



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 129 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 11 décembre 2018

Président

M. Bill Casey

Comité permanent de la santé

Le mardi 11 décembre 2018

• (0845)

[Traduction]

Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)): Je déclare la séance ouverte.

Je souhaite à tous la bienvenue à la 129^e séance du Comité permanent de la santé.

Je tiens à remercier tous nos invités, qu'ils soient présents en personne ou par vidéoconférence. De nombreux intervenants souhaitent aujourd'hui présenter leur témoignage et nous livrer des renseignements.

La présidence doit composer avec le nombre élevé d'intervenants. Chaque député aura droit à un certain temps pour poser des questions. Comme je dois m'assurer de respecter les contraintes serrées du temps de parole, je demande aux députés de s'adresser à un seul participant. C'est la meilleure manière de procéder. Si vous demandez à tout le monde de donner son opinion, nous allons forcément dépasser le temps de parole.

M. Ouellette a la parole.

M. Robert-Falcon Ouellette (Winnipeg-Centre, Lib.): Je suggère, si c'est possible, de répartir également le temps de parole entre chaque partie afin de permettre à tous d'écouter les témoins et d'entendre les idées de chaque député.

Le président: Quelle est votre proposition?

M. Robert-Falcon Ouellette: Ma proposition est de réduire le temps de parole, si nécessaire, car si les témoignages prennent un peu trop de temps...

Le président: Je vais devoir contrôler attentivement le temps de parole. Bien que je laisse habituellement aux témoins tout le temps qu'il leur faut pour répondre aux questions qui leur sont adressées, je vais devoir aujourd'hui limiter ce temps. Je déteste interrompre un témoin qui nous livre des renseignements intéressants, mais je vais probablement être contraint aujourd'hui de faire une exception.

Permettez-moi tout d'abord de présenter nos témoins.

Du service de police de Calgary, nous accueillons Steve Barlow, chef de police, ainsi que Collin Harris, expert en matière de drogues. Par vidéoconférence, nous accueillons le maire de Winnipeg, Son Honneur Brian Bowman, ainsi que Danny Smyth, chef de police, et John Lane, chef du Service d'incendie et de soins médicaux d'urgence de Winnipeg. De la RJ Streetz Foundation, nous accueillons par vidéoconférence en provenance de Brandon, au Manitoba, Kim Longstreet, présidente. Je vous souhaite à tous la bienvenue.

De la Sunnybrook Health Sciences Centre, nous accueillons le Dr David Juurlink, chef de la Division de la pharmacologie clinique et de la toxicologie. Comme il s'agit de votre deuxième visite, permettez-moi de vous souhaiter à nouveau la bienvenue.

Nous allons débiter la séance avec une déclaration de 10 minutes de M. Barlow.

Monsieur Barlow, vous avez la parole.

Chef Steve Barlow (chef de police, Calgary Police Service): Je vous remercie, monsieur le Président.

J'ai pris la tête du Service de police de Calgary en octobre dernier. Auparavant, je supervisais la division des opérations de patrouille, qui se trouve en première ligne.

On m'a demandé de vous faire part aujourd'hui du point de vue de la police municipale sur les répercussions de la méthamphétamine, qu'on appelle couramment « crystal meth » ou « speed ». Je n'entrerai pas dans les détails en ce qui concerne la production de cette drogue, car je suppose que le sujet a déjà été traité par la GRC. On retrouve très peu de laboratoires de méthamphétamine au sein de notre ville. La vaste majorité provient de la Colombie-Britannique ou du Mexique.

Au cours des cinq dernières années, les saisies de méthamphétamine ont augmenté de façon marquée. On prévoit d'ailleurs que 2018 sera une année record. En effet, 1 769 incidents liés à la méthamphétamine se sont produits cette année, ce qui représente une hausse de 130 % par rapport à la moyenne qui s'est dégagée durant les cinq dernières années. Depuis 2013, les saisies de fentanyl ont également explosé; à l'heure actuelle, Calgary se situe à 242 % au-dessus de la moyenne des cinq dernières années. La semaine dernière seulement, mes agents ont saisi environ 10 kilogrammes de méthamphétamine à Calgary — d'une valeur approximative de 400 000 \$ —, ainsi que de la cocaïne et du fentanyl.

Nous observons une tendance similaire en Alberta. Le Service de police de Lethbridge a indiqué qu'il note une augmentation de 275 % des saisies de méthamphétamine par rapport à leur moyenne des quatre dernières années. Les équipes d'intervention et d'application de la loi de l'Alberta signalent que la quantité de méthamphétamine saisie durant leurs enquêtes est passée de 59 grammes en 2013 à plus de 27 kilogrammes en 2016. Nous observons que l'offre en méthamphétamine est en hausse, tandis que son prix a diminué considérablement. En 2015, un gramme se vendait à 100 \$, alors qu'on parle aujourd'hui d'environ 50 \$ le gramme. Si l'on s'arrête pour y réfléchir, cela équivaut à 5 \$ seulement pour une dose, et les effets de celle-ci peuvent continuer d'agir sur le consommateur pendant 24 heures.

La méthamphétamine est consommée par injection ou au moyen d'une pipe. Elle entraîne un état euphorique durable, pouvant s'étirer sur 24 heures, suivi d'un besoin frénétique de consommer de la drogue ou de l'alcool. Ce besoin incontrôlable peut durer jusqu'à deux semaines.

En Alberta, on nous rapporte que les résidents des centres-villes se plaignent de plus en plus de retrouver des seringues dans plusieurs endroits. Les toxicomanes sont attirés par la méthamphétamine en raison de son accessibilité accrue, de son prix moins élevé et de l'état euphorique prolongé qu'elle leur procure. Le fentanyl a fait couler beaucoup d'encre. Nous sommes convaincus que l'augmentation de la consommation du fentanyl constitue une crise de santé publique, alors que la méthamphétamine entraîne plutôt des problèmes liés à la criminalité et à la sécurité. Le fentanyl a une incidence tout à fait tragique sur les familles, alors que la méthamphétamine influence la perception des Albertains par rapport à la sécurité de leurs communautés.

La méthamphétamine est responsable d'une bonne partie du problème de criminalité dans notre ville, qui occupe actuellement le premier rang au pays en ce qui a trait aux véhicules volés. Nous avons également été témoins de plusieurs agressions gratuites sur des passants. En effet, des citoyens innocents se promènent tranquillement en public, croisent par hasard le chemin d'un individu drogué à la méthamphétamine et reçoivent des blessures qui mettent leur vie en danger. L'été dernier seulement, mes agents m'ont fait part du cas d'une femme qui a poignardé trois personnes en l'espace de 20 minutes, de façon complètement aléatoire. Dans une autre affaire, une personne âgée assise sur un banc au centre-ville s'est fait poignarder à répétition.

Tout récemment, une femme s'est fait pousser de la plateforme du CTrain de Calgary par une autre femme. Bien qu'elle ne se soit pas fait frapper par le train, elle est maintenant paralysée. La suspecte, une jeune femme, était intoxiquée à la méthamphétamine au moment des faits.

La méthamphétamine est également un enjeu pour la sécurité de nos agents. Plus tôt cette année, le très honorable juge en chef Wittmann a rendu public un rapport indépendant sur l'usage de la force contre des agents de notre service. Ce rapport indique que la consommation de drogue et les problèmes de santé mentale sont des éléments présents chez 46 % des individus qui ont été impliqués dans des actes violents contre nos agents. La plupart de ces individus se sont servis d'un véhicule, d'une arme blanche ou d'une arme à feu.

Notre équipe spécialisée en vol de véhicules m'a signalé que tous les contrevenants qu'ils ont arrêtés récemment sont des individus dépendant à la méthamphétamine. Ces contrevenants conduisent avec les facultés affaiblies, mais l'effet est différent de celui provoqué par l'alcool. Ils sont téméraires et prennent d'immenses risques par rapport à la sécurité du public. Ils tentent désespérément d'éviter d'être appréhendés, craignant de ne pas pouvoir obtenir leur prochaine dose. Depuis le mois d'octobre, 139 incidents en lien avec un véhicule ont eu lieu. En général, il s'agissait d'un conducteur qui fuyait les forces policières au volant d'un véhicule volé. Nous pensons que la majorité de ces conducteurs sont sous l'influence de la drogue et qu'ils compromettent la sécurité de la population.

● (0850)

En 2016, il y a eu quatre cas confirmés de conduite avec les facultés affaiblies où la méthamphétamine a joué un rôle, puis ce nombre est monté à 13 en 2017. Cette année, nous attendons les analyses toxicologiques, mais nous nous attendons à un nombre de cas nettement supérieur à 17. Ces données ne prennent pas en compte les individus impliqués dans des poursuites automobiles avec nos forces; elles concernent uniquement la population normale.

La méthamphétamine est également en cause dans les introductions par effraction à domicile à Calgary. Ce que je trouve encore plus inquiétant, ce sont les introductions par effraction qui

surviennent la nuit alors que les familles sont à la maison et dorment. Ces types de cas montent en flèche. Ils s'expliquent notamment par le fait que les contrevenants s'introduisent dans les domiciles pour voler les clefs des nouveaux modèles de véhicules, plus difficiles à voler que les anciens.

Les contrevenants se servent de la méthamphétamine pour rester éveillés durant leur série de crimes. Ils nous ont souvent signalé que la consommation de cette drogue peut les tenir éveillés pendant des journées complètes. Durant ces périodes, les contrevenants commettent des crimes à un rythme qu'ils ne pourraient pas normalement soutenir.

Nous avons reconnu qu'il était temps d'agir ici à Calgary. Par conséquent, nous avons mis sur pied une opération, qui risque d'être de longue haleine, afin de faire face au problème des piqueries, des crimes contre les biens, et de tous les troubles sociaux qui affligent notre communauté. Nous nous efforçons également de sensibiliser la population aux tendances actuelles et aux problèmes liés aux drogues, tout en collaborant avec nos partenaires pour nous attaquer aux causes profondes de la toxicomanie.

Lorsque je regarde les accessoires que contient le ceinturon d'un policier, je me rends compte qu'aucun d'entre eux ne peut aider une personne aux prises avec un problème de toxicomanie. Nous pouvons arrêter le trafiquant de drogue qui exploite une population vulnérable, mais un autre va éventuellement prendre sa place, car la demande est toujours là. Mes agents sont fatigués de devoir constamment arrêter les mêmes individus pour des crimes liés à la drogue — et aux biens immobiliers —, et de constater que ces derniers sont remis en liberté le jour même.

