avons aussi contribué à créer un programme d'intervention rapide englobant de multiples divisions de la ville, dont les services des règlements, des opérations en surface, des parcs et des routes, le Service de police d'Ottawa et, bien sûr, les Needle Hunters, ou chasseurs de seringues, de manière à veiller à ce que des personnes convenablement formées et équipées interviennent rapidement pour ramasser les seringues trouvées dans des aires publiques, pour les cataloguer et pour en disposer.

En 2010, nous avons conclu que tout ce que nous avions accompli au cours des trois années précédentes, c'était nettoyer les dégâts, les effets secondaires d'un problème beaucoup plus vaste, c'est-à-dire la toxicomanie. Nous avons conclu qu'à moins de vouloir passer le reste de notre vie à ramasser des seringues, nous allions devoir nous attaquer directement au problème, et nous avons donc commencé à chercher et à préconiser un traitement de la toxicomanie efficace, abordable et accessible.

Nous n'avons rien fait pour cacher le fait que nous sommes opposés aux sites d'injection supervisée dans la ville d'Ottawa, pas en soutenant le point de vue qui consiste à dire que les drogues sont mauvaises ou illégales, mais plutôt par pragmatisme. Selon nos travaux de recherche et les preuves que nous avons vues, les sites d'injection supervisée ne semblent pas être un outil efficace pour lutter contre la toxicomanie. À vrai dire, ils peuvent être nuisibles.

Des ressources limitées sont consacrées au traitement de la toxicomanie, surtout aux toxicomanes de la rue. Par conséquent, nous devons nous assurer que les mesures mises en œuvre sont les plus efficaces possible.

L'injection supervisée n'est tout au plus qu'une mesure provisoire temporaire inefficace qui, un peu comme nous l'avons fait en 2007 et en 2010, ne cible que les symptômes de la toxicomanie. Il ne faut pas oublier que Vancouver a un site d'injection supervisée depuis 14 ans et que malgré le montant de près de 360 millions de dollars que nous dépensons chaque année, environ 1 million de dollars par jour pour offrir des services sociaux dans le quartier centre-est de Vancouver, le code postal de ce quartier est probablement le pire en Amérique du Nord, et sans aucun doute au Canada, car on y observe les taux de toxicomanie, de VIH et d'hépatite C les plus élevés au pays.

Addiction is a difficult, dynamic and multi-faceted problem that takes time to resolve. There is no magic bullet or one-size-fits-all cure, and therein lies the danger of weakening Bill C-2. The point of the 26 measures of this bill was to make sure that cities, health authorities and governments of all levels collaborate, consider and consult to make sure that the best solution is implemented and the best and most effective services are being established. They insure that people who need services are getting them and that programs are implemented because they are effective and not because they make good headlines or have good optics.

This is why we supported Bill C-2 and why we do not support and would go so far as to caution strongly against the proposed changes. We cannot afford to get this wrong. We certainly cannot afford to make this process superfluous. We must make sure that due diligence is done and that, at the end of the day, lives literally depend on it.

The plain truth is the only way to effectively eliminate harm from drug use, to reduce disease transmission and overdose is by tackling addiction itself. As long as somebody is using, they are at risk. It is time that the government commits to tackling addiction head on with sufficient resources and the support needed for such a devastating problem.

There is a saying on the streets of Ottawa that the rich get treatment and the poor get harm reduction. This inequality needs to change. It is time to tell those living in the shelters, on the streets, in the alleys and abandoned buildings that we will provide them with affordable housing. It is time to tell those using a drug so addictive they must beg, steal and prostitute to pay for it that we will provide them with an effective treatment program, that they no longer need to live a nightmarish existence of poverty, pain and hopelessness, and to tell our most vulnerable citizens that they are not forgotten, that they are not worthless and that we as a nation care.

Dr. Mark Ujjainwalla, Medical Director, Recovery Ottawa: Thank you for having me at this hearing. I'm a little different. I'm actually a physician. I'm an addiction medicine physician. I'm a board-certified American Society of Addiction Medicine physician, and I have been doing this for 30 years here in Ottawa.

Previous to my working in the area of opioid dependency, I only dealt with people like yourselves — physicians, politicians, accountants and dentists — and my job was to assess and treat them, and I typically used American resources to treat them. We rarely used any Canadian resources because there weren't any.

La toxicomanie est un problème difficile et dynamique qui comporte de multiples facettes et ne se règle pas du jour au lendemain. Il n'y a pas de solution miracle ou de cure universelle, et c'est là que réside le danger que représente l'affaiblissement du projet de loi C-2. Le but des 26 mesures du projet de loi était de faire en sorte que les villes, les autorités sanitaires et tous les ordres de gouvernement collaborent, se penchent sur le problème et mènent des consultations pour que la meilleure solution soit adoptée et que les services les plus efficaces possible soient offerts. Ces mesures garantissent que les gens qui ont besoin des services en bénéficient et que des programmes sont mis en œuvre compte tenu de leur efficacité, pas parce qu'ils font de bonnes manchettes ou qu'ils paraissent bien.

C'est la raison pour laquelle nous avons appuyé le projet de loi C-2, que nous nous opposons à ce qui est proposé et que nous irions même jusqu'à vous mettre sérieusement en garde contre ces amendements. Nous ne pouvons pas nous permettre de nous tromper. Nous ne pouvons certainement pas rendre superflu ce processus. Nous devons nous assurer de faire preuve de diligence raisonnable et de faire en sorte que, au bout du compte, des vies soient littéralement sauvées.

En vérité, la seule façon de mettre efficacement fin aux méfaits de la consommation de drogues, de réduire la transmission de maladies et les surdoses, c'est de s'attaquer à la toxicomanie proprement dite. Tant qu'une personne consomme, il y a des risques. Il est temps que le gouvernement s'engage à s'attaquer de front à la toxicomanie en déployant suffisamment de ressources et en offrant le soutien nécessaire pour remédier à un problème aussi dévastateur.

Dans les rues d'Ottawa, on dit que les riches ont droit à un traitement et les pauvres, à une réduction des méfaits. Cette inégalité doit cesser. Il est temps de dire à ceux qui vivent dans les refuges, dans la rue, dans les ruelles et dans des immeubles abandonnés que nous leur donnerons un logement abordable. Il est temps de dire à ceux qui consomment une drogue qui crée une dépendance si forte qu'ils doivent quémander, voler et se prostituer pour s'en procurer que nous allons leur offrir un programme de traitement efficace, qu'ils n'auront plus à vivre une existence cauchemardesque ponctuée par la pauvreté, la douleur et le désespoir. Il est temps de dire à nos citoyens les plus vulnérables que nous ne les avons pas oubliés, qu'ils ne sont pas inutiles et que nous nous soucions d'eux en tant que nation.

Dr Mark Ujjainwalla, directeur médical, Recovery Ottawa : Merci de m'avoir invité à cette audience. Je suis un peu différent. Je suis médecin spécialiste en traitement des dépendances. Je suis également membre agréé de l'American Society of Addiction Medicine, et je travaille dans le domaine depuis 30 ans, à Ottawa.

Avant de travailler dans le domaine de la dépendance aux opioïdes, je ne m'occupais que de personnes comme vous — des médecins, des politiciens, des comptables et des dentistes —, et mon travail consistait à évaluer leur état de santé et à les traiter, et j'avais habituellement recours à des ressources américaines. Nous utilisons rarement des ressources canadiennes, car il n'y en avait pas.

Five years ago, I decided I needed a change, and I went down to Vanier, close to here, and I started a program called Recovery Ottawa, based on a program based in Kentucky called Recovery Kentucky, and my plan was to help all the suffering opiate- and amphetamine-addicted patients and give them an opportunity to get immediate access to treatment because, having worked in this system for 30 years, I know personally that you cannot get treatment, a psychiatrist or an addiction medicine specialist, despite what anybody tells you. I deal with it all day long. We went from zero patients to 1,500 patients in less than three years. I have seven physicians working for me now. We have two nurses, five administrative staff, and we're growing by the day. Today I saw 80 people before I got here, all of whom are desperately asking for treatment that isn't available to them.

Let's be perfectly clear. There is not one person in this room who would use an injection site. There is not one person in this room whose family member will ever use an injection site. There is not one person in this room whose friends will ever use a supervised injection site. That will be true. Yet 10 to 15 per cent of people in this room will require treatment for addiction or mental health. Sadly, if you're a Canadian without the finances to pay for a private rehabilitation program, you will suffer serious consequences or die.

It wasn't always like this. I have been doing this for 30 years. In the 1970s, 1980s and 1990s, as an addiction medicine physician, I was allowed to refer you, the patient with an addiction, to best practice evidence-based treatment programs in the United States, such as the world renowned Betty Ford Centre. In essence, the Ontario government purchased services for the treatment of addiction without having to pay the billions of dollars required to develop their own centres for the treatment of addiction.

Unfortunately, in the mid-1990s, the Ontario government at the time decided to stop all out-of-country referrals and payments. They claimed that with the money they save on all these out-of-country payments Ontario could build and implement their own state-of-the-art facilities. Unfortunately, this never happened. As I said, I've been doing this for 30 years, and I can tell you none of the resources are better. They're worse since 1980. Compared to every other type of medicine, we are the gold standard treatment in Canada for cardiology, ophthalmology, cancer — it doesn't matter — but when it comes to addiction and mental health, we're at the absolute bottom.