Nous devons comprendre les origines des problèmes de santé mentale et de toxicomanie qui ravagent notre province et notre pays. Nous devons cesser d'analyser chaque drogue dans sa spécificité, et plutôt élaborer des stratégies pour obtenir des traitements pour tous les toxicomanes. Il faut poursuivre notre collaboration avec nos partenaires des services de santé et des services sociaux afin de mobiliser les ressources nécessaires et trouver des solutions fondées sur des données probantes pour régler les questions de santé mentale et de toxicomanie. Enfin, nous devons trouver de nouvelles manières d'aborder les aspects de notre système de justice qui ne sont pas directement liés à la criminalité.

Nous sommes très compétents pour traiter des dossiers liés à des actes de violence physique, mais il serait préférable de prévenir ces actes avant qu'une autre personne innocente n'en fasse les frais.

Je vous remercie de m'avoir accordé votre attention.

● (0855)

Le président: Merci de nous avoir présenté ce témoignage. C'est stupéfiant.

Nous passons maintenant à la ville de Winnipeg. Je crois que M. le maire Bowman fera une déclaration d'ouverture de 10 minutes.

M. Brian Bowman (maire, Bureau du maire, Ville de Winnipeg): Merci beaucoup, et bonjour à tous les membres de ce comité parlementaire.

Je vous remercie beaucoup de nous permettre de nous joindre à vous de Winnipeg. Ma présentation reprendra certains propos que vous venez d'entendre du chef de la police de Calgary.

À l'heure actuelle, Winnipeg est comme n'importe quelle autre grande ville du Canada. Nous ne sommes pas à l'abri de la consommation de drogues illégales dans notre collectivité. L'un des défis les plus grands auxquels sont actuellement confrontés notre police et notre collectivité n'est pas seulement la présence d'opioïdes, mais, évidemment, la présence grandissante de méthamphétamine. Malheureusement, cette substance est de plus en plus répandue ici, dans la ville de Winnipeg. Selon notre service de police, les saisies de méthamphétamines jusqu'à maintenant cette année dépassent 20 kilogrammes, soit près du double des saisies de 2017.

La méthamphétamine, combinée à d'autres drogues, mobilise incroyablement les ressources humaines limitées dans notre collectivité, surtout celles qui peinent à répondre à la demande en première ligne. Vous allez entendre plus tard, si nous en avons l'occasion durant la période des questions, Danny Smyth, chef du Service de police de Winnipeg, et John Lane, chef du Service d'incendie et de soins médicaux d'urgence de Winnipeg, qui pourront répondre à des questions plus précises, étant donné qu'avec leur équipe, ils sont aux premières lignes dans l'exercice de leurs fonctions.

Nous entendons aussi parler de ce qui se passe d'autres groupes communautaires. Des groupes comme le Bear Clan ou les patrouilles à pied locales disent procéder à un ramassage d'aiguilles à divers endroits tous les soirs.

Certaines conversations que j'ai eues avec des familles ont été, pour moi, très informatives et troublantes. Au cours de nombreuses années, j'ai entendu des gens me raconter leur expérience avec des proches qu'ils essaient d'aider et, malheureusement, des proches qu'ils ont perdus à cause d'une toxicomanie. Je me suis entretenu avec des familles de tous les milieux. La méthamphétamine ne fait pas la distinction entre le quartier où vous habitez ou le revenu de votre famille et les autres. Les dépendances et les problèmes de santé mentale n'ont pas de frontière. Nous le constatons dans la ville de Winnipeg.

Cela fait maintenant un peu plus de quatre ans que j'occupe mon poste. Pendant cette période, il a été question de la crise des opioïdes dans une bonne partie du pays — une crise qui nous touche ici à Winnipeg —, mais un autre phénomène difficile et troublant est en train d'émerger et j'aimerais que le Comité entende bien de quoi il s'agit. Je parle, bien entendu, de l'augmentation de la consommation de méthamphétamine.

La méthamphétamine n'est pas une nouvelle drogue, mais j'ai appris de ceux qui ont vécu des expériences avec cette drogue, qu'elle est très destructrice pour ceux qui en consomment ainsi que pour la collectivité. Le danger de surdose n'est pas le même que pour d'autres drogues, mais on nous a dit que cette drogue crée une forte dépendance et qu'une consommation excessive et répétitive peut amener des comportements violents et imprévisibles.

J'ai appris de présentations faites par des intervenants qu'un grand nombre des répercussions liées aux dépendances ont pour origine des problèmes de santé mentale. Nous voyons à Winnipeg une augmentation du nombre de gens directement touchés — et encore plus de gens indirectement touchés — par la violence associée aux drogues actuellement vendues dans la rue.

Il y a un lien important, bien sûr, entre la maladie mentale et les dépendances, mais il y a aussi un lien entre la méthamphétamine et l'itinérance. Nous entendons de ceux qui en font l'expérience qu'ils consomment de la méthamphétamine juste pour rester éveillés la nuit et ne pas mourir de froid dans les climats que nous connaissons au Canada et dans les Prairies.

En 2018, une autre chose me préoccupe de plus en plus. Maintenant que le cannabis est légalisé, nous craignons que le crime organisé se concentre de plus en plus sur le marché de la méthamphétamine. Je n'ai pas de chiffres pour le confirmer. Je le mentionne simplement comme une chose que nous surveillerons au cours des prochains mois et des prochaines années, lorsque ces chiffres seront disponibles, le cas échéant.

Pour ce qui est des statistiques, j'espère que les chefs des deux services pourront vous fournir de l'information supplémentaire plus détaillée sur ce qu'ils constatent avec leur équipe. Je vais, néanmoins, parler brièvement de ce qu'a fait la Ville de Winnipeg jusqu'à maintenant concernant les drogues illégales.

- (0900)

Premièrement, le Service de police de Winnipeg a lancé, il y a quelque temps, une stratégie antidrogue qui fait appel à une approche en trois volets: l'information, la répression et l'intervention.

La Ville de Winnipeg a fourni un terrain au gouvernement provincial pour le Bruce Oake Memorial Recovery Centre. Elle tient encore des audiences publiques pour le rezonage. Je ne peux donc pas donner de détails, mais il a beaucoup été question de ce centre dans les médias. En bref, la ville a vendu un terrain et un bâtiment à la Province du Manitoba pour 1 \$, pour des traitements de la toxicomanie puissent être offerts à un plus grand nombre à long terme.

Nous appuyons aussi la stratégie pour mettre fin à l'itinérance. Il s'agit d'une stratégie multilatérale de la United Way Winnipeg pour aider les Winnipegois touchés par l'itinérance. De plus, nous continuons de promouvoir la déstigmatisation des personnes aux prises avec un trouble de la santé mentale et une toxicomanie dans notre collectivité pour qu'elles puissent obtenir le traitement dont elles ont désespérément besoin.

La dernière chose que je vais mentionner, c'est ce sur quoi nous travaillons en ce moment. La responsabilité principale de notre conseil, de la Ville, des gouvernements, bien entendu, n'est pas les soins de santé, mais, en présence d'une crise de la méthamphétamine, nous devons faire notre possible pour coordonner et mettre à contribution les ressources des divers intervenants et gouvernements. Notre conseil a demandé à l'unanimité un groupe de travail trigouvernemental. Nous avons eu des discussions très fructueuses avec des députés fédéraux locaux, dont un qui est là ce matin, Robert-Falcon Ouellette, et avec le gouvernement provincial. Nous en parlons et nous espérons pouvoir annoncer très bientôt la création officielle d'un groupe de travail sur la méthamphétamine pour que nous puissions mieux coordonner et harmoniser tous nos efforts sur le terrain ici, à Winnipeg, dans la province et, bien entendu, avec nos partenaires du gouvernement fédéral.

Heureusement, lorsqu'elle se retrouve face à un défi en apparence impossible, notre population peut le relever. Au début des années 2000, notre ville a été confrontée à une vague d'incendies criminels et de vols de voitures et nous avons uni nos forces pour nous débarrasser des deux. C'est la raison pour laquelle je voulais comparaître devant ce comité parlementaire: pour expliquer notre situation afin de mieux coordonner nos efforts et nos actions entre les trois ordres de gouvernement.

J'ai trois demandes à adresser au Parlement que j'aimerais vous soumettre. Je pense qu'elles pourraient avoir la plus grande influence, avec les responsabilités et les ressources coordonnées avec le gouvernement fédéral.

La première, bien entendu, consiste à créer une stratégie nationale sur les drogues illégales, qui pourrait inclure la méthamphétamine, non seulement les opioïdes. La Fédération canadienne des municipalités, qui a comparu devant votre comité... Je fais partie du Caucus des maires des grandes villes et nous demandons une stratégie nationale sur les opioïdes. Je vous recommande vivement d'étendre cette stratégie nationale pour y inclure la méthamphétamine, parce qu'elle prend de l'expansion dans les villes, et non seulement à Winnipeg. Vous avez entendu parler de Calgary et j'en connais d'autres qui ont besoin d'une stratégie nationale. Nous apporterons notre soutien aux mesures de cette stratégie ainsi qu'à son élaboration et à sa mise en oeuvre le moment venu.

Deuxièmement, il faudrait mieux protéger la frontière. Nous avons été informés que les drogues arrivent d'autres pays, notamment le Mexique. Il va sans dire qu'une plus grande protection de la frontière — qui relève de la compétence fédérale — pour lutter contre l'importation de drogues illégales serait utile.

Ma troisième demande — la plus importante — est de prêter plus attention aux problèmes de santé mentale, de toxicomanie et d'itinérance et d'y consacrer plus de ressources. Tant qu'il y aura une demande, les autres efforts ne porteront pas fruit. Les villes comme Winnipeg ont besoin de ressources. Nos ressources sont utilisées au maximum et, bien entendu, nous avons vraiment besoin de l'aide du gouvernement fédéral dans les domaines de la santé mentale, des toxicomanies et de l'itinérance.

C'était là mes observations préliminaires. M. Smyth, M. Lane et moi sommes à votre disposition pour répondre à toute autre question que vous pourriez avoir aujourd'hui.