Unfortunately, we're now left with nothing for patients suffering from the disease of addiction. To put this in perspective, a good analogy would be if the government decided to close all of its cancer clinics and fund only palliative care

Il y a cinq ans, j'ai décidé que j'avais besoin d'un changement, et je me suis rendu à Vanier, près d'ici, où j'ai lancé le programme Recovery Ottawa, qui est inspiré d'un programme du Kentucky appelé Recovery Kentucky. Mon plan était d'aider tous les patients opiomanes et amphétaminomanes et de leur donner un accès immédiat à un traitement, car je sais personnellement, après avoir travaillé 30 ans dans le système, qu'ils ne peuvent pas se faire traiter, avoir accès à un psychiatre ou à un spécialiste en traitement des dépendances, malgré ce que tout le monde dit. Je me suis occupé de ces patients à longueur de journée. Nous sommes passés de zéro à 1 500 patients en moins de trois ans. J'ai maintenant sept médecins qui travaillent pour moi. Nous avons également deux infirmières et cinq employés administratifs, et nous continuons de prendre de l'expansion. Aujourd'hui, j'ai vu 80 personnes avant de venir ici, et elles demandent toutes désespérément un traitement auquel elles n'ont pas accès.

Je tiens à être parfaitement clair. Personne dans la salle n'utiliserait un site d'injection. Aucun ami ni membre de la famille de quiconque dans la salle n'utiliserait un site d'injection supervisé. C'est ainsi. Il n'en demeure pas moins que de 10 à 15 p. 100 des personnes présentes ici auront besoin d'un traitement pour une dépendance ou un trouble mental. Malheureusement, les Canadiens qui n'ont pas les moyens de s'offrir un programme de réhabilitation privé subiront de graves conséquences ou mourront.

Les choses n'ont pas toujours été ainsi. Je fais mon travail depuis 30 ans. Dans les années 1970, 1980 et 1990, à titre de médecin spécialiste en traitement des dépendances, je pouvais aiguiller mes patients toxicomanes vers des programmes de traitement fondés sur des pratiques exemplaires et des données probantes qui sont offerts aux États-Unis, comme celui du centre Betty Ford, qui jouit d'une renommée mondiale. Essentiellement, le gouvernement de l'Ontario achetait des services de traitement de la toxicomanie sans avoir à déboursier les milliards de dollars nécessaires pour créer ses propres centres.

Malheureusement, au milieu des années 1990, le gouvernement de l'Ontario a décidé de mettre fin à la pratique qui consiste à aiguiller des patients à l'étranger. Il soutenait que s'il n'avait plus à effectuer ces paiements à l'étranger, il réaliserait des économies qui lui permettraient de construire et d'exploiter ses propres installations de pointe. Malheureusement, cela ne s'est jamais produit. Comme je l'ai dit, je travaille dans le domaine depuis 30 ans, et je peux vous dire que nos ressources ne se sont améliorées dans aucun cas. C'est pire depuis 1980. Le Canada est un modèle d'excellence dans tous les autres domaines de la médecine, comme la cardiologie, l'ophtalmologie, l'oncologie — peu importe —, mais nous sommes au tout dernier rang pour ce qui est de la toxicomanie et de la santé mentale.

Malheureusement, il ne reste rien pour les patients qui souffrent de la maladie de la toxicomanie. Pour mettre les choses en perspective, par analogie, c'est comme si le gouvernement décidait de fermer toutes ses cliniques de traitement du cancer et qu'il finançait uniquement les centres de soins palliatifs. Fondamentalement, les personnes qui ont le

centres, in essence, the message would be: If you get cancer, you die. Or if we shut all eye institutes and instead said, “When you’re blind, we’ll give you a white cane”.

Obviously, this would be ridiculous, but the point is that patients suffering from the disease of addiction are not given the treatment they deserve. These patients have a highly treatable disease with an excellent prognosis. As a physician, my oath is to treat people who can be treated.

Instead of developing comprehensive evidence-based best care treatment centres for addiction, the government decided the new treatment for the disease of addiction would be called “harm reduction.” Instead of being a medical problem treated by physicians, it would become a social problem treated by administrators and bureaucrats. In essence, the government, in its lack of knowledge and insight, has condemned the unfortunate victims of this disease not to be treated properly and get healthy. Instead, the term “harm reduction” became the government’s answer to the treatment of addiction, especially opiate dependency. In other words, they were stating that these poor, victimized, hopeless, untreatable people do not deserve appropriate treatment.

Encouraging injection sites is a monumental step backwards in the treatment of both addiction and mental health. It denies these sick individuals the appropriate and meaningful treatment they deserve. Enabling already sick IV drug users to use illicit opiates and amphetamines is essentially palliative care and they are destined to die.

As an addiction physician of 30 years, I am deeply saddened and ashamed of our lack of support and availability of treatment for these poor victimized patients who have a highly treatable illness with an excellent prognosis. I was embarrassed, and so should all of Canada have been, when Prime Minister Trudeau sent Minister Philpott to the UN to proclaim Canada’s support of supervised injection sites.

The Chair: We’re going to have to end it there.

Mr. Kardish, go ahead.

David Kardish, Owner, Rideau Bakery Limited: Good morning. My name is David Kardish and I want to thank you for permitting me to be a witness with respect to this important issue. I’m a local business owner of a small family-owned business here in Ottawa. It has been in operation for 87 years now. Over that time, we have been located on the same block on Rideau Street, just 15 minutes from where we are gathered today.

cancer seraient condamnées à mort. Cela reviendrait aussi à fermer tous les centres d’ophtalmologie et à donner des cannes blanches à toutes les personnes qui ont perdu la vue.

Cela serait manifestement ridicule. Néanmoins, les patients qui souffrent de toxicomanie ne reçoivent pas les soins qu’ils méritent. Ces patients sont aux prises avec une maladie qui se traite très bien et qui a un excellent pronostic. En tant que médecin, le serment que j’ai prêté m’oblige à traiter les gens qui peuvent être traités.

Au lieu de créer des centres complets de traitement fondé sur des données probantes qui offrent les meilleurs soins possible, le gouvernement a décidé que le nouveau traitement de la toxicomanie s’appellerait la « réduction des méfaits ». Ainsi, cette maladie ne serait plus considérée comme un problème médical traité par des médecins, mais comme un problème social réglé par des administrateurs et des bureaucrates. Essentiellement, le gouvernement, en raison de son manque de connaissances et de perspective, a condamné ces malheureuses victimes de la toxicomanie à ne pas recevoir les soins appropriés et recouvrer la santé. L’expression « réduction des méfaits » est plutôt devenue la réponse du gouvernement en matière de traitement de la dépendance, plus particulièrement la dépendance aux opiacés. Autrement dit, le gouvernement a jugé que ces pauvres personnes victimisées, désespérées et impossibles à guérir ne méritaient pas les soins appropriés.

Le fait d’appuyer les sites d’injection constitue un grand pas en arrière dans le traitement à la fois de la toxicomanie et des troubles mentaux. Cette solution prive ces personnes malades du traitement approprié et important qu’elles méritent. En permettant aux utilisateurs de drogues injectables déjà malades d’utiliser des opiacés et des amphétamines, nous leur offrons essentiellement des soins palliatifs, et ils sont condamnés à mourir.

À titre de médecin spécialiste en traitement des dépendances depuis 30 ans, j’éprouve une tristesse et une honte profondes en raison du manque de soutien et de traitements offerts à ces pauvres patients victimisés qui ont une maladie qui se traite très bien et qui a un excellent pronostic. J’étais gêné, comme devraient l’être tous les Canadiens, lorsque le premier ministre Trudeau a envoyé la ministre Philpott à l’ONU pour proclamer que le Canada appuie les sites d’injection supervisée.

Le président : Nous devons vous arrêter ici.

Monsieur Kardish, allez-y.

David Kardish, propriétaire, Rideau Bakery Limited : Bonjour. Je m’appelle David Kardish et je tiens à vous remercier de me permettre de témoigner à propos de cette importante question. Je suis propriétaire d’une petite entreprise familiale locale à Ottawa, qui est exploitée depuis maintenant 87 ans. Pendant cette période, elle est restée dans le même quadrilatère de la rue Rideau, à seulement 15 minutes d’ici.

My perspective is as a stakeholder in a neighbourhood where we are facing a real and concerning prospect of having a safe injection site approved on our block. My perspective is representative of many people who live, shop, walk and bike in the neighbourhood, as well as many businesses and property owners.

Over the years, we have experienced a number of significant changes that have negatively impacted the character and safety of the neighbourhood. Within a four-block radius of my business, the following social services and medical organizations have opened up: The Shepherds of Good Hope, the Salvation Army, the Ottawa Mission, the Capital City Mission, the Indian friendship centre, the Rideau Pharmacy with a methadone clinic right next door, and the Sandy Hill Community Centre down the block. While these organizations provide valuable and needed services to the vulnerable members of our society, they also attract to our neighbourhood a large population of people who are homeless, drug-addicted, alcoholic and have a serious mental illness.

Since the opening of these social services organizations, our business and employees have experienced more than our fair share of worrisome incidents. For example, we have been constantly finding used needles and condoms in our back lane; watching drug deals go down in front of our store on a daily basis; having individuals removed by the police from our washroom because they have passed out from the drugs they took inside the washroom; having employees chased out of our parking lane by drug addicts who are either living or hiding in our dumpster; having our employees' vehicles broken into on numerous occasions to obtain a small amount of change; and witnessing numerous physical altercations around our store.

Tourists and visitors to the city comment on how they are uncomfortable and do not feel safe being exposed to drug deals, arguments and physical altercations only minutes away from Parliament Hill.

Most people are concerned about confronting the addicts, particularly when they appear to be high or unpredictable. They are also fearful of contracting diseases such as HIV and hepatitis C, which are more common among intravenous drug users.

By creating safe injection sites, you would be condoning not only hard drug use but also the crime perpetrated by them for the purpose of obtaining illegal drugs. At the safe addiction site, addicts will be required to provide their own illegal drugs. Their daily drug habits can range from \$50 to \$1,000 a day per addict. In most situations the addict's only legal source of income is Ontario disability income, which provides them with between \$700 and \$900 per month. Any extra money that they require for drugs must be obtained through illegal means such as prostitution, selling more drugs, petty thefts and break and enters.

En tant que partie concernée du quartier, j'estime qu'il est vraiment préoccupant qu'un site d'injection supervisée puisse être approuvé dans notre quadrilatère. Mon point de vue est partagé par de nombreuses personnes qui vivent, magasinent, marchent et se déplacent à vélo dans le quartier, ainsi que par un grand nombre de propriétaires d'entreprises et de propriétaires fonciers.

Au fil des ans, nous avons connu un certain nombre de changements considérables qui ont eu des répercussions négatives sur le caractère et la sécurité du quartier. Dans un rayon de quatre rues de mon entreprise, les centres de services sociaux et les organismes médicaux suivants ont ouvert leurs portes : les Shepherds of Good Hope; l'Armée du Salut; la Ottawa Mission; la Capital City Mission; le centre Indian Friendship; la Pharmacie Rideau ainsi qu'une clinique de méthadone qui se trouve juste à côté; et le Centre communautaire Côte-de-Sable au bout du quadrilatère. Ces organismes offrent des services précieux et nécessaires aux membres vulnérables de notre société, mais ils attirent également dans notre quartier un grand nombre de sans-abri, de toxicomanes, d'alcooliques et de personnes atteintes de graves troubles mentaux.

Depuis l'ouverture de ces organismes de services sociaux, nos entreprises et nos employés ont connu juste part d'incidents inquiétants. Par exemple, nous trouvons constamment des seringues et des condoms usagés dans notre ruelle; nous voyons tous les jours des transactions de drogue devant notre commerce; nous faisons appel à la police pour sortir de nos toilettes des individus qui se sont évanouis à cause des drogues qu'ils y ont consommées; nos employés se font chasser de notre stationnement par des toxicomanes qui vivent ou qui se cachent dans notre benne à ordures; les véhicules de nos employés se sont fait défoncer à maintes reprises pour obtenir une petite quantité de monnaie; et nous avons été témoins de nombreux affrontements physiques autour de notre commerce.

Les touristes et les visiteurs qui viennent dans la ville disent à quel point ils ne se sentent pas à l'aise ni en sécurité lorsqu'ils sont témoins de transactions de drogue, de disputes et d'affrontements physiques à seulement quelques minutes de la Colline du Parlement.

La plupart des gens craignent d'affronter les toxicomanes, surtout lorsqu'ils semblent drogués ou imprévisibles. Ils ont également peur de contracter des maladies comme le VIH et l'hépatite C, qui sont plus répandus chez les consommateurs de drogues injectables.

En créant des sites d'injection supervisée, vous cautionneriez non seulement la consommation de drogues dures, mais aussi les crimes commis par les toxicomanes pour se procurer ces substances illicites. Au site d'injection sécuritaire, les toxicomanes devront fournir leurs propres drogues illicites. Leurs habitudes de consommation peuvent leur coûter chaque jour entre 50 et 1 000 \$. Dans la majorité des cas, la seule source de revenus légale des toxicomanes est l'assurance-invalidité de l'Ontario, qui leur donne entre 700 et 900 \$ par mois. Pour obtenir l'argent supplémentaire dont ils ont besoin pour acheter

As a stakeholder in one of the proposed safe injection site communities, I am greatly concerned that these additional crimes are going to be perpetrated against the neighbourhood's residences, property owners, businesses and their respective employees and customers or clients. Furthermore, opening up a safe injection site will attract all the drug dealers in the neighbourhood because they will know exactly where to find their easy prey. These drug dealers are devoid of any conscience and are only driven by the money they receive for peddling their poison. They do not care if you are a child, an adult, White, Black, rich, poor, addicted or mentally challenged. They just don't care.

In our specific neighbourhood, not only would the dealers have all the existing addicts as a great supply of revenue but also a great potential source of future customers. Within two blocks of our proposed safe injection site are two public schools — so there are kids 14 and under — and two university residences. The residences, customers, tourists, business and property owners in the neighbourhood and community do deserve better. Many residents and customers already do not feel safe on the streets and having a safe injection site only makes things worse.

I'm not against harm reduction, but we already have free needle exchange programs and methadone treatments that are meant to reduce the harm of HIV and hepatitis C caused by intravenous drug use.

In my opinion, the Portuguese approach to curbing illicit drug use and medical dangers resulting therefrom should serve as a good model as to how to address Canada's current drug woes. In 2001, Portugal decriminalized the possession of small amounts of drugs. The government approached the drug problem by providing needle exchanges, using methadone as an opioid substitute and providing counselling and treatment to address the underlying addiction and mental health problems. Both the needle exchange and methadone treatments helped to reduce the spread of communicable diseases. In the last 15 years, the rate of HIV in Portugal has fallen by 90 per cent and the death rate from overdoses is only 20 per cent of the EU average, which is 17.3 people per million. The drug offenders have dropped from 44 in 1997 to 21 in 2012. Nowhere in Portugal's approach have they advocated for safe injection sites.

des drogues, ils doivent recourir à des moyens illégaux, comme la prostitution, la vente de drogues, les larcins et les introductions par effraction.

En tant que partie concernée d'une des communautés envisagées pour le site d'injection supervisée, je crains fort que ces autres crimes ne soient perpétrés contre les résidences, les propriétaires fonciers et les entreprises du quartier, ainsi que leurs employés ou leurs clients. De plus, l'ouverture d'un site d'injection supervisée attirera les trafiquants de drogues dans le quartier, car ils sauront exactement où trouver leurs proies faciles. Ces trafiquants sont dépourvus de conscience et ne sont motivés que par l'argent qu'ils reçoivent en vendant leur poison, peu importe si vous êtes un enfant, un adulte, blanc, noir, riche, pauvre, toxicomane ou déficient intellectuel. Ils s'en moquent.

Dans notre quartier, les trafiquants auraient comme source de revenus non seulement les toxicomanes actuels, mais aussi un grand bassin d'éventuels consommateurs. À deux coins de rue du site d'injection supervisée proposée se trouvent deux écoles publiques — c'est-à-dire des enfants de 14 ans et moins — ainsi que deux résidences universitaires. Les résidents, les clients, les touristes, les propriétaires d'entreprise et les propriétaires fonciers du quartier et de la communauté méritent mieux. Beaucoup de résidents et de clients ne se sentent déjà pas en sécurité dans la rue, et la présence d'un site d'injection supervisée ne fera qu'empirer les choses.

Je ne suis pas contre la réduction des méfaits, mais nous avons déjà des programmes d'échange de seringues gratuites et des traitements à la méthadone qui visent à réduire la propagation du VIH et de l'hépatite C attribuable à l'injection intraveineuse de drogues.

À mon avis, l'approche portugaise pour freiner la consommation de drogues illicites et les dangers d'ordre médical qui en découlent représente un bon modèle pour permettre au Canada de s'attaquer aux problèmes actuellement associés aux drogues. En 2001, le Portugal a décriminalisé la possession de petites quantités de drogues. Le gouvernement s'est attaqué au problème de la drogue en échangeant des seringues, en utilisant la méthadone comme substitut aux opioïdes et en offrant des services de counseling et des traitements pour remédier aux problèmes de dépendance et aux troubles mentaux sous-jacents. Le programme d'échange de seringues et les traitements à la méthadone ont tous les deux aidé à réduire la propagation de maladies transmissibles. Au cours des 15 dernières années, le taux de VIH au Portugal a diminué de 90 p. 100, et le taux de décès attribuables aux surdoses ne correspond désormais qu'à 20 p. 100 de la moyenne de l'Union européenne, qui est de 17,3 individus par million de personnes. Le nombre de personnes accusées de trafic de drogues est passé de 44 en 1997 à 21 en 2012. Au Portugal, on n'a aucunement préconisé l'ouverture de sites d'injection supervisée.

[Translation]

Senator Boisvenu: First, thank you for your very eloquent presentations. I have a question for Dr. Ujjainwalla. I'll read the last sentence of your brief, which you didn't have enough time to say out loud.

[English]

In closing, it is my opinion by voting for Bill C-37 as it stands to make injection sites available will be the death of any opportunity to develop the appropriate treatment all Canadians deserve.

[Translation]

Can you explain this excerpt, please?

[English]

Dr. Ujjainwalla: My point is that the problem that we face is that the individuals suffering from the disease of addiction are not getting the treatment they deserve. As a physician, in all other areas of medicine, if you have a heart attack right now they will get you, you go to the Heart Institute and you will have a stent put in. This is what should be happening with addiction.

I have travelled the world. In Europe, the United States and all these other jurisdictions, they have the appropriate treatment programs. In the portfolio I gave you, I have given you Recovery Kentucky and how they have done that. They now have over 2,000 beds. I've also given you something on the Betty Ford Center.

I believe, as do those in the addiction world, that the government is using injection sites as a smokescreen to prevent the input of money into the appropriate treatment of addiction because that amount of money would be in the billions of dollars, if the provincial and federal government departments of health were going to do this properly. They haven't put money into this in a meaningful way since the 1980s. That's what I mean. If we get focused going down this way, namely that injection sites are the treatment of addiction, we will never think about this ever again in our lives and that's the end for everyone.

[Translation]

Senator Boisvenu: Yesterday, the witnesses told us that an urgent problem must be solved, and that the problem is now endemic from east to west.

A media article in Quebec this morning said that fentanyl has arrived in the province and that deaths are starting to occur, although not in the same proportion as in Vancouver. Do you think the bill before us is a mistake from a medical perspective?

[Français]

Le sénateur Boisvenu : D'abord, merci beaucoup pour vos présentations fort éloquentes. Docteur, ma question s'adresse à vous. Permettez-moi de lire la dernière phrase de votre mémoire, que vous n'avez pas eu le temps de prononcer :

[Traduction]

En conclusion, j'estime que l'approbation du projet de loi C-37 sous sa forme actuelle, qui permet d'offrir des sites d'injection supervisée, revient à renoncer à une occasion de créer les traitements appropriés que méritent tous les Canadiens.

[Français]

Pourriez-vous nous expliquer ce passage, s'il vous plaît?