Merci beaucoup.

• (0905)

Le président: Merci.

Nous allons maintenant passer à la RJ Streetz Foundation et à Kim Longstreet, qui nous rejoint de Brandon par vidéoconférence.

Vous avez 10 minutes. Bienvenue.

Mme Kim Longstreet (présidente, RJ Streetz Foundation): Je vous remercie de me donner l'occasion de témoigner devant le Comité et de raconter mon histoire, en tant que personne dont un être cher est dépendant à la méthamphétamine.

Récemment, mon fils m'a écrit un petit mot pour m'exprimer son amour à mon égard, pour me remercier de mon soutien continu et pour manifester son engagement personnel à essayer encore une fois de se désintoxiquer.

Il a rédigé ce mot le 26 septembre dernier, à peu près quatre jours avant d'apprendre qu'il pourra commencer sa cure de désintoxication le 18 octobre. Selon ses calculs, il pouvait continuer à consommer la méthamphétamine pendant neuf jours encore. Par la suite, il tenterait de s'en désintoxiquer pour commencer sa cure en sobriété. Le jour de l'admission, il a été testé et on l'a envoyé immédiatement en désintoxication. Après avoir terminé le programme de 28 jours, il est revenu à Brandon et a immédiatement rechuté. Cette histoire s'est déroulée à maintes reprises au cours des six dernières années.

Les 18 premières années de la vie de mon fils se sont déroulées de façon normale, selon les normes d'aujourd'hui. Je l'ai élevé surtout comme mère célibataire. Il était un enfant exemplaire, un athlète, un garçon populaire. Il a terminé l'école secondaire, s'est inscrit à l'université et a été admis à l'équipe de basketball. Tout ce dont il avait toujours rêvé était devant lui, mais son rêve de jouer au basketball s'est arrêté lorsque la consommation de la drogue est devenue plus importante pour lui.

Depuis maintenant 11 ans, je vois mon fils succomber peu à peu à la drogue — à la marijuana, à la cocaïne, à l'ecstasy, au crack et à la méthamphétamine. De toutes les drogues qu'il a consommées, c'est la méthamphétamine qui l'a empêché de fonctionner dans la vie quotidienne. Avec les autres drogues, il essayait quand même de terminer ses études, de jouer au basketball et d'occuper un emploi. La méthamphétamine lui a enlevé tout désir, sauf celui de la drogue.

La méthamphétamine est une drogue laide. On l'appelle la drogue « sinistre » et, ayant été témoin de son influence sur mon fils et des difficultés qu'il a à s'en libérer, je puis témoigner de la grande noirceur qui entoure les personnes qui en consomment. La violence qui accompagne cette drogue est bien réelle. Les armes de fortune deviennent une nécessité à cause de la paranoïa qui résulte de la consommation de la méthamphétamine. J'ai été témoin du comportement extrême qui incite une personne qui est sous l'influence de cette drogue à se barricader chez elle, contre le mal, quel qu'il soit, qu'elle perçoit autour d'elle.

Mon fils me dit qu'il ne veut pas faire de mauvais coups, mais il craint vraiment le mal qui se manifeste dans son esprit. Ce mal est la violence dont parlent les fournisseurs de services de désintoxication. Il s'agit d'une psychose où l'on croit qu'il faut « abattre les ennemis avant qu'ils ne vous abattent » et qui pousse les gens sous l'influence de la méthamphétamine à la violence.

Il est impossible que quiconque comprenne la douleur d'une mère qui voit son enfant souffrir, sachant qu'elle ne peut rien faire pour le soulager. Nous, les mères, sommes censées être capables d'aider. Nous sommes censées pouvoir tout faire — mais ceci est un problème que nous ne pouvons pas régler.

Il y a deux ans, après neuf ans où j'espérais que les choses se régèleraient pour mon fils, j'ai cédé à l'épuisement qui accompagne ceux dont un être cher abuse de drogues. J'ai pris congé pendant huit semaines pour faire le deuil de mon fils, tel que je l'avais toujours connu. J'avais dorénavant une nouvelle situation de vie « normale »; il était temps que je me mette à la vivre. Après ma pause de huit semaines, j'ai pris la décision de partager mon histoire dans ma collectivité afin de tirer la sonnette d'alarme au sujet de la crise de la méthamphétamine qui est en cours. J'ai obtenu la permission de mon fils pour partager son histoire, ainsi que la mienne.

En juillet 2017, j'ai fait part de mes préoccupations au conseil municipal de ma ville. Depuis, je milite sans cesse pour sensibiliser les gens au problème de la méthamphétamine et à ses répercussions sur la collectivité. Je considère cela comme ma contribution pour faire en sorte que ma collectivité accepte d'aborder la question de la méthamphétamine à laquelle nous sommes confrontés.

La semaine dernière, la Ville de Brandon et la division scolaire de Brandon ont organisé cinq sessions d'information intitulées NEO, ou « Not Even Once: Brandon Fighting Addiction », présentant le conférencier militant bien connu Joe Roberts, aussi appelé le « PDG de la misère », qui est le fondateur de Push for Change. Il a fait une présentation à chacune de nos trois écoles secondaires et a animé une conférence de soirée pour les fournisseurs de services et les autres personnes intéressées.

Le service de police de Brandon a ajouté deux membres — un enquêteur en matière de drogues spécialisé en méthamphétamine et un agent de renseignements auprès des jeunes exploités, disparus ou en fugue à cause de la consommation de la méthamphétamine — à l'unité de soutien à la réduction du crime.

Nous avons une unité de mobilisation de la collectivité. Il s'agit de fournisseurs de services qui collaborent pour offrir des services aux citoyens présentant des facteurs de risque qui entraînent une réponse d'urgence des agences policières, de la santé ou autres. L'augmentation constante de la consommation de la méthamphétamine a fait accroître les besoins en matière de sensibilisation et de désintoxication au-delà de ceux qui sont actuellement disponibles.

En octobre, le centre Prairie Mountain Health a ouvert une clinique de désintoxication à accès rapide, qui est ouverte pendant deux heures, deux fois par semaine. On y offre également un programme d'échange de seringues, qui a distribué 30 000 seringues en 2017.

• (0910)

La Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances a augmenté le nombre de ses présentations sur la méthamphétamine, propose maintenant des programmes de désintoxication et de plus longs traitements à l'intérieur et a amélioré la planification des étapes du cheminement.

L'Association canadienne pour la santé mentale est en train de mettre au point des services de soutien et de rétablissement pour personnes toxicomanes et en réhabilitation pour leur apprendre à vivre une vie productive.

Le Brandon Friendship Centre, lui, offre de nombreuses options de programmes et Services aux Autochtones, et il a récemment tenu un forum dans la communauté sur la méthamphétamine.

Le groupe Bear Clan Patrol à Brandon organise des patrouilles de bénévoles deux fois par semaine afin de cultiver la solidarité, l'appartenance et le soutien autant parmi ses membres que dans la communauté qu'ils servent. En 2017, le groupe a ramassé 50 aiguilles dans la communauté. Jusqu'à présent, ils en ont ramassé 550 de plus en 2018.

Westman Families of Addicts est un groupe de soutien lancé en 2017 qui sert présentement 206 familles dans la région de Westman dont la vie est touchée par la méthamphétamine.

La semaine dernière, le gouvernement du Manitoba a fait deux annonces en réponse aux ravages causés par la méthamphétamine dans notre province. Il a lancé une demande de proposition pour des services provinciaux de traitement en résidence. La date limite pour la présentation est le 15 janvier 2019. L'objectif est d'aider tous les ans 15 personnes ayant à la fois un trouble mental et un trouble de toxicomanie. De plus, dans les mois suivants, un contrat sera attribué pour la prestation de services de désintoxication et de gestion du sevrage. Le nombre de places restera à déterminer.

D'excellents progrès ont été accomplis jusqu'à présent, mais d'après mon expérience, je peux vous dire que nous avons beaucoup de chemin à faire en tant que pays. J'appuie les recommandations qu'ont faites les témoins qui ont comparu avant moi quant à la marche à suivre.

Si l'on s'en fie à ce que l'histoire nous apprend sur la méthamphétamine, c'est une substance qui apparaît périodiquement dans le monde de la drogue. Sachant cela, il est impératif que nous amenions le système scolaire à intégrer le sujet de la consommation de drogues illicites au programme d'études.

Le Dr Gabor Maté dit que nous avons perdu nos liens avec autrui. Il a dit autre chose qu'il faut absolument que nous gardions à l'esprit lorsque nous déterminons notre approche. Il n'y a pas de guerre contre la drogue, parce qu'on ne peut pas faire la guerre à un objet inanimé. Il y a seulement la guerre contre les toxicomanes, ce qui

veut dire que nous luttons contre les membres les plus maltraités et les plus vulnérables de la société.

Après avoir vu mon fils souffrir de troubles liés à la consommation de substances pendant 11 ans, je peux vous dire très franchement que je lui souhaite seulement de ne plus souffrir, d'une façon ou d'une autre. Chaque fois que j'entends une sirène retentir ou le téléphone sonner en pleine nuit, je me demande si ce sera aujourd'hui. Certains me jugeront parent indigne, mais j'imagine parfois qu'à l'autre bout du fil, on m'apprendra que mon fils a enfin réchappé à cette guerre que notre société a l'air d'être en train de perdre et qu'il pourra enfin se reposer.

Merci.

• (0915)

Le président: Merci beaucoup pour votre présentation. J'ai peine à imaginer tout ce que vous avez dû vivre dans cette affaire.

Passons maintenant au Centre des sciences de la santé Sunnybrook.

Docteur Juurlink, la parole est à vous.

Dr David Juurlink (chef, Division de la pharmacologie clinique et de la toxicologie, Sunnybrook Health Sciences Centre): Bonjour. Je vous remercie de l'occasion de comparaître devant vous aujourd'hui. Certaines des choses que j'ai à dire ont déjà été dites. Je suppose que cela ne vous étonne pas trop.

Vous savez tous qu'il s'agit d'un stimulant. Ce que vous ne savez peut-être pas, c'est que la méthamphétamine est chimiquement quasiment identique à un médicament sur ordonnance: l'Adderall. Je vous assure que vous connaissez tous quelqu'un qui en a quelques comprimés dans son armoire à pharmacie.