[Traduction]

Dr Ujjainwalla : Ce que je veux dire à propos du problème auquel nous faisons face, c'est que les gens qui souffrent de la maladie de la toxicomanie ne reçoivent pas les traitements qu'ils méritent. En tant que médecin, je sais que c'est différent dans tous les autres domaines de la médecine. Si vous faites une crise cardiaque, on vous conduira à l'institut de cardiologie et on vous installera une endoprothèse. C'est ainsi que nous devrions procéder pour la toxicomanie.

J'ai parcouru le monde. Les pays européens, les États-Unis et beaucoup d'autres pays ont des programmes de traitement adéquats. Dans le dossier que je vous ai remis, je vous ai donné de l'information sur Recovery Kentucky et la façon dont cet organisme a procédé. Il compte maintenant plus de 2 000 lits. Je vous ai également donné de l'information sur le centre Betty Ford.

J'estime, comme les gens du domaine de la toxicomanie, que le gouvernement se sert des sites d'injection comme un écran de fumée pour éviter de devoir verser l'argent dans un traitement adéquat de la toxicomanie étant donné que des milliards de dollars seraient nécessaires, si les ministères fédéral et provinciaux de la Santé procédaient comme il se doit. Ils n'ont pas sérieusement investi là-dedans depuis les années 1980. Voilà où je veux en venir. Si nous nous concentrons sur cette solution, à savoir que les sites d'injection servent à traiter la toxicomanie, nous ne nous pencherons plus jamais sur la question au cours de notre vie, et ce sera fini pour tout le monde.

[Français]

Le sénateur Boisvenu : Hier, les témoins nous ont dit qu'il y a un problème urgent à régler, mais que c'est un problème maintenant endémique qui s'étend de l'Est à l'Ouest.

Il y avait un article dans les médias ce matin, au Québec, dans lequel on disait que le fentanyl arrive au Québec et qu'il commence à y avoir des décès, quoique ce ne soit pas dans la même proportion qu'à Vancouver. Selon vous, est-ce que le projet de loi dont nous sommes saisis est une erreur sur le plan médical?

[English]

Dr. Ujjainwalla: In the summary page of the bill that is before us, the only thing I disagree with is paragraph (a) and “simplify the process.” I agree with everything else. In the summary, the first page of Bill C-37, paragraph (a) says, “simplify the process of applying for an exemption that would allow certain activities. . .” I don’t agree with this. I think they should leave it the way it was. The rest I agree with and I think we should expand on them. I think we should add one to say that the government should put in as much money as it needs to get our addiction treatment to the standards of the rest of the world and not be blindfolded by a bureaucratic comment that addiction sites treat addiction.

We’re on the right path. I believe that people like myself who work in the addiction field haven’t been heard enough to explain and give the knowledge and insight the government requires to do the right thing. Our American counterparts are light years ahead of us, but not in cardiology, not in oncology or in any other thing. In addiction, however, they’re light years ahead of us.

Senator McIntyre: Thank you all for your presentations. I totally agree that counselling and treatment is the key to drug addiction; no question about that.

I have a question regarding Bill C-37. The bill embodies both the drug consumption sites and the drug injection sites. Under the current regime of drug consumption sites, we have 26 criteria. Bill C-37 would drop from 26 to 5. That’s the first thing.

The other thing is that the bill also changes the discretionary 90-day public consultation period to a discretionary consultation not to exceed 90 days. Finally — and you have touched that point as well — the bill does not legislate on drug treatment centres, which are considered an important part of the solution.

May I have your thoughts on those three points, please?

Dr. Ujjainwalla: I agree with what you said. I think that the idea of the bill is a good one. It shows that this government is interested in this opiate crisis that we have. My problem as an addictions physician, for example, I’m a national expert but I wasn’t even invited to the opiate summit that was held here in Ottawa not long ago.

So I’m not sure the confusion around the appropriate treatment is the issue. I believe the government could become extremely knowledgeable on this, and I think they should take as much time as it requires to do it properly and have a bill that makes sense so that our strategy in Canada is going to amount to something and deal with your issue, for example, of carfentanil or all the issues that my colleagues are talking about.

[Traduction]

Dr Ujjainwalla : Dans le sommaire du projet de loi, je suis d’accord avec tout, sauf avec l’alinéa a) « de simplifier le processus de demande d’exemption pour permettre l’exercice de certaines activités... » Je suis d’accord avec tout le reste, et il faudrait même l’étouffer. Je pense qu’on devrait même ajouter que le gouvernement devrait consacrer autant d’argent que nécessaire pour rendre nos méthodes de traitement des toxicomanies conformes aux normes du reste du monde et qu’il ne devrait pas se fier aveuglément à l’observation d’un bureaucrate selon laquelle ces centres permettent de traiter les toxicomanies.

Nous sommes sur la bonne voie. Je crois que le gouvernement n’a pas assez entendu les explications, les conseils et les renseignements de mes homologues du domaine des toxicomanies qui étaient nécessaires à la prise des bonnes décisions. Nos homologues américains ont pris sur nous une avance de plusieurs années-lumière, mais pas en cardiologie ni en oncologie ni dans aucun autre domaine.

Le sénateur McIntyre : Je vous remercie tous pour vos exposés. Je suis totalement d’accord : le soutien psychosocial et le traitement sont la clé de la guérison des toxicomanies; je n’en doute absolument pas.

J’ai une question sur le projet de loi. Il vise à la fois les centres de consommation et ceux d’injection. Sous le régime réglementaire actuel visant les centres de consommation, il faut satisfaire à 26 critères. Le projet de loi en ferait passer le nombre à 5. C’est son premier effet.

Ensuite, il transforme la période de consultation publique discrétionnaire de 90 jours en consultation discrétionnaire d’au plus 90 jours. Enfin, et vous en avez aussi parlé, il ne dit rien sur les centres de désintoxication, qu’on considère comme un élément important de la solution.

Puis-je connaître votre opinion, s’il vous plaît, sur ces trois points?

Dr Ujjainwalla : Je suis d’accord avec ce que vous dites. Le projet de loi s’inspire d’une bonne idée. Il montre que le gouvernement s’intéresse à la crise actuelle des opiacés. Mais, pourquoi ne m’a-t-on même pas invité, moi qui suis médecin spécialiste de la toxicomanie, qui, par exemple, suis un expert national, au sommet qui vient d’avoir lieu ici, à Ottawa, sur les opiacés.

Voilà pourquoi je ne suis pas convaincu que le problème soit la confusion qui règne sur le traitement approprié. Le gouvernement pourrait devenir extrêmement connaissant sur le sujet. Il devrait prendre tout le temps dont il a besoin pour bien le faire et se donner un projet de loi sensé qui fera de notre stratégie canadienne une stratégie digne de ce nom, qui s’attaquera à notre problème, par exemple, de carfentanil ou à tous les autres dont mes collègues parlent.

At the end of the day, the bill is necessary but the bill needs to be appropriate in managing addiction and it's not really in there. The treatment isn't in the bill, and the first part of it is really, in my opinion, throwing a smokescreen into saying that's treatment. Injection sites or consumption centres are treatment. But as Mr. Carter says, you ought to follow these people around and see what actually happens. In Ottawa it will be probably only 20 to 50 people; the same people who live in these shelters, they're going to wander over there. They can have \$500 today; they live in a shelter; they don't have to prostitute, steal and commit crime; they're going to inject, and so what? They're already dead in a sense spiritually. We're not saving lives by having them just breathing again because they're just going to walk out there and have to get their own stuff and break the law, and they're going to die.

You have to see these people as human beings who are suffering from a disease that's highly treatable. In other parts of the world, if these people had the money, I could take them, put them there and they'll be normal. They will be taxpaying citizens who are happy and healthy.

Senator McIntyre: We're not making them better by giving them more drugs.

Dr. Ujjainwalla: Absolutely not; you're enabling them to continue a behaviour that's killing them. It's illogical. It's logical if you don't understand addiction. If you understand addiction, and I'm an expert in that — I've gone to school for many years and I've treated thousands of people — it's not about the drug. It's about your mind, your body, your spirit, and it's a very deadly illness if untreated.

Senator McIntyre: Another thing that bothers me about the bill is the fact that we're not only going to have maybe five drug injection sites, but this will mushroom across the country. We may end up with 50, 500, and then have we really solved the problem? That's what I'm concerned with.

Dr. Ujjainwalla: And that's my point to my last statement with your colleagues. I think we're just going to lose sight of it and we will be in big trouble. What you're suggesting with injection sites is actually aggravating the opiate dependency problem. When you're addicted to opiates, it doesn't matter. When we cut out OxyNEO they just went to the next one. The reason we have carfentanil is because we cut out OxyNEO.

I'm telling you, that's what happens. I deal with this all day long. I've had 10 people die in the last three weeks who are patients of mine. They can't get treatment and that's why they're dying. In saving a life, you've got to understand what a life is. If you're dying of cancer in palliation, they want to live. My father died at Bruyère in agony.

So that's how these people live. They're HIV positive, hepatitis C positive; they have no teeth, no nutrition; they sleep under a bridge. That's no life. So when they breathe again, when they wake up after they've injected, you didn't save a life. As a

En fin de compte, le projet de loi est nécessaire, mais il doit convenir à la gestion des toxicomanies, ce qu'il ne fait pas vraiment. Il ne dit rien du traitement, et sa première partie, l'affirmation que c'est du traitement n'est, à mon avis, qu'un écran de fumée. Les centres d'injection ou de consommation procurent un traitement, mais, comme M. Carter le dit, il faut suivre les allées et venues des toxicomanes pour voir la vérité. À Ottawa, ils ne seront peut-être fréquentés que par 20 à 50 d'entre eux, les mêmes, qui vivent dans des refuges. Ils peuvent disposer de 500 \$ aujourd'hui; ils ont un refuge; ils n'ont pas à se prostituer, ni à voler, ni à commettre de crimes; ils vont s'injecter de la drogue. Et après? Ils sont déjà morts, dans un certain sens, spirituellement. Nous ne sauvons aucune vie en leur permettant de seulement respirer encore parce que, dès leur sortie, ils devront se réapprovisionner, violer la loi et ils vont mourir.