Les gens en consomment pour toutes sortes de raisons. Certains en consomment occasionnellement, socialement, pour se désinhiber, faciliter les interactions ou accroître leur libido, surtout dans la communauté des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes. Certains en consomment pour pouvoir travailler — les conducteurs de grands routiers, par exemple, ou encore les travailleurs de la construction — et d'autres en prennent parce qu'ils sont accros et sont capables de tout pour s'en procurer. Comme on vous l'a déjà fait remarquer, c'est une drogue particulièrement bon marché dont les effets durent très longtemps.

Je pense que c'est le maire qui en a déjà parlé, mais c'est une drogue que l'on retrouve beaucoup chez les sans-abri. Ceux-ci en consomment pour l'énergie qu'elle leur procure, pour ne pas s'endormir et pour défendre leurs modestes possessions, et parfois, pour mieux composer avec les états d'âme que l'on vient à connaître quand on n'est jamais bien, toujours exposé aux éléments.

La consommation excessive et à long terme de méthamphétamine se manifeste de diverses façons. Elle peut provoquer l'anxiété ou un état de psychose manifeste — la cause d'hospitalisation la plus fréquente. C'est quelque chose que les premiers répondants voient régulièrement. C'est l'une des principales causes de mortalité associée à la consommation de méthamphétamine. Les gens se livrent à des activités sexuelles à haut risque. Il leur arrive d'avoir des convulsions, un anévrisme ou une crise cardiaque dans la vingtaine. La consommation chronique peut causer des problèmes cardiaques, dentaires, dermiques et neuropsychiatriques, comme la dépression. Même ceux qui réussissent à arrêter éprouvent parfois des dépressions écrasantes et interminables.

La méthamphétamine peut causer la mort de toutes sortes de façons, dont l'idéation suicidaire entraînée par les effets sur le cerveau de la consommation à long terme, et elle peut également s'avérer mortelle lorsqu'elle est mélangée à d'autres drogues. Cela arrive parfois indépendamment de la volonté du consommateur.

Que pourrait-on faire pour améliorer la situation? Présentement, lorsqu'on est hospitalisé après avoir consommé de la méthamphétamine, on reçoit un petit traitement d'appoint et puis on est renvoyé dans le monde. Je pense qu'on pourrait adopter une approche beaucoup plus proactive et moins réactive au traitement de la dépendance à la méthamphétamine.

Nous n'avons pas beaucoup d'options de médicaments comme c'est le cas pour les opioïdes. Avec les opioïdes, nous avons deux médicaments qui sont très utiles lorsqu'on en respecte l'ordonnance et qui améliorent les chances de survie. Nous n'avons pas accès à de tels traitements chimiques avec la méthamphétamine. Comme d'autres témoins l'ont déjà fait remarquer, j'estime qu'il faudrait plutôt chercher à communiquer avec les consommateurs de méthamphétamine lorsqu'ils sont en traitement afin d'améliorer leur accès aux programmes de soutien, dont les fournisseurs de soins qualifiés en toxicomanie. Bon nombre de consommateurs ne savent pas que de telles options existent et n'ont pas accès au traitement.

Nous pourrions également améliorer le traitement des troubles psychiatriques sous-jacents et troubles non traités de la santé mentale qui, souvent, sont ce qui a poussé les patients à rechercher la méthamphétamine à l'origine. Je pense qu'on pourrait ainsi grandement contribuer à la réduction du fardeau que portent aujourd'hui les organisations d'application de la loi et le système de justice pénale à cause de la consommation de méthamphétamine.

Nous pourrions avoir un meilleur accès à leurs troubles de la santé connexes, que ce soit le VIH dû au partage d'aiguilles, l'hépatite C ou les troubles de stress post-traumatique dont beaucoup souffrent déjà.

Nous pourrions ensuite les aider à trouver un logement abordable ou un refuge qui ne les oblige pas à arriver tard et à quitter tôt le matin. Je pense que de telles mesures contribueraient déjà considérablement à réduire la demande pour la méthamphétamine au sein de cette population exceptionnellement dévouée à sa consommation.

Dans la mesure où il y a une production locale de méthamphétamine, on pourrait faire en sorte que la pseudoéphédrine, l'ingrédient principal du Sudafed, soit seulement disponible sur ordonnance. Cela ne réglerait pas le problème, mais ça pourrait réduire le nombre d'explosions de labos.

J'aimerais consacrer les quelques moments qu'il me reste à une question dont on n'aime pas parler, soit la décriminalisation de la consommation de drogue. Je sais que vous serez nombreux à avoir une opinion là-dessus, et peut-être qu'elle est coulée dans le béton. Bien évidemment, je ne parle pas des crimes contre les biens et de la violence physique et sexuelle qui accompagne parfois la consommation de drogue. Tout comme ceux qui trafiquent la drogue, les gens qui posent de tels gestes méritent d'être punis. Je parle de la simple possession et de la consommation de drogue.

Le maire a parlé de promotion de la déstigmatisation. La stigmatisation vient en partie du fait que c'est un comportement illégal. Les drogues existent depuis très longtemps, et les gens en consomment depuis leur découverte, ce n'est donc pas demain la veille qu'ils arrêteront de consommer. S'il vous est déjà arrivé de boire un verre ou deux d'alcool de trop au point d'en être imbibé, vous êtes quelqu'un qui a consommé de la drogue. Ce n'est qu'une

coïncidence que vous ayez choisi une drogue acceptée dans la société et qui se consomme légalement.

Je pense que dans les milieux politiques ainsi que dans la société, on a tendance à vouloir simplifier à outrance la question de la décriminalisation en supposant que de ne pas interdire la consommation de drogue revient à y souscrire. C'est tout simplement faux. Où que l'on se situe sur la question, je pense qu'on peut tous s'entendre sur le fait qu'il serait préférable que moins de personnes aient de problèmes de drogue et que moins de personnes meurent.

● (0920)

Il vaut la peine de demander ce qu'accomplit le fait de criminaliser la simple consommation de drogue. Le risque d'être incarcérés ou de se retrouver avec un casier judiciaire pousse les gens à cacher leur consommation de drogue. C'est pourquoi tant d'utilisateurs de drogues — surtout les consommateurs d'opiacés, mais aussi ceux de méthamphétamine — meurent seuls chez eux, dans des ruelles ou dans les toilettes d'un Tim Hortons. Comme je l'ai mentionné plus tôt, cela alimente les préjugés. C'est aussi le cas du terme « toxicomane », terme dont je déconseillerais l'utilisation. Souvent, ces personnes ont connu de dures épreuves que vous et moi avons peut-être eu la chance d'éviter. Elles souffrent peut-être d'une maladie mentale non traitée. Elles ont peut-être été exposées aux drogues ou à l'alcool avant leur naissance, ou elles ont peut-être été victimes de violence physique, psychologique ou sexuelle quand elles étaient enfants. Nous ne pouvons donc peut-être pas nous attendre à ce qu'elles soient aussi résilientes que ceux d'entre nous qui n'ont pas eu ces facteurs influençant notre vie.

Quand des gens consomment des drogues illicites et qu'ils sont pris sur le fait, ils sont arrêtés et incarcérés comme des criminels. Or, il est souvent facile d'obtenir de la drogue en prison, parfois plus facile que ce ne l'est dans la société. Il est aussi facile de partager des seringues, ce qui facilite la transmission de maladies. Il y a des gens qui meurent en prison ou peu de temps après leur libération. Même après leur libération, ces personnes se retrouvent avec un casier judiciaire permanent, ce qui peut entraîner tout un tas de problèmes: chômage, exclusion sociale, traumatisme et séparation familiale. Au lieu de s'améliorer, ces problèmes s'aggravent après la prison.

Si je comprends bien, le principal argument avancé en faveur de la criminalisation de la consommation de drogue est qu'elle décourage l'usage de drogues, même s'il y a peu de preuves que cette affirmation est vraie. Selon la Commission mondiale sur la politique des drogues, les effets de cette politique ne sont peut-être pas ceux auxquels on pourrait penser. En réalité, même si on a affecté une vaste quantité de ressources sociétales pour l'application de cette politique, cette dernière a donné très peu de résultats, à part surcharger les services de police, les tribunaux et les prisons. Je vous demande de tenir compte du fait que les lois sévères sur les drogues ne diminuent pas le nombre de problèmes et de décès liés à la drogue. Elles ont tout à fait l'effet contraire.

Selon une maxime médicale, si ce que vous faites ne fonctionne pas, arrêtez de le faire. Cela semble simple, à première vue. En tant que députés, vous devriez peut-être réfléchir à la façon dont cette maxime s'applique à la criminalisation des drogues. Comme vous le savez, c'est ce que le Portugal a fait en 2001. Il était aux prises avec un grave problème d'héroïne et, en 2001, il a décidé de le traiter comme un problème de santé plutôt que comme un acte criminel. Il a donc décriminalisé la possession de petites quantités de drogues pour usage personnel. De nos jours, si une personne se fait prendre en possession de drogues au Portugal, on lui offrira de l'aide au lieu de la mettre en prison. Cela permet aux gens de dire à quelqu'un qu'ils consomment de la drogue sans craindre d'être emprisonnés ou d'avoir un casier judiciaire.

À la suite de cette mesure, les décès liés à la drogue ont baissé. Ce n'était peut-être pas uniquement grâce à cette mesure, mais ils ont baissé. De surcroît, le nombre de nouveau cas de VIH a dégringolé, et la consommation de drogue n'a pas augmenté. En fait, elle a même baissé dans certains segments de la population. Au Portugal — et j'espère que vous retiendrez cette statistique —, sur 1 million de personnes, 6 sont mortes d'une surdose l'année dernière. Au Canada, ce nombre était de 110. Il s'agit de l'un des taux de décès liés à la drogue les plus élevés au monde.

Je crois qu'il est temps de reconnaître que notre approche par rapport à la consommation de drogues ne fonctionne pas. Elle est un véritable échec. Comme je l'ai dit avant, la consommation de drogue est un problème de santé et quand nous agissons comme si c'est un acte criminel, nous semons la peur, nous favorisons l'isolement et nous causons des méfaits. Nous n'arrêtons pas les gens qui boivent de l'alcool ou qui fument des cigarettes. Quand des personnes viennent me voir pour me dire qu'elles ont des problèmes avec ces drogues, nous les aidons dans la mesure du possible. Nous les aidons à modérer ou à arrêter leur consommation. Cependant, quand il s'agit d'autres drogues, nous dépensons des ressources incalculables sur des mesures, comme l'incarcération et l'interdiction, qui sont clairement inefficaces et même contre-productives.

Je me rends compte que l'idée de décriminaliser la consommation de drogue sera impopulaire dans certains cercles, en particulier dans les cercles politiques, mais l'alternative consiste à poursuivre une approche qui ne fonctionne manifestement pas. Un jour, le Canada finira par changer ses lois sur la consommation de drogues. Je ne sais pas quand cela se produira. Cela pourrait prendre des décennies. Toutefois, je pense que peu de temps après ce moment, nous nous demanderons pourquoi il a fallu tant de temps pour commencer à traiter la toxicomanie comme un problème de santé et combien de personnes sont mortes parce que nous avons adopté la mauvaise approche pendant si longtemps.

Je m'arrêterai ici.

Merci.

• (0925)

Le président: Je vous remercie tous de vos commentaires. Vous voyez tous les choses différemment, et cela nous aide à commencer à comprendre certains des défis que nous devons relever.

Je pense que tout le monde est avec nous, à part Mme Longstreet. Nous avons perdu la connexion avec elle, et nous tentons de la rétablir.

Nous passons maintenant aux questions, à commencer par le Dr Eyolfson.

Docteur Eyolfson, vous disposez de sept minutes, et je vous ferai signe quand votre temps de parole sera presque écoulé.

M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci à tous d'être présents. Vos témoignages sont précieux. Je vous suis très reconnaissant d'être avec nous, en particulier nos invités des Prairies. Merci à ceux qui sont venus sur place. Il fait froid et il y a de la neige, alors ceux qui ne sont pas ici se sentiraient chez eux s'ils y étaient.

Monsieur le maire Bowman, monsieur le chef Smyth et monsieur le chef Lane, merci de nous avoir présenté vos perspectives. Comme vous le savez, j'ai pratiqué la médecine d'urgence à Winnipeg pendant 20 ans. Je suis au courant d'une bonne partie des problèmes dont il est question aujourd'hui. Fait intéressant, lorsque j'ai cessé de pratiquer la médecine d'urgence il y a trois ans, je n'avais jamais vu un seul cas d'intoxication aiguë à la méthamphétamine. Le problème était latent. J'en connaissais l'existence, et nous en avons entendu l'historique. Toutefois, comme mes collègues le constatent maintenant, c'est un problème qui a explosé au cours des trois dernières années. C'est certainement le cas à Winnipeg. Alors que je n'avais jamais vu un seul cas, on en voit pratiquement tous les jours.

Monsieur le maire Bowman, j'étais heureux de vous retrouver à l'occasion de votre rencontre avec le caucus du Manitoba, au sujet du groupe de travail sur la méthamphétamine et les drogues illicites. Au cours des travaux de notre comité sur les opioïdes, nous avons parlé de la réduction des méfaits. Un témoin a soulevé cette question pendant l'une de nos dernières réunions. Des témoins nous ont dit très clairement que la réduction des méfaits et les centres de consommation supervisée seraient très bénéfiques, et ce, pour diverses raisons. Ces témoignages seront contenus dans les mémoires reçus pour la présente étude.

Cependant, nous savons que, jusqu'à maintenant, le gouvernement provincial du Manitoba s'est montré très réticent à l'ouverture de centres de consommation supervisée. Tandis que, dans la version préliminaire d'un rapport concernant la stratégie à adopter au Manitoba relativement à la santé mentale et la toxicomanie, une augmentation des services de réduction des méfaits était recommandée, notamment en établissant un centre d'injection supervisée à Winnipeg, cette recommandation ne figurait plus dans la version finale et publique du rapport.

Monsieur le maire Bowman, y a-t-il eu des discussions récemment sur cette question, avec le gouvernement provincial? Le gouvernement provincial commence-t-il à changer d'opinion ou pense-t-il toujours que ce genre de solution n'est pas bonne pour Winnipeg?

[*Difficultés techniques*]

Le président: Je vois. Nous allons y remédier.

M. Doug Eyolfson: Entretemps, je vais faire bon usage du temps dont je dispose.

Monsieur Barlow, merci beaucoup de vous être déplacé. Je voudrais dire quelques mots encore au sujet de la réduction des méfaits. Vous nous avez parlé du programme de réduction des méfaits à Calgary. Nous savons que ces programmes soulèvent fréquemment beaucoup d'opposition sur la scène politique. La population locale est opposée et l'on craint souvent une hausse de la criminalité et des problèmes d'insécurité.

Selon un article récent du *Calgary Herald*, le Service de police de Calgary a commencé, avant que le centre de consommation supervisée n'ouvre ses portes, à recueillir des statistiques sur les cas où elle est appelée à intervenir dans un rayon de 500 mètres de cet établissement. Or, les statistiques ne montreraient aucune augmentation notable du nombre d'appels. Cela vous semble-t-il juste comme évaluation de la situation?

Chef Steve Barlow: En fait, je dirais que ce n'est pas une évaluation juste. Les gens ont cessé d'appeler la police, et c'est le problème que nous avons maintenant. Nous avons augmenté la présence policière dans le secteur.

La population locale s'inquiète beaucoup de ce qui se passe aux environs du centre de consommation supervisée à cause des gens qui ont migré à cet endroit. Le taux de criminalité a quelque peu augmenté, et les itinérants sont plus nombreux de même que les problèmes qui les accompagnent: la consommation de drogue et les seringues souillées. Certains font appel au centre de consommation supervisé, mais ils en ressortent néanmoins avec des seringues souillées.

Les revendeurs de drogue savent bien entendu où sont rendus leurs clients. C'est l'un des plus gros problèmes que nous avons actuellement. Nous devons arrêter les revendeurs pour libérer le secteur de leur présence. Nous nous attaquons au problème de la vente de drogue et des revendeurs, et non à ceux qui la consomment.

• (0930)

M. Doug Eyolfson: Merci.

C'est peut-être très difficile à quantifier étant donné que les variables sont nombreuses. La présence de l'établissement semble-t-elle avoir causé une augmentation en général, ou serait-ce plutôt que les consommateurs de drogue se concentrent davantage à un endroit? Il peut être impossible de répondre à cette question, si je comprends bien, en raison du nombre de variables.

Dét. Collin Harris (expert en matière de drogues, Calgary Police Service): Merci pour votre question.

Dans mon cas aussi, ce n'est pas la première fois que je témoigne devant le Comité permanent de la santé. Je suis venu auparavant pour parler des opioïdes et de la mauvaise utilisation des médicaments d'ordonnance. Je travaille pour le Service de police de Calgary depuis 30 ans, et j'ai pu observer une augmentation énorme de la consommation de méthamphétamine au cours des dernières années.

Comme vous l'avez indiqué, le nombre de cas n'augmente pas nécessairement beaucoup, mais je crois que la consommation quotidienne des toxicomanes a beaucoup augmenté. Lorsque je parle aux organismes sans but lucratif et aux fournisseurs de services du secteur, ils me disent ce que j'observe, moi aussi, à savoir que, d'après un grand nombre de leurs bénéficiaires, en particulier les jeunes, plus de 50 ou 60 % d'entre eux consomment de la drogue pratiquement tous les jours, tandis que la proportion n'était que de 30 % l'année dernière. La hausse du pourcentage de consommateurs quotidiens cause des problèmes qui ne nous sont pas nécessairement signalés.

M. Doug Eyolfson: Merci beaucoup.

Nous n'avons pas le signal vidéo, mais la communication audio est-elle rétablie avec Winnipeg?

Monsieur le maire Bowman, m'entendez-vous?

M. Brian Bowman: Oui. Merci.

M. Doug Eyolfson: Nous vous entendons maintenant, alors pourriez-vous répondre à la question?

Merci.

M. Brian Bowman: En ce qui concerne la réduction des méfaits, je vous dirais que je me fie évidemment à ce que disent les professionnels de la santé et les fournisseurs de services de première ligne. Mon approche consiste à n'exclure aucune option quand il s'agit de sauver des vies et de réduire les conséquences néfastes sur la population en général.

Évidemment, je ne voudrais pas parler au nom du gouvernement provincial, mais les fournisseurs de services de première ligne me disent qu'il y a des différences entre les substances, c'est-à-dire entre les opioïdes et la méthamphétamine.

Je demanderais peut-être à notre chef de police et à notre chef du service d'incendie et de soins médicaux d'urgence de situer un peu mieux le contexte et de vous faire part de leurs réflexions sur la réduction des méfaits.

M. Doug Eyolfson: Allez-y.

M. John Lane (chef, Service d'incendie et de soins médicaux d'urgence de Winnipeg): La réduction des méfaits de la consommation de méthamphétamine est problématique parce que l'intoxication a des effets imprévisibles, ce qui est passablement différent des opioïdes. Les effets de l'intoxication varient chronologiquement de manière imprévisible, ce qui complique beaucoup la gestion des effets de la méthamphétamine dans les centres de consommation supervisée.

Je crois que ce sont les autorités de la santé publique qui détiennent l'expertise à cet égard. Ce sont elles qui pourraient nous fournir un avis d'expert sur le recours à des centres de consommation supervisée.

M. Doug Eyolfson: Merci beaucoup.

Le président: Le temps que vous aviez est écoulé. Nous allons passer à M. Webber.

M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC): Merci, monsieur le président.

Je vais poser mes questions surtout à mes bons concitoyens de Calgary.

Monsieur le détective Harris, merci d'être de retour.

Monsieur le chef Barlow, merci d'être présent.

Commençons par vos interventions contre les revendeurs. Il y a deux mois, vos excellents agents ont arrêté deux suspects à Calgary. Ils ont saisi 66 kilogrammes de cocaïne et 30 kilogrammes de méthamphétamine, d'une valeur marchande de 8 millions de dollars dans la rue. Ils ont aussi mis la main sur 41 000 \$ d'argent comptant. Les suspects avaient un pistolet électrique Taser. Vous les avez arrêtés. Apparemment, c'était l'une des plus importantes saisies de drogue de l'histoire du Service de police de Calgary. Les suspects ont été emmenés pour comparaître.