Il faut voir en ces personnes des êtres humains qui souffrent d'une maladie facile à traiter. Si elles vivaient à l'étranger et avaient l'argent nécessaire, je pourrais les traiter et leur faire retrouver une vie normale, celle de citoyens, de contribuables heureux et en bonne santé.

Le sénateur McIntyre : Nous ne les guérissons pas en leur donnant plus de drogues.

Dr Ujjainwalla : Absolument pas. On leur donne le droit de reproduire un comportement mortel pour eux. C'est illogique. Mais c'est logique pour qui ne comprend pas la toxicomanie. Si on la comprend, et j'en suis un spécialiste, mes nombreuses années d'études et les milliers de patients que j'ai soignés en font foi, on sait que le problème n'est pas la drogue. C'est peut-être la tête, le corps, l'esprit. Faute de traitement, cette maladie est mortelle.

Le sénateur McIntyre : Le projet de loi m'inquiète à un autre titre. Nous n'aurons pas seulement cinq centres d'injection. Ils vont se multiplier dans tout le pays. Nous risquons de nous retrouver avec 50, 500 de ces centres. Aurons-nous alors vraiment résolu le problème? Ça m'inquiète.

Dr Ujjainwalla : C'est ce que je voulais dire à la fin de ma réponse à vos collègues. Nous finirons par perdre de vue le problème, et là nous serons dans un gros pétrin. Les centres d'injection que vous projetez contribuent en fait à aggraver le problème de dépendance aux opiacés. Quand on y est dépendant, ça n'a pas d'importance. Après le retrait de l'OxyNEO du marché légal, les toxicomanes sont passés au produit de remplacement suivant. Voilà pourquoi nous sommes aux prises avec le carfentanil. À cause du retrait de l'OxyNEO.

C'est ainsi que ça se passe. Je vous le dis. C'est mon pain quotidien. Depuis trois semaines, 10 de mes patients sont morts, faute de pouvoir être traités. Quand on sauve une vie, il faut comprendre ce qu'une vie représente. Le cancéreux qui meurt en soins palliatifs veut vivre. Mon père est mort en agonie à Bruyère.

Voilà comment ces gens vivent : séropositifs pour le VIH, positifs pour l'hépatite C, édentés, se nourrissant à peine, dormant sous les ponts. Ce n'est pas une vie. Alors quand ils se remettent à respirer, quand ils s'éveillent après l'injection, nous n'avons pas

physician, I don't think that's fair. Then you toss them out anyway. You just rescued them from drowning and you toss them back out on the street and they've got to prostitute and get more fentanyl. I don't get it. It doesn't make sense.

Senator Joyal: I think you have put your finger on the conundrum that I mentioned to the witnesses we had the privilege of hearing earlier on this morning, which is if the government's answer is only, as you say, to multiply the number of injection sites, it doesn't address the fundamentals of the problems. When I say the fundamentals of the problems, I mean the problems and solutions ahead of somebody being addicted and after you recover that person from, as you say, the streets, the ditches and everywhere.

I think we should be very concerned as a committee to alert the government. Of course, when governments are facing crises, they want to do something. There is public pressure, public opinion; people are dying and they have to do something. But we have to be smart about our approach.

As much as injection sites may be needed in some circumstances, if we give all our emphasis and put all our money and effort with the provinces on multiplying the number of sites but not really on investing in the treatment part, or taking initiatives to address the treatment part, we're not really doing much to solve the problem.

The medical community has to be very involved in the definition of the treatment site. The treatment site side of it will not come from civil servants. It will come from people in the field like you and like Mr. Kardish, who knows on a daily basis what it is amounting to not to have treatment possible. It's just multiplying the problem. As you said, it's to keep the living dead still living, but we don't really address the issue.

On the basis of your experience of what the United States does, how do you see the initiative we should be taking to promote the treatment aspects of that approach to fight the opioid crisis in Canada?

Dr. Ujjainwalla: Thank you for your comments. It's very refreshing to me to hear somebody acknowledge what I do.

I tried to get a comment from Jack Kitts, who is the CEO of the Ottawa Hospital and a friend of mine, and as the top person at the Ottawa Hospital he said he had to defer a comment. That's saddens me that the physicians, my colleagues, aren't doing what they should do.

How do we change? We start with attitude, insight, knowledge and willingness. If we could, as a group, recognize all the things you just said as true and say, listen, we need a working committee to work together to say what would be the appropriate medical treatment for a medical problem with an excellent prognosis; how do we create an evidence-based best practice program such as the Betty Ford Centre? Then we would have to collaborate and

vraiment sauvé une vie. Le médecin en moi ne croit pas que c'est juste. De toute manière, on les rejette. On les sauve tout simplement de la noyade, puis on les abandonne à leur sort dans la rue où ils doivent se prostituer pour obtenir plus de fentanyl. Je ne comprends pas. Ce n'est pas logique.

Le sénateur Joyal : Vous venez de mettre le doigt sur l'énigme que j'ai signalée aux témoins que nous avons eu le privilège d'entendre plus tôt, ce matin, c'est-à-dire que si la seule réponse du gouvernement est, comme vous dites, de multiplier le nombre de centres d'injection, ce n'est pas s'attaquer aux racines des problèmes. Je veux dire les problèmes et les solutions qui se présentent au toxicomane sorti, comme vous dites, de la rue, du ruisseau, peu importe.

Je pense que notre comité devrait se soucier d'alerter le gouvernement. Bien sûr, en temps de crise, les gouvernements veulent agir, sous la pression du public, de l'opinion publique, des morts. Ils le doivent, mais encore le faut-il de façon intelligente.

Autant les centres d'injection peuvent être nécessaires dans certaines circonstances, autant nous ne contribuerons pas beaucoup à la résolution du problème si nous privilégions exclusivement, avec tout notre argent et tous nos efforts avec les provinces, la multiplication de ces centres, en négligeant d'en consacrer au traitement.

Le milieu médical doit participer à fond à la définition de ce qu'est un centre de traitement. Ça ne se fera pas par des fonctionnaires. Ça viendra de praticiens du terrain, comme vous et comme M. Kardish, qui constatent tous les jours à quoi mène l'impossibilité d'être traité. Ça ne contribue qu'à multiplier le problème. Comme vous l'avez dit, ça équivalait à maintenir en vie des zombies, mais sans vraiment s'attaquer au problème.

D'après votre expérience de ce qui se fait aux États-Unis, comment décririez-vous l'initiative que nous devrions adopter pour promouvoir le volet traitement dans la lutte contre la crise des opiacés au Canada?

Dr Ujjainwalla : Je vous remercie de vos observations. Ça me fait beaucoup de bien d'entendre reconnaître mon travail.

J'ai essayé de connaître la pensée de mon ami Jack Kitts, le directeur général de l'Hôpital d'Ottawa, qui m'a répondu que, en sa qualité de dirigeant de l'hôpital, il devait remettre à plus tard ses commentaires. Ça m'attriste de voir des médecins, mes collègues, négliger leur devoir.

Comment changer? D'abord par l'attitude, les idées, les connaissances et la volonté. Si nous pouvions, collectivement, reconnaître la vérité de tout ce que vous venez de dire et nous décider à former un comité de travail pour définir le traitement médical approprié d'un problème médical dont le pronostic est excellent et déterminer comment élaborer un programme fondé scientifiquement sur des pratiques exemplaires comme celui du

develop this type of comprehensive program, which I would be thrilled to be part of and I know other people around here would.

I think in the United States the reason that it happened, that they went towards more treatment centres and drug treatment court, is because they ran out of money. I've been in several states, in Georgia, Florida and Hawaii, where they just basically ran out of money putting everybody in jail and then realized that the treatment of addiction is not incarceration. So they developed these innovative programs and integrated with existing treatment centres.

I spoke to Dr. Keon about this at one point because I wanted his opinion. We have to do what Dr. Keon did for Ottawa with the Heart Institute. We have to do that for the addiction institute. When I started in the 1970s here we didn't have CHEO; we didn't have a heart institute, cancer clinic, Eye Institute, nothing. Now we have all that.

We have to put in the same effort, enthusiasm, intelligence and money to create an addiction foundation or centre that's equivalent to our Heart Institute. And we could do it. All we need is the support. There are lots of people in our community, such as Mr. Kardish, who would be more than willing to put his time and money into it. I know that.

In answer to your question, I think it's the willingness of the government to allow people like us who are experts in this field to have a voice at the table and to do the right thing logically and then start looking at results.

In most of the LHIN programs there is no accountability on outcomes — zero. There are \$120 million a year spent in Ottawa at the Champlain LHIN on addiction but 90 per cent of it is salaries. That hasn't changed since the 1980s.

I have to get a seat at the table and people have to say physicians are important in this. The medical treatment of the medical problem is there, it's available, and we can do it. Why couldn't we? We did it with the Heart Institute and with the cancer clinic. We can do it. People will do it. It's just that the political will, in my opinion, has been to provide a smokescreen again to say that injection sites or harm reduction become the treatment of addiction and we're the leaders in the world in this. In fact, we'll go to the UN and tell people how excellent our programs are. To me, that's embarrassing as a Canadian. We wouldn't do that with the Heart Institute or we wouldn't say that with the eye institute.

centre Betty-Ford. Ensuite, nous devrions élaborer ensemble ce type de programme exhaustif, auquel je serais ravi de participer. Et, je le sais, d'autres personnes par ici le seraient aussi.

Je pense que, aux États-Unis, la multiplication des centres de traitement et la création du tribunal de traitement de la toxicomanie s'expliquent par l'épuisement des fonds. J'ai visité plusieurs États, la Géorgie, la Floride et Hawaï et, essentiellement, à force de jeter les toxicomanes en prison, ils se sont trouvés à court d'argent et compris que ce n'est pas par l'incarcération qu'on traite la toxicomanie. On y a donc élaboré des programmes innovants qu'on a intégrés dans les centres de traitement existants.

À un moment donné, j'en ai parlé au Dr Keon, dont je voulais connaître l'opinion. Nous devons faire avec l'institut de toxicomanie ce qu'il a fait à Ottawa avec l'Institut de cardiologie. À mes débuts, dans les années 1970, Ottawa n'avait rien : pas de Centre hospitalier pour enfants pour l'est de l'Ontario, ni Institut de cardiologie, ni Clinique d'oncologie, ni Institut de l'œil. Rien. Elle a maintenant tous ces établissements.

Nous devons y mettre les mêmes efforts, le même enthousiasme, la même intelligence et le même argent pour créer une fondation ou un centre de traitement des toxicomanies qui serait l'équivalent de notre Institut de cardiologie. C'est possible. Il suffit d'avoir des appuis. Notre communauté compte beaucoup de donateurs qui, comme M. Kardish, consacraient volontiers temps et argent à cette cause. Je le sais.

Pour répondre à votre question, je pense que c'est la volonté du gouvernement d'autoriser des spécialistes du domaine comme nous à avoir voix au chapitre et à faire ce qui s'impose logiquement, puis à commencer à étudier les résultats.

La plupart des programmes des réseaux locaux d'intégration des services de santé n'exigent absolument aucune reddition de comptes sur les résultats. À Ottawa, on consacre 120 millions de dollars par année à la toxicomanie dans le réseau local Champlain, mais 90 p. 100 partent en salaires. Ça n'a pas changé depuis les années 1980.

Je dois obtenir le droit de siéger à la table et il faut reconnaître l'importance des médecins dans la résolution du problème. Le traitement médical du problème médical existe, il est disponible, et nous pouvons l'appliquer. Pourquoi ne le pourrions-nous pas? Nous avons réussi avec l'Institut de cardiologie et la clinique d'oncologie. C'est possible. Ça se fera. Sauf que la volonté politique a été de produire un écran de fumée encore une fois pour faire passer les centres d'injection ou la réduction des méfaits pour une méthode de traitement de la toxicomanie et pour nous en prétendre les chefs de file dans le monde. En fait, nous irons à l'ONU et nous y vanterons l'excellence de nos programmes. Pour moi, qui suis Canadien, c'est gênant. Nous n'irions pas jusque là avec l'Institut de cardiologie, nous ne le dirions pas de l'Institut de l'œil.

The Chair: Mr. Kardish, you mentioned problems with some of your staff and your customers being confronted. Could you be a little more explicit? Maybe you could give us a few examples of the more worrisome incidents that have occurred.

Mr. Kardish: There are a large number of drug-addicted people on the streets around our place. That's just the way it is. Early in the morning, at seven o'clock, six o'clock, they open the bakery. They went to the open the garbage container, the dumpster, and there's a guy shooting up in there. It's frightening, really. He was scared; she was scared.

I had another situation where a girl parked her car in the laneway at eight o'clock in the morning and out from the dumpster came this wild-looking girl who was high on something, chasing her down the street.

This goes on all the time. This is Rideau Street. We have a lot of these situations arise. At the methadone clinic next door you have a lot of people fighting. It's embarrassing for tourists who come in, for customers who come in. They just can't believe that it is 15 minutes from downtown, from Parliament Hill, and they're experiencing these things. It's frightening.

The Chair: Doctor, you indicated you've started your own business, Recovery Ottawa, to provide treatment. Saving lives should be the priority, I think you said earlier. I also heard you say people can't get treatment and you referenced that "three of my patients died last week." Maybe you could talk a little bit about that.

Dr. Ujjainwalla: They died because they didn't get treatment.

The Chair: But you said they were your patients.

Dr. Ujjainwalla: What I do with methadone is called opiate withdrawal management. People who are addicted to fentanyl, they can't get into a treatment centre. The reason I started this in the first place is because I went down to Rideau Street and saw what a mess it is. I said, "I have to do something about this." I personally — myself and a pharmacist — started Recovery Ottawa at our own expense. Unlike Médecins sans Frontières, nobody is helping these people; it is a disaster.

I go down there and I see them without an OHIP card, the same day, and put them on a drug called methadone. Now they don't have to use drugs. We take them out of withdrawal. That's all we do. Now they need treatment. They need to deal with all their other psychiatric issues, life issues and career issues. That's what treatment is. Your point is important. People don't even know what treatment means. They think methadone is treatment. It's not. It's opiate withdrawal management so at least they don't have to prostitute and steal and wreck things. If you come to my clinic, it's the opposite. Everybody is polite, friendly and does what they're supposed to do because I've made it that way. The problem is I have to watch them die because they don't get any more help because they have serious psychiatric problems and life issues.

Le président : Monsieur Kardish, vous avez parlé de rencontres désagréables pour certains de vos clients et employés. Pourriez-vous nous en dire un peu plus, peut-être par des exemples des incidents les plus inquiétants.

M. Kardish : Beaucoup de toxicomanes vont par les rues qui entourent notre établissement. C'est comme ça. Ce jour-là, vers 6 ou 7 heures, la boulangerie ouvre ses portes. Une employée va ouvrir la benne à ordures. Elle y trouve un homme en train de se piquer. C'était vraiment effrayant. Il avait peur; elle avait peur.

Une autre fois, une fille stationne sa voiture dans l'allée, à 8 heures, et une fille à l'air sauvage, complètement défoncée, sort de la benne et se met à la poursuivre dans la rue.

C'est continu. Nous sommes rue Rideau. C'est fréquent. À la porte voisine, celle de la clinique de traitement à la méthadone, les rixes sont nombreuses. C'est gênant pour les touristes, les clients de notre établissement. On ne se croirait jamais à 15 minutes du centre-ville, du Parlement et, pourtant, ils voient ces choses. C'est effrayant.

Le président : Docteur, vous avez dit que vous aviez lancé votre propre organisme, Recovery Ottawa, pour administrer des traitements. Vous avez dit, je pense, que la priorité devait être de sauver des vies. Vous avez dit, aussi, que des malades ne pouvaient pas se faire traiter et vous avez précisé que trois de vos patients étaient morts la semaine dernière. Peut-être pourriez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet.

Dr Ujjainwalla : Ils sont morts faute de traitement.

Le président : Mais vous avez dit que c'était vos patients.

Dr Ujjainwalla : Mon traitement à la méthadone s'appelle gestion du sevrage des dépendances aux opiacés. Les personnes en situation de dépendance au fentanyl ne peuvent pas se faire admettre dans un centre de traitement. J'ai d'abord lancé cette entreprise après avoir constaté l'état de délabrement de la rue Rideau. Je me suis dit qu'il fallait réagir. Avec un pharmacien, j'ai créé Recovery Ottawa, à nos propres frais. Médecins sans Frontières sont les seuls à aider ces gens; c'est une catastrophe.

Je me rends là et je les reçois, sans carte d'assurance-santé de l'Ontario, le même jour, et je leur prescris de la méthadone, une drogue de substitution. Nous les accompagnons jusqu'à la fin du sevrage. C'est tout ce que nous faisons. Ils ont maintenant besoin de traitement. Ils doivent s'occuper de tous leurs autres problèmes psychiatriques, problèmes de la vie et problèmes liés à la carrière. C'est le but du traitement. Ce que vous dites est important. Ces gens ne savent même pas ce que signifie un traitement. Ils pensent que c'est la méthadone. C'est faux. C'est la gestion du sevrage des dépendances aux opiacés pour que, au moins, ils n'aient pas à se prostituer, à voler et à vandaliser. À ma clinique, vous verriez que c'est le contraire. Tout le monde est poli, amical et vaque à ses affaires, parce que je l'exige. Le problème est que je dois les regarder mourir parce qu'ils n'obtiennent pas plus d'aide pour leurs graves problèmes psychiatriques et problèmes de la vie.

Recovery Kentucky, I've been down there and they want to come here and start their program. They now have 2,000 beds for homeless people in the state of Kentucky. If we could do that in our area here in the Market, wouldn't that be a nice thing? No drugs; people are polite and friendly. I see that vision and I know we could do it. We just have to have the will to try.

The Chair: How are you funded?

Dr. Ujjainwalla: We're not funded at all. We pay ourselves. I pay like any other doctor. My salary is funded by OHIP; that's it. We don't get any funding from anyone.

The Chair: Is it like a family health team concept?

Dr. Ujjainwalla: Yes, but I pay for everything myself and the pharmacists pay for everything — the rent, the phone, everything.

The Chair: Are you familiar with the Swiss model that has been referenced by a number of witnesses?

Dr. Ujjainwalla: Swiss model?

The Chair: Yes.

Dr. Ujjainwalla: I had people from Sweden come and visit my program and they want to start a program. But I'm not aware of the Swiss model.

[Translation]

Senator Boisvenu: My question is for Mr. Grinham. First, congratulations on the admirable work you have done with your spouse. You didn't refer to Bill C-37 at all in your brief. What's your position on this bill?

[English]

Mr. Grinham: I have the same position as most of the people who spoke today. The majority of the bill is fine. It's the weakening of the criteria for the supervised injection or consumption sites. There is also change of the verbiage; instead of requiring "proof," it's requiring "information." Information is not proof. It doesn't guarantee that a solution that has been put into place is going to be effective. We are talking about a situation where people are literally dying while waiting for us to come up with the right solution.

My wife and I have been working on this for 10 years, and for 10 years nothing has changed. In fact, things have gotten worse. Anyone who watches the news saw the stabbing that just happened the other night at the McDonald's on Rideau Street. That was drug-related. We see shootings all across the city of Ottawa, within steps of Parliament Hill. That is majority drug-related.

Recovery Kentucky, que j'ai visité, veut s'établir ici et entreprendre son programme. Dans le Kentucky, 2 000 lits sont offerts aux sans-abri. Ne serait-il pas génial si nous pouvions faire de même ici, dans le quartier du marché? Pas de drogues, des gens polis et amicaux. C'est ma vision et je sais qu'elle est réalisable. Il suffit d'un peu de volonté pour l'essayer.

Le président : Comment êtes-vous financés?