Monsieur le chef de police, s'agit-il des individus dont vous parliez tout à l'heure lorsque vous disiez que les délinquants arrêtés étaient de retour quelques jours plus tard dans les rues pour se livrer à leurs activités?

• (0935)

Chef Steve Barlow: Certaines personnes sont libérées aussitôt. Toutefois, je ne saurais vous dire exactement ce qu'il en est des deux suspects dans cette affaire. Je céderai la parole à Collin dans un instant.

Nous arrêtons régulièrement des personnes pour vol de voiture, introduction par effraction, possession de biens volés et d'autres infractions du genre au centre-ville. Ces personnes sont aussitôt libérées et elles reprennent leurs activités. Dans leur cas, on peut parler de portes tournantes. C'est malheureux, mais je n'en fais pas le reproche au système de justice. C'est tout simplement ainsi que les choses fonctionnent présentement. Lorsqu'il s'agit d'un gros coup de filet, toutefois, je peux vous garantir que les délinquants passent plus de temps en prison. Comme je l'ai dit, Collin pourra vous donner plus de détails à ce sujet.

Malheureusement, beaucoup de consommateurs de drogue sont pris dans le cercle vicieux de la criminalité à cause de leur dépendance, qui les maintient dans cette situation misérable et qui les amène à avoir constamment des démêlés avec la justice. Ces personnes ne sont pas arrêtées pour possession, mais pour d'autres crimes, qui sont la conséquence de leur problème de dépendance.

M. Len Webber: Monsieur le détective Harris, auriez-vous quelque chose à nous dire à ce sujet?

Dét. Collin Harris: Lorsque nous procédons à des arrestations importantes de délinquants qui importent de grosses quantités de drogue, ils passent typiquement une brève période en prison, selon leurs antécédents criminels, puis ils peuvent être libérés s'ils sont capables de payer la caution. Des conditions de libération leur sont imposées, et ils sortent de prison. Leur libération peut prendre plus de temps que celle des petits délinquants, mais elle finit par leur être accordée.

Le trafic de la drogue est très profitable pour ces individus. Parfois, ils poursuivent leurs activités.

M. Len Webber: Le Dr Juurlink a parlé de décriminalisation et, bien entendu, c'est un sujet qui est cher à notre collègue Don Davies.

Je voudrais simplement connaître votre point de vue sur la décriminalisation, monsieur le chef et monsieur le détective. Pensez-vous que ce serait un moyen de consacrer davantage de ressources aux traitements et d'éviter à la police d'avoir à arrêter constamment les mêmes personnes parce qu'elles ont de petites quantités de drogue sur elles?

Chef Steve Barlow: Comme je l'ai déjà dit, monsieur, nous ne serons pas capables de résoudre ce problème par des arrestations, c'est absolument certain. Toutefois, là n'est pas la question. Je vous dirais, sans pouvoir vous offrir de données précises, que de 75 à 80 % des accusations portées contre ces personnes concernent probablement des crimes contre la propriété. Les pires accusations sont des agressions perpétrées au hasard. Ce sont ceux qui commettent ce genre de crimes qui m'inquiètent davantage, quoique les crimes contre la propriété m'inquiètent aussi. Le problème, c'est qu'ils s'en prennent à n'importe qui, au hasard.

Nous devons poursuivre notre collaboration avec nos partenaires qui fournissent les services de santé et les services sociaux. Nous devons nous entraider pour tâcher de lutter contre ce problème. Personnellement, je pense que, si nous décriminalisons la possession de drogue, il n'y aurait pas d'effet sur la petite criminalité que nous rencontrons. Cependant, j'avoue ne pas avoir de données sous la main pour étayer ce que je vous dis. Je vous parle de ce que mes agents voient tous les jours.

Je voudrais laisser à Collin la chance de dire un mot.

M. Len Webber: Bien sûr.

Dét. Collin Harris: Je pense bien que c'est un sujet qui mérite d'être discuté et d'être davantage étudié. Je suis d'accord avec le chef Barlow pour dire que nous ne visons pas les personnes qui ont des

problèmes de toxicomanie. Ce ne sont pas sur elles que nous concentrons nos enquêtes. Cependant, nous finissons par passer beaucoup de temps avec ces personnes. Il nous faut plus de ressources, et je pense que c'est la question la plus importante pour nos partenaires externes qui s'occupent des toxicomanes et qui sont débordés.

Habituellement, lorsque nous avons recours à des informateurs ou des témoins pour nous aider dans nos enquêtes, ces personnes cherchent à obtenir de l'argent ou un allègement des accusations portées contre elles. Or, depuis quelques années, c'est de l'aide et des services pour se sortir de la toxicomanie que ces personnes nous réclament.

Voilà qui est très éloquent et qui nous permet de conclure que ces personnes ont vraiment besoin d'aide. Nous devons faire disparaître les obstacles empêchant les gens de bénéficier d'un traitement. Les traitements devraient être plus nombreux. Je suis totalement d'accord et je l'ai dit à maintes reprises. Nous n'arriverons pas à résoudre ce problème par des arrestations. La société doit changer.

• (0940)

M. Len Webber: Lors de notre dernière réunion dans le cadre de l'étude, nous avons entendu le témoignage d'une représentante du syndicat des infirmières. Elle a indiqué à quel point l'organisme est préoccupé par la violence dans les hôpitaux et les salles d'urgence, et avec raison. Elle a parlé de cliniques d'accès rapide pour le traitement de la toxicomanie auxquelles les consommateurs de méthamphétamine agressifs peuvent être transportés. Y a-t-il quelque chose du genre à Calgary?

Dét. Collin Harris: Non, pas à ma connaissance.

M. Len Webber: Estimez-vous que le centre de consommation supervisée au centre-ville de Calgary a des effets bénéfiques?

Dét. Collin Harris: Nous avons certes constaté qu'il a des effets bénéfiques. Un grand nombre de toxicomanes fréquentent le centre, ce qui est fantastique. Il est bon que des gens recourent aux installations.

Cependant, comme nous l'avons déjà indiqué, le centre attire des trafiquants de drogue. Ils savent qu'il y a des toxicomanes qui veulent acheter leurs produits. Comme je l'ai dit, nous ne cherchons pas à arrêter les acheteurs. Par le passé, j'ai demandé à des agents de première ligne d'escorter des gens au centre afin qu'ils puissent s'y rendre en toute sécurité. Ce sont les trafiquants de drogue qui font des affaires d'or dans le secteur.

Nous avons également remarqué que la consommation de méthamphétamine a augmenté dans les centres de consommation supervisée. Au début, c'était la consommation d'opioïdes qui avait augmenté, mais il semble de plus en plus que la méthamphétamine soit devenue la nouvelle drogue de choix. J'ai aussi constaté que beaucoup plus de toxicomanes consomment de la méthamphétamine par injection dans la ville.

Le président: D'accord.

Monsieur Davies, vous disposez de sept minutes.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD): Merci beaucoup, monsieur le président. Merci à tous les témoins d'être ici aujourd'hui.

Monsieur le maire, dans un article de la CBC qui a été publié en septembre, on a rapporté que vous avez dit que votre ville a désespérément besoin de plus d'établissements de désintoxication à long terme pour lutter contre la crise de méthamphétamine actuelle et, j'imagine, les drogues en générale. Monsieur le maire, à votre avis, combien de lits de traitement seraient nécessaires pour répondre adéquatement à la demande dans l'ensemble de Winnipeg?

M. Brian Bowman: Les fournisseurs de soins de santé de première ligne sont probablement mieux placés pour vous donner un nombre précis. Permettez-moi simplement de dire que nous avons besoin de beaucoup plus de lits de traitement. Je suis d'accord avec les témoins de Calgary. Ce n'est pas à coup d'arrestations que nous réglerons la crise — et il s'agit bel et bien d'une crise. Nous avons absolument et désespérément besoin de plus de traitements à long terme de la toxicomanie et des troubles mentaux.

Malheureusement, les familles et les parents auxquels j'ai parlé avaient des histoires très semblables à celle que vous a racontée le témoin de Brandon. C'est tout à fait déchirant d'entendre ce qui a été dit ce matin. Hélas, si on se fie aux propos des parents, ce n'est pas rare. Je pense que les parlementaires et tous les politiciens — municipaux, provinciaux et fédéraux — doivent agir comme s'il s'agissait de leurs propres enfants en cause, car cela pourrait l'être. Personne n'est à l'abri. Mon épouse et moi avons deux garçons âgés de 8 et 10 ans. Comme de nombreux parents, je m'inquiète des dangers auxquels ils sont exposés. Ces drogues n'ont aucune limite.

En bref, nous avons besoin de beaucoup plus de lits de traitement que ce que nous avons à l'heure actuelle. J'entends constamment des personnes touchées directement, des consommateurs de méthamphétamine et des membres de la famille de ces toxicomanes se plaindre du caractère inadéquat des options de traitement à long terme.

Nous sommes prêts à faire ce que nous pouvons, mais les municipalités ne peuvent pas le faire toutes seules. Pourtant, nos fournisseurs de services de première ligne...

• (0945)

M. Don Davies: Je vais devoir vous interrompre, monsieur le maire. J'ai d'autres questions. Merci de votre réponse.

Docteur Juurlink, je veux parler de la politique antidrogue en général. Vous avez déjà demandé au gouvernement fédéral de déclarer un sinistre afin de lutter contre la crise des opioïdes. Nous avons tous vu les chiffres: 4 000 Canadiens sont morts l'année dernière. Depuis les trois ou quatre dernières années, ce nombre augmente tous les ans. Onze personnes meurent chaque jour.

Pouvez-vous expliquer au Comité pourquoi vous avez fait cette demande?

Dr David Juurlink: La situation est urgente. Quatre mille personnes sont mortes, et ce n'est que depuis deux ans que le Canada fait le compte des personnes décédées aux suites d'une surdose d'opioïdes. Ces 4 000 morts sont dues uniquement à des surdoses d'opioïdes. Les opioïdes et d'autres drogues en général, mais...

Je ne pense pas qu'il vaille la peine de déclarer un sinistre dans le simple intérêt d'en déclarer un. Il serait utile de le faire parce que cela vous permettrait de faire des choses que vous ne pourriez pas autrement sous la structure actuelle. Dans la mesure où la déclaration d'un sinistre permettrait au gouvernement fédéral ou provincial de mettre en place des mesures que nous savons efficaces, je pense qu'il s'agirait d'une intervention bénéfique.