Dr Ujjainwalla : Nous ne sommes absolument pas financés. Nous payons tout nous-mêmes. Je paie comme tout autre médecin. Mon salaire est financé par l'Assurance-santé de l'Ontario; c'est tout. Nous n'obtenons aucun autre financement.

Le président : Est-ce un concept comme l'équipe de santé familiale?

Dr Ujjainwalla : Oui, sauf que je paie tout moi-même, comme les pharmaciens — le loyer, le téléphone, tout.

Le président : Connaissez-vous le modèle suisse qu'ont évoqué plusieurs témoins?

Dr Ujjainwalla : Le modèle suisse?

Le président : Oui.

Dr Ujjainwalla : Il y a des gens de la Suède qui sont venus nous rendre visite et qui souhaitaient mettre sur pied un programme. Mais je ne connais pas le modèle suisse.

[Français]

Le sénateur Boisvenu : Ma question s'adresse à M. Grinham. Tout d'abord, félicitations pour le travail que vous avez fait avec votre conjointe, c'est admirable. Vous n'avez pas du tout parlé du projet de loi C-37 dans votre mémoire; quelle est votre position par rapport à ce projet de loi?

[Traduction]

M. Grinham : Je suis du même avis que la plupart des gens qui ont pris la parole aujourd'hui. Le plus clair du projet de loi est bon. C'est l'affaiblissement des critères pour les sites d'injection ou de consommation supervisés qui pose problème. Il y a aussi le fait qu'on exige de l'information plutôt que des preuves. L'information n'est pas une preuve et ne garantit pas l'efficacité de la solution qui a été mise en œuvre. Il y a littéralement des gens qui se meurent en attendant qu'on trouve la bonne solution.

Ma femme et moi y travaillons depuis 10 ans, et en 10 ans, rien n'a changé. En fait, la situation a empiré. Quiconque suit l'actualité sait qu'une personne s'est fait poignarder l'autre nuit au McDonald de la rue Rideau. Cette agression était liée à la drogue. Il y a des fusillades qui surviennent partout à Ottawa, à quelques pas du Parlement. En général, cela découle d'un problème de drogue.

If we make it easier to put into place supervised injection sites or supervised consumption sites, much like Dr. Ujjainwalla has said, we're going to lose the vision on treatment. We have been screaming for treatment for 10 years.

I have been trying to get people to look at a treatment centre in Italy called San Patrignano. If you have a moment, please look into that. We're talking about 30 per cent through our drug court being a success. They have a 71 per cent success rate going back five years because they learned that treatment is not about getting you off drugs. It's about dealing with everything that drove you to drugs. Treatment is a very personal thing that has to be customized to each user and has to be done properly. If we do it probably, if we get 71 per cent of the addicts off the streets of Ottawa — by the way, San Patrignano does this at no expense to the Italian government, at no expense to the Italian taxpayers.

Fifty per cent of their funding comes from donations and the other 50 per cent comes from goods and services produced at San Patrignano because part of the treatment is to give you training in a new job. And as you're training and working and doing things in that position but still attending San Patrignano, then the money you would be paid for that job goes to pay for your treatment. So it's not a drain on society either. It is a very amazing model.

Again, they have indicated more than once they would be willing to come here and show us how it's done. We just need the political will to make that happen.

[*Translation*]

Senator Boisvenu: I gather that you're comparing Bill C-37 to a place for people to die. People will die a slow death by injecting themselves. Do you recommend that the bill be split in two, to manage treatment on one side and supervised injection sites on the other side, in order not to lose sight of the rehabilitation priority and not to focus on continued substance use?

[*English*]

Dr. Ujjainwalla: I think that would be a fantastic idea. That would be suggesting to the people that you understand a problem, and then we could put that front and centre into a solution that is going to be meaningful.

I had the same experience as what Chris has just said. A group from Sweden came to see me with exactly that same program and they wanted to come here and implement it. I told you the Recovery Kentucky group was coming here. I've been down to see them. They would be happy to come here and implement it for free. We have people who would be willing to put personal money into this in Ottawa to create these types of things.

Si nous facilitons la mise en place de sites d'injection ou de consommation supervisée, comme le Dr Ujjainwalla a dit, nous allons perdre de vue le traitement de la toxicomanie. Nous demandons haut et fort des programmes de traitement de la toxicomanie depuis 10 ans.

J'invite les gens à examiner le modèle d'un centre de traitement de la toxicomanie en Italie appelé San Patrignano. Si vous avez un moment, allez voir de quoi cela a l'air. Dans notre tribunal de traitement de la toxicomanie, il y a environ 30 p. 100 des cas qui sont une réussite. À ce centre, le taux de réussite s'élève à 71 p. 100 depuis cinq ans. Ils ont compris que le traitement ne consiste pas seulement à mettre fin à la consommation de drogues d'une personne; il faut traiter tout ce qui a amené la personne à consommer de la drogue au départ. Le traitement est quelque chose de très personnel qui doit être adapté à chaque toxicomane. Si nous faisons bien les choses, si nous réussissons à sortir des rues d'Ottawa 71 p. 100 des toxicomanes — soit dit en passant, le centre San Patrignano mène ses activités sans qu'il en coûte un sou au gouvernement ni aux contribuables italiens.

Cinquante pour cent du financement provient de dons, et l'autre moitié provient des biens et des services produits au centre, car le traitement vise en partie à former les gens afin qu'ils puissent occuper un nouvel emploi. Et à mesure que les gens sont formés et travaillent, tout en recevant des soins au centre, l'argent qu'ils reçoivent sert à payer leur traitement. Ce n'est donc pas un fardeau pour la société. C'est un modèle exceptionnel.

Encore une fois, ils nous ont indiqué à plus d'une reprise qu'ils seraient disposés à venir ici à Ottawa pour vous expliquer leur démarche. Il suffit d'avoir de la volonté politique.

[*Français*]

Le sénateur Boisvenu : Ce que je comprends, c'est que vous comparez le projet de loi C-37 à un mouroir; les gens vont mourir à petit feu en s'injectant. Est-ce que vous recommandez de scinder le projet de loi en deux, afin de gérer le traitement d'une part, et de traiter des sites d'injection supervisée d'autre part, pour ne pas perdre de vue la priorité, qui est la réhabilitation, et de ne pas mettre l'accent sur le maintien de la consommation?

[*Traduction*]

Dr Ujjainwalla : Je pense que ce serait une excellente idée. Cela laisserait entendre à la population que l'on comprend le problème, et cela pourrait devenir une véritable solution.

J'ai vécu la même expérience que Chris a décrite. Un groupe de la Suède est venu me voir et m'a parlé de ce même programme. Ils souhaitaient venir ici et le mettre en œuvre. Je vous ai dit que le groupe Recovery Kentucky était venu à Ottawa. Je suis allé rencontrer les responsables. Ils seraient heureux de venir ici et de mettre leur programme sur pied gratuitement. Je connais des gens qui seraient prêts à investir de l'argent personnel ici à Ottawa pour créer ces types de ressources.

As Chris says, we just need the political will to take this seriously and say we need treatment of addiction. This is the proper thing. It has nothing to do with injection sites. Nothing would make me happier than to pull that out and put in a new bill that says we need treatment to solve our problems.

Senator Joyal: I'm trying to visualize in my mind how what you're doing as an initiative could be linked to social agencies and drug court operations. That seems to be certainly an important player in an approach that would be more comprehensive than just focusing on injection sites.

What's your experience? I have difficulty understanding that the work you do is not recognized by any Ottawa social agencies, that you have no connection with them to try and coordinate the effort and better reach the results that you're aiming to achieve.

Dr. Ujjainwalla: If I could comment on that, I think that's the problem. It's almost like oil and water. If we exist in medicine, they don't exist as social or bureaucrats or administrators. It's so dysfunctional I can't even begin to tell you.

The problem with that is the people who need the services are not getting them. We have a meeting right after this with the LHIN. I'm going to create the whole thing. I'm not going away with this. This is my life mission now.

In the package I gave you, I had a presentation that I gave to the police chiefs of Canada, and in there is a presentation on what a collaborative comprehensive program would look like and all the different resources would be working together. Again, I've been in other parts of the world, in the U.S., in Sweden, and it seems in Italy they already have this going. We're all working in conjunction, just the way a hospital should work. It's just that we're not part of it for some weird reason.

When I go to a party, I have to spend 10 minutes explaining what an addiction medicine physician is, and I have a degree in it. The cardiologist doesn't have to do that.

This is a problem we face generically in our system, that addiction and mental health is kind of an afterthought, yet 50 per cent of our population is affected by it, and nice people like this, who pay out big taxes, have people in their dumpster in the morning. It's ridiculous.

Senator Joyal: But how the Drug Treatment Court operates by agreeing to send somebody for a cure, if there is no infrastructure to receive those people, the judge in the court says, "Okay, you go to treatment," but who is in charge of that person when the person leaves the court? Where is the social infrastructure?

Dr. Ujjainwalla: Absolutely. You will see I have all that in my presentation.

Comme Chris l'a dit, il faut une volonté politique. Nous devons prendre ce problème au sérieux et reconnaître que nous avons besoin de services de traitement de la toxicomanie. Il faut miser là-dessus. Cela n'a rien à voir avec les sites d'injection. Rien ne me rendrait plus heureux que d'abandonner ce projet et d'avoir une nouvelle mesure législative qui stipule qu'il faut accorder la priorité au traitement de la toxicomanie pour régler le problème.

Le sénateur Joyal : J'essaie d'imaginer en quoi votre initiative pourrait se rapporter aux activités des organismes sociaux et du tribunal de traitement de la toxicomanie. Chose certaine, cela semble être un joueur important dans le cadre d'une approche plus exhaustive qui ne cible pas uniquement les sites d'injection.

Quelle est votre expérience? J'ai du mal à comprendre que le travail que vous faites n'est pas reconnu par les organismes sociaux à Ottawa, que vous n'entretenez pas de liens avec eux et que vous n'essayez pas de collaborer en vue d'obtenir de meilleurs résultats.