M. Don Davies: Cela fait deux ans que je présente la même demande au gouvernement. La ministre de la Santé du Canada ne

cesse de répéter que la déclaration d'un sinistre au titre de la Loi sur les mesures d'urgence n'accomplirait rien et ne donnerait pas de nouveaux outils au gouvernement. J'ai laissé entendre que ce n'est pas le cas. Nous prendrions la mesure prévue à l'article 8 de la Loi sur les mesures d'urgence, qui permet au gouvernement de désigner des cliniques et des abris d'urgence. Conformément à la Loi sur les mesures d'urgence, le gouvernement serait en mesure de désigner comme cliniques les centres de préventions des surdoses — pas les centres d'injection supervisée — qui apparaissent actuellement dans des villes comme Vancouver et qui sont exploités illégalement, ce qui en ferait des organismes légitimes et admissibles à du financement fédéral.

Avez-vous des commentaires sur le sujet? Pensez-vous que d'autres outils seraient disponibles?

Dr David Juurlink: Vous connaissez les tenants et aboutissants de la loi mieux que moi. Dans la mesure que cela rendrait les centres plus accessibles... Je sais que des gens s'opposent à ces centres. Je sais qu'il y a parfois des préoccupations valides, mais les gens ne meurent pas dans ces établissements. C'est un fait. Ils continuent peut-être de consommer de la drogue, mais ils pourraient se rétablir un jour, surtout si ces établissements leur permettent d'accéder à de l'aide. Vous ne pouvez pas réhabiliter un mort. Par conséquent, dans la mesure que les dispositions de la loi permettent ce que vous venez de décrire, je crois qu'il s'agit d'une bonne mesure.

Tous les témoins d'aujourd'hui ont soulevé une question plus importante: nous avons besoin d'un investissement considérable de la part de la société dans le traitement de la toxicomanie. Sans cela, le problème ne disparaîtra jamais. Des milliers de gens vont mourir.

M. Don Davies: On rapporte aussi que vous auriez dit que l'approvisionnement en drogues illicites n'a jamais été plus dangereux en raison de la profusion de composés liés au fentanyl. Selon les témoignages que nous avons entendus en comité, il arrive parfois que du fentanyl soit découvert dans la méthamphétamine et d'autres drogues.

Dr David Juurlink: C'est exact.

M. Don Davies: C'est pour cette raison qu'un si grand nombre de Canadiens meurent. Ils meurent parce que les drogues qu'ils consomment contiennent beaucoup plus d'opioïdes qu'ils pensent.

Docteur Juurlink, à votre avis, pourrions-nous prévenir des décès par surdose en donnant aux toxicomanes l'accès à un approvisionnement sûr et réglementé de drogues aux doses connues dans notre système de santé, par exemple?

Dr David Juurlink: Je pense que la réponse à votre question est oui. Je sais que cette option n'est pas particulièrement populaire dans certains milieux puisqu'ils jugent qu'elle encourage la consommation de drogues, mais la réponse est oui. Les gens savent ce qu'ils consomment. Il se peut qu'il y ait encore des gens qui prennent de mauvaises décisions et qui continuent d'accroître leur consommation de drogue, ce qui finit par les tuer. Cependant, vous avez raison d'affirmer que, dans bien des cas, des gens meurent parce que la drogue est si puissante et ils ne savent pas quelle quantité de celle-ci ils s'injectent. S'injectent-ils 300 ou 3 000 microgrammes de fentanyl? Ils ne le savent pas et, en raison de cette incertitude, ils meurent.

Dans la mesure qu'il s'agit d'un problème de santé et qu'on fournit à une personne atteinte de ce problème quelque chose qui les empêche d'en mourir, je pense que cela aidera les gens.

Je reconnais que certaines personnes trouvent cette mesure répugnante. Cependant, étant donné que l'approvisionnement de drogues est extrêmement toxique, il s'agit d'une des options que nous devons envisager.

● (0950)

Le président: Votre temps de parole est écoulé.

Monsieur Ouellette, vous disposez de sept minutes.

M. Robert-Falcon Ouellette: Je remercie tout le monde d'être venu aujourd'hui. C'est un grand honneur de vous avoir tous ici.

J'aimerais poser la question suivante au maire Brian Bowman ou à l'un des chefs présents: combien d'itinérants y a-t-il à Winnipeg?

M. Brian Bowman: Nous avons effectué deux recensements des sans-abri. J'aimerais consulter le plus récent et vous revenir avec une réponse, Robert. Je ne connais pas le nombre de mémoire. De toute évidence, certains des itinérants sont des itinérants permanents et d'autres ne le sont pas. La réponse varie aussi selon le temps de l'année. Je peux vous revenir avec des nombres précis.

M. Robert-Falcon Ouellette: Je crois que le nombre réel est 1 500.

M. Brian Bowman: Oui. Il est indéniablement supérieur à 1 000.

M. Robert-Falcon Ouellette: Le Manitoba et le gouvernement fédéral viennent de conclure une entente bilatérale — 4,2 millions de dollars du gouvernement fédéral et de la province — qui vise à financer une plus grande capacité. Voilà ce que dit la province. Elle parle du traitement de 130 personnes en un an. Est-ce suffisant pour résoudre le problème de la toxicomanie à Winnipeg, à Brandon et ailleurs — non seulement dans les communautés autochtones, mais aussi dans l'ensemble de la province?

Est-ce la fin pour le Manitoba? A-t-il fait sa part? A-t-il fait le gros de son travail?

M. Brian Bowman: Il s'agit d'un pas dans la bonne direction, mais ce n'est qu'un pas. Pour être honnête, je pense que les trois ordres de gouvernement doivent en faire davantage sur le plan de la santé mentale, de la toxicomanie et de l'itinérance. Il y a l'engagement du gouvernement fédéral, et nous avons constaté que le gouvernement provincial a récemment pris quelques mesures dans le domaine de l'accès rapide. Ce sont toutes des mesures positives, mais elles ne reflètent pas vraiment l'ampleur de la crise.

M. Robert-Falcon Ouellette: Lorsque vous parlez d'accès rapide, faites-vous référence aux cliniques d'accès rapide pour le traitement de la toxicomanie?

M. Brian Bowman: Oui.

M. Robert-Falcon Ouellette: Il y a des cliniques dans cinq endroits différents qui sont ouvertes 22 heures et demie par semaine. À mon avis, il ne s'agit pas d'un très grand accès.

J'aimerais poser une question à Mme Longstreet. Selon vous, quelle devrait être la durée d'un traitement? Selon la province, un toxicomane devrait occuper un lit de rétablissement pendant 7 à 10 jours et ensuite peut-être recourir aux services de gestion du sevrage et de rétablissement pendant un maximum de 30 jours. Est-ce suffisant pour un toxicomane ou un consommateur de méthamphétamine?

Docteur David Juurlink, vous aimeriez peut-être aussi répondre à la question.

Commençons par Mme Longstreet.

Mme Kim Longstreet: Au cours des six dernières années, mon fils a suivi maints traitements. Il a suivi des traitements de 21 et

28 jours. Si vous totalisez la durée des traitements, vous découvrirez probablement qu'il faut encore une période de rétablissement d'environ un an. À mon avis, 30 jours ne suffisent pas. Onze jours de désintoxication ne suffisent certainement pas. Un programme de 21 jours ne suffit pas. C'est tout simplement insuffisant.

J'aimerais souligner que la demande de propositions qui a récemment été présentée par mon gouvernement provincial vise à aider 15 personnes par année. Il s'agit d'une goutte d'eau dans l'océan de la crise de méthamphétamine qui sévit. Nous avons besoin de traitements à long terme. Je dirai qu'il faut attendre un an avant même que quelqu'un soit prêt à réintégrer la société.

M. Robert-Falcon Ouellette: Docteur.

Dr David Juurlink: Je suppose que je vais faire écho à ces observations. La nature et la durée du traitement requis varient en fonction des drogues consommées et des autres formes de soutien que les toxicomanes ont dans leur vie. Je ne sais pas s'il est possible de fournir une seule réponse à la question, mais votre description est à la courte extrémité de l'éventail.

M. Robert-Falcon Ouellette: Ma prochaine question s'adresse à M. Harris du service de police de Calgary. Vous avez fait état d'obstacles. Je me demande si vous pourriez nous en dire un peu plus sur les obstacles que vous observez quotidiennement au travail qui empêchent quelqu'un de faire traiter sa toxicomanie, d'arrêter de vivre dans les rues et de guérir.

Dét. Collin Harris: Je vous remercie de votre question. Elle est très bonne.

Comme je l'ai déjà dit, je pense que c'est l'un des secteurs où nos services de désintoxication ne suffisent pas à la demande. Il y a des établissements où des gens commencent à faire la queue au début de la journée dans l'espoir d'obtenir un lit. Le personnel en refuse beaucoup au cours de la matinée parce qu'il n'y a simplement pas de lit disponible. Nous devons faire preuve de plus de souplesse afin de pouvoir envoyer ces personnes à différents établissements.

Nous devons changer la façon dont nous prodiguons des soins de stabilisation et de longue durée. Comme Mme Longstreet l'a indiqué, nous ne pouvons pas simplement inviter des toxicomanes à rester dans un établissement pendant 30 jours et croire que leur dépendance disparaîtra à la fin de cette période. C'est simplement impossible. Nous continuerons de voir un défilé constant de toxicomanes qui retournent dans la société après avoir suivi un traitement et qui accèderont, je l'espère, à des soins de longue durée, mais ces services ne sont simplement pas disponibles à l'heure actuelle.

● (0955)

M. Robert-Falcon Ouellette: Il me reste quelques minutes.

Nous savons que Winnipeg connaît beaucoup de problèmes dans le domaine des services de santé, des salles d'urgence, des toxicomanes et des questions de sécurité concernant les membres du personnel qui se font blessés. La situation à Calgary est-elle semblable?

Dét. Collin Harris: Je crois que oui.

M. Robert-Falcon Ouellette: Les policiers sont-ils aussi tenus d'être de service et sur appel lorsqu'ils se trouvent dans les hôpitaux?

Chef Steve Barlow: Nos policiers seront régulièrement envoyés aux hôpitaux. Nous passons beaucoup de temps au centre de consommation supervisée à Calgary, qui est rattaché à un hôpital. Le centre possède son propre personnel de sécurité, mais la police est appelée à de rares occasions pour aider certains des patients.

M. Robert-Falcon Ouellette: Ma dernière question s'adresse aux deux chefs de police. Étant donné les efforts que vous devez déployer dans ce domaine, quelles tâches y perdent au change? Quelles sont les autres tâches qu'on vous a chargés d'accomplir, mais que vous ne pouvez pas faire?

Chef Steve Barlow: Je répondrai rapidement. Le nombre de crimes violents, de crimes sexuels et de cas de mauvais traitements infligés aux enfants monte en flèche. Je ne peux pas affecter suffisamment d'agents à ces secteurs ou en promouvoir assez aux fins d'affectation à ces secteurs, car je dois les laisser dans les rues pour combattre la hausse effarante du taux de criminalité à Calgary.

M. Robert-Falcon Ouellette: Monsieur Smyth.

Chef Danny Smyth (chef de police, Service de police de Winnipeg): À Winnipeg, la crise se fait sentir de deux façons. Il est évident qu'il existe un arrière de demandes de service puisque les policiers sont occupés dans les établissements de santé à surveiller des gens en attente d'un traitement, ce qui les empêche d'aller dans les communautés et d'effectuer du travail proactif.

Puisque nous nous efforçons de réduire l'arriéré de demandes de service, nos ressources sont rapidement accaparées.

Le président: Votre temps de parole est écoulé.

Passons à la série de questions de cinq minutes. Les questions sont un peu plus courtes puisque le temps de parole est un peu plus court.

Nous allons commencer par M. Lobb.

M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC): Merci beaucoup.

Ma première question s'adresse à M. Barlow. Je ne suis pas sûr de bien comprendre. Lorsque vous procédez à une arrestation ou une saisie et il y a une somme considérable en jeu, que faites-vous avec les produits de la criminalité?

Est-ce que cela varie d'une municipalité à l'autre? Où va l'argent?

Chef Steve Barlow: Je vais demander à mon expert de répondre.

Dét. Collin Harris: Les produits de la criminalité sont remis à la province et la province décide où verser l'argent. Les fonds ne reviennent pas nécessairement à la municipalité qui l'a saisis. Ils sont répartis dans la province.

M. Ben Lobb: Est-ce que quelqu'un tient un registre? Par exemple, disons que votre ville aura 35 millions de dollars en espèces en 2018. Je sais que le montant est probablement bien trop élevé, mais quelqu'un en fait-il le suivi?

Dét. Collin Harris: Je crois que la province fait le suivi de ce qui est réparti entre les municipalités et les régions. Je n'ai toutefois pas ces renseignements avec moi à l'heure actuelle, monsieur.

M. Ben Lobb: Je veux dire que...

Chef Steve Barlow: Comme nous ne disposons pas de beaucoup de temps, je vais donner suite très brièvement à la réponse. En ce qui concerne les produits de la criminalité, une de nos plus grandes difficultés consiste à prouver qu'il s'agit de produits de la criminalité. Nous y accordons très peu d'importance dans le cadre de la lutte actuelle contre la criminalité en Alberta.

M. Ben Lobb: Oui, c'est parce que la plupart des gens gardent généralement un million de dollars dans la charpente de leur maison — un million de dollars en petites coupures.

Au cours de notre dernière réunion, j'ai soulevé le fait que la taxe perçue sur la vente de cannabis devrait peut-être être investie dans la réhabilitation et ainsi de suite afin que même les gens qui sont contre l'idée de la légalisation puissent dire: « Eh bien, au moins l'argent des contribuables viendra en aide aux personnes qui en ont besoin ». Ils

pourraient aussi constater qu'il devrait y avoir un lien direct entre les produits de la criminalité et la tentative d'aider les gens accros à ce qui a été engendré par les fonds.

Nous pourrions peut-être en parler parce que, peu importe la province, il y a un trou noir qui ne semble jamais se fermer. Qu'il s'agisse de lits ou de policiers supplémentaires, je pense que ce serait un bon effort.

Ma question est probablement plus d'ordre hypothétique. Si la méthamphétamine coûte 5 \$ par injection — si vous voulez appeler cela ainsi —, est-ce principalement une simple question d'économie? Une canette de bière de grand format coûte probablement 2 \$. Un gramme de marijuana coûte probablement entre 7 \$ et 8 \$, selon le lieu d'achat. Je pense que la Société ontarienne du cannabis vend de la marijuana à 7 \$ ou 8 \$ le gramme. Est-ce purement en raison d'un principe économique de base qu'un toxicomane en a le plus pour son argent s'il achète de la méthamphétamine? Est-ce là l'objectif?

• (1000)

Dét. Collin Harris: Je crois que oui. C'est le genre de chose qui arrive. Au cours des trois dernières années, le prix de la méthamphétamine a chuté de manière spectaculaire.

Il n'y a pas si longtemps, le prix de la méthamphétamine était environ le même que celui d'un gramme d'héroïne, c'est-à-dire 250 \$ il y a probablement environ cinq ans. Il s'agit d'une des baisses de prix d'une drogue les plus hallucinantes qu'il m'ait été donné de voir et je suis un policier depuis 30 ans. Le prix d'un gramme de cocaïne est demeuré pratiquement le même pendant toute ma carrière, mais le prix de la méthamphétamine a chuté de manière spectaculaire.

C'est ce surplus de drogue qui est sur le marché. De plus, l'euphorie associée à cette drogue dure beaucoup plus longtemps et est beaucoup plus intense.

Comme vous l'avez indiqué, les acheteurs en ont bel et bien pour leur argent. Ils reçoivent une grande quantité de drogue à très bon marché. Comme l'a dit le Dr Juurlink, les démunis et les personnes marginalisées consomment de la méthamphétamine pour rester éveillés. Ils sont seulement en sécurité lorsqu'ils sont éveillés, ce qui mène à la consommation prolongée de la drogue.

M. Ben Lobb: En ce qui concerne les drogues provenant de la Colombie-Britannique, il y a évidemment des limites à ce que vous pouvez faire pour remédier à la situation. En ce qui concerne la méthamphétamine qui vient du Mexique, est-il impossible d'essayer d'intercepter tous les chargements de méthamphétamine qui entrent au Canada, ou existe-t-il des stratégies qui permettraient d'atténuer le problème?

Chef Steve Barlow: Je pense qu'il est toujours possible de renforcer nos frontières contre la circulation des drogues. Les drogues — pas seulement la méthamphétamine — seront toujours un problème important pour le Canada, car elles viennent du Sud ou, dans le cas de l'Alberta, de l'Ouest. Nous aurions bien besoin d'aide de ce côté, mais cela nous ramène au sujet de notre discussion de tout à l'heure, c'est-à-dire les toxicomanes qui prennent part au commerce. Ce sont eux qui... À mon humble avis, si nous prévoyons dépenser des sommes importantes, c'est là que nous devons les dépenser à l'heure actuelle.

Le président: Monsieur Lobb, votre temps de parole est écoulé.

M. Ben Lobb: Merci.

Le président: M. Eyolfson a la parole pour la prochaine question.

M. Doug Eyolfson: Merci, monsieur le président.

Messieurs Bowman et Lane, nous savons que l'urgence est le premier endroit où il faut transporter les gens qui souffrent d'une intoxication aiguë et qui ne peuvent pas être gérés par des centres de réadaptation ordinaires, car il n'y a aucun autre endroit où aller.

Le gouvernement provincial a déjà fermé une urgence et l'a transformée en centre de soins d'urgence. Il s'agit de l'Hôpital général Victoria. Dans le cadre de la transition de l'Hôpital Concordia en centre de soins d'urgence, le gouvernement provincial a annoncé que l'hôpital n'acceptera plus d'ambulances très bientôt.

Étant donné qu'il y a moins d'endroits où transporter les victimes et que la prise en charge des symptômes aigus se fera dans un plus petit nombre d'emplacements qui sont plus bondés, doit-on s'attendre à ce que cela cause des problèmes?

M. John Lane: Sur le terrain, on arrive à prendre en charge plutôt efficacement les symptômes aigus grâce à l'administration de sédatifs chimiques. Il est probablement plus efficace de prendre en charge un patient incontrôlable en raison d'un épisode psychotique en lui administrant un sédatif chimique sur le terrain. Pour ce faire, les forces de l'ordre et les ambulanciers paramédicaux ont tous les deux un rôle à jouer.

La récente introduction de l'olanzapine dans les soins préhospitaliers pourrait très bien contribuer à apaiser les craintes des personnes souffrant d'une psychose subaiguë, soit celles qui s'inquiètent des effets de la drogue qu'elles ont consommée, mais il s'agit d'une faible proportion des gens que nous voyons.

M. Doug Eyolfson: Si je puis me permettre, je vais vous interrompre.

Voici où je veux en venir: je présume que, même si on a administré un sédatif puissant à quelqu'un sur le terrain, une fois que l'on a pris en charge cette personne, on la conduit au service des urgences, n'est-ce pas?

• (1005)

M. John Lane: C'est exact.

M. Doug Eyolfson: A-t-on soulevé des préoccupations? Tout d'abord, cette mesure a-t-elle eu, par exemple, une incidence sur le temps de transfert des patients entre les ambulanciers paramédicaux et le personnel hospitalier? La fermeture du service des urgences a-t-elle alourdi le fardeau des ambulanciers paramédicaux, étant donné qu'il y a moins d'endroits où amener les personnes prises en charge sur le terrain?

M. John Lane: Non, c'est là où je voulais en venir. Selon moi, étant donné que les personnes sont prises en charge sur le terrain, on peut les transporter sur une plus grande distance de façon sécuritaire.

Par ailleurs, nous avons constaté l'effet contraire. Il y a une diminution du temps nécessaire aux ambulanciers paramédicaux pour transférer un patient au personnel hospitalier.

M. Doug Eyolfson: Merci beaucoup.

Madame Longstreet, merci d'être venue et d'avoir raconté votre histoire.

Comme je l'ai mentionné au début, j'ai pratiqué la médecine d'urgence pendant 20 ans. J'ai été à même de constater les effets désastreux de la toxicomanie. L'une de mes plus grandes frustrations — et je suis certain que vous l'éprouverez comme moi