Dr Ujjainwalla : Si vous me permettez, je pense que c'est ce qui pose problème. C'est comme essayer de mélanger de l'huile et de l'eau. Si nous œuvrons en médecine, ils n'œuvrent pas au sein de la bureaucratie ni de l'administration. Je ne peux pas vous dire à quel point c'est dysfonctionnel.

Le problème, c'est que les gens qui ont besoin de ces services ne les obtiennent pas. Nous avons une réunion tout de suite après avec le RLISS. Je ne vais pas disparaître. C'est ma mission de vie.

Dans la trousse que je vous ai transmise, il y a un exposé que j'ai présenté aux chefs de police du Canada, ainsi qu'un exposé sur la forme que pourrait prendre un programme global axé sur la collaboration et toutes les différentes ressources concertées. Encore une fois, je suis allé dans d'autres régions du monde, aux États-Unis, en Suède, et il semble qu'en Italie, on ait déjà adopté cette approche. Nous travaillons tous en collaboration, exactement comme un hôpital devrait fonctionner. Toutefois, pour une raison étrange, nous n'en faisons pas partie.

Lorsque je vais à une fête, je dois passer 10 minutes à expliquer ce que fait un médecin spécialisé en toxicomanie, alors que j'ai un diplôme dans ce domaine. Le cardiologue n'a pas à faire ça.

C'est un problème auquel notre société est confrontée. La toxicomanie et les problèmes de santé mentale sont secondaires, et pourtant, 50 p. 100 de la population en est touchée. Et des bons citoyens, qui paient beaucoup d'impôts, retrouvent des gens dans leur conteneur à ordures le matin. C'est ridicule.

Le sénateur Joyal : Comment le tribunal de traitement de la toxicomanie peut-il aiguiller ces personnes vers le traitement le plus approprié, s'il n'y a aucune infrastructure pour les accueillir? Si le juge décide qu'une personne doit suivre un traitement, qui va s'en occuper une fois qu'elle quittera le tribunal? Où se trouve l'infrastructure sociale?

Dr Ujjainwalla : Absolument. Tout cela se trouve dans mon exposé.

Drug Treatment Court is an integral part of what we do. People should be going to drug treatment, but at the same time come back at night and stay in a sober-living facility, so we need that facility. They need one month, three months or one year of treatment and then three years of aftercare and on and on. It's all integrated together.

Drug Treatment Court does 36 people a year. In my opinion, they should be doing 3,000 a year.

Senator Joyal: Absolutely.

Dr. Ujjainwalla: It costs so much to put people in jail. I've got a guy in jail for 10 years for theft or something. It's \$150,000 a year to put somebody in jail.

We could take that money and put it into an appropriate Drug Treatment Court, which is integrated into appropriate treatment, ongoing management, aftercare and, like Chris is saying, you start people working.

In Sweden, the state owns the companies. They have a roofing company; they work for the state. All the money goes back to the state, and then they become part owners. It's excellent, and it works. People are happy. There's reduction in crime, and the jails are closing because they don't need jails any more. Eighty per cent of the people shouldn't be in jail.

I would encourage everyone to go to Drug Treatment Court, Tuesdays at 2 p.m. It will break your heart. It's the only courtroom where people are happy. The judges and the police are hugging the patients. If you want to lift your spirits on a rainy day like today, go down and you will see how excellent it is. You'll ask, "Why don't we have more of this? This is how it should work."

A guy was charged with two grams of cocaine, and now he's going to do three months at OCDC. It makes no sense. Put him in an appropriate treatment centre. Educate him, teach him, treat his health, give him a job, encourage him, treat him like a human being and it will come back to us in spades. Canada could be the leader in this. It wouldn't be that hard to do.

The Chair: Thank you all for your obvious passion and caring about the community. The committee appreciates that. We thank you for your testimony. It's very helpful.

Le tribunal de traitement de la toxicomanie fait partie intégrante de notre travail. Les gens devraient être aiguillés vers un programme de traitement de la toxicomanie, mais en même temps, ils devraient pouvoir passer la nuit dans un centre pour éviter une rechute. Ils ont besoin d'un traitement d'une durée d'un mois, de trois mois ou d'un an, puis d'un suivi pendant trois ans. Il s'agit d'un ensemble de soins.

Le tribunal de traitement de la toxicomanie prend en charge 36 personnes par année. Selon moi, il faudrait que ce soit 3 000 par année.

Le sénateur Joyal : Absolument.

Dr Ujjainwalla : C'est très coûteux d'envoyer des gens en prison. Il y a un homme qui a écopé d'une peine d'emprisonnement de 10 ans pour avoir volé ou commis une infraction du genre. Cela coûte 150 000 \$ par année pour le garder en prison.

Nous pourrions prendre cet argent et l'investir dans un tribunal de traitement de la toxicomanie, qui est intégré à un ensemble de soins, c'est-à-dire le traitement, la gestion et le suivi et, comme Chris disait, la formation à l'emploi.

En Suède, les entreprises appartiennent à l'État. Il y a notamment une entreprise de couverture. Par conséquent, les gens travaillent pour l'État, et tout l'argent lui revient. Les travailleurs deviennent en quelque sorte des copropriétaires. C'est efficace. Les gens sont heureux. On constate une baisse de la criminalité, et les prisons ferment leurs portes parce qu'il n'y a plus assez de détenus. Quatre-vingts pour cent des détenus ne devraient pas être en prison.

J'encouragerais chacun d'entre vous à vous rendre au tribunal de traitement de la toxicomanie, les mardis, à 14 heures. Vous serez profondément bouleversés. C'est le seul tribunal où les gens sont heureux. Les juges et les policiers prennent les patients dans leurs bras. Si vous voulez vous remonter le moral par une journée pluvieuse comme aujourd'hui, allez-y et vous verrez à quel point c'est exceptionnel. Vous vous demanderez pourquoi on n'en a pas davantage. C'est ainsi que cela devrait fonctionner.

Un homme a été accusé de possession de deux grammes de cocaïne, et il sera détenu pendant trois mois au Centre de détention d'Ottawa-Carleton. Cela n'est pas logique. Il faut plutôt le placer dans un centre de traitement. Il faut le sensibiliser, l'éduquer, traiter ses problèmes de santé, lui donner un emploi, l'encourager, et le traiter comme un être humain, et au bout du compte, c'est nous qui en bénéficierons. Le Canada pourrait être un chef de file dans le domaine. Cela ne devrait pas être trop difficile à accomplir.

Le président : Je vous remercie d'être aussi passionné et de vous préoccuper autant de la collectivité. Le comité vous en est reconnaissant. Nous vous remercions pour vos témoignages. Ils étaient très pertinents.

Mr. Kardish, I also got an email during your testimony. Someone watching CPAC, I guess, says that you make the best rye bread in the world.

Mr. Kardish: Thank you.

The Chair: It's now on the record. Thank you again, gentlemen.

(The committee adjourned.)

Monsieur Kardish, j'ai reçu un courriel durant votre témoignage. Je suppose que c'est quelqu'un qui suivait les délibérations du comité sur la chaîne CPAC. Il semblerait que vous faites le meilleur pain de seigle au monde.

M. Kardish : Merci.

Le président : Cela figure officiellement au compte rendu. Merci encore, messieurs.

(La séance est levée.)

WITNESSES

Wednesday, April 5, 2017

Canadian Nurses Association:

Meaghan Thumath, Senior Public Health Nursing Expert;

Lisa Ashley, Senior Nurse Advisor, Policy, Advocacy and Strategy.

Province of British Columbia:

Dr. Perry Kendall, Provincial Health Officer (by video conference);

Clayton Pecknold, Assistant Deputy Minister and Director of Police Services (by video conference).

City of Vancouver:

Kerry Jang, City Councillor.

British Columbia Centre on Substance Use:

Kenneth Tupper, Director of Implementation and Partnerships (by video conference).

Canadian Drug Policy Coalition:

Donald MacPherson, Executive Director.

Thursday, April 6, 2017

Canadian Police Association:

Tom Stamatakis, President (by video conference).

Canadian Association of Chiefs of Police:

Chief Mario Harel, President;

Superintendent Paul Johnston, Co-chair, Drug Advisory Committee.

Ottawa Police Service:

Constable Craig Fairbairn, Drug Treatment Court Liaison Officer, Central Patrol Directorate.

Safer Ottawa:

Chris Grinham, Co-Founder.

Rideau Bakery Limited:

David Kardish, Owner.

Recovery Ottawa:

Dr. Mark Ujjainwalla, Medical Director.

TÉMOINS

Le mercredi 5 avril 2017

Association des infirmières et infirmiers du Canada :

Meaghan Thumath, infirmière-conseillère principale en santé publique;

Lisa Ashley, infirmière-conseillère principale, Politiques, représentation et planification stratégique.

Province de la Colombie-Britannique :

Dr Perry Kendall, administrateur des soins de santé (par vidéoconférence);

Clayton Pecknold, sous-ministre adjoint et directeur des services policiers (par vidéoconférence).

Ville de Vancouver :

Kerry Jang, conseiller municipal.

British Columbia Centre on Substance Use :

Kenneth Tupper, directeur de l'implantation et des partenariats (par vidéoconférence).

Coalition canadienne des politiques sur les drogues :

Donald MacPherson, directeur général.

Le jeudi 6 avril 2017

Association canadienne des policiers :

Tom Stamatakis, président (par vidéoconférence).

Association canadienne des chefs de police :

Chef Mario Harel, président;

Surintendant Paul Johnston, coprésident, Comité consultatif sur les drogues.

Service de police d'Ottawa :

Constable Craig Fairbairn, agent de liaison du tribunal de traitement de la toxicomanie, Direction de la patrouille centrale.

Safer Ottawa :

Chris Grinham, cofondateur.

Rideau Bakery Limited :

David Kardish, propriétaire.

Recovery Ottawa :

Dr Mark Ujjainwalla, directeur médical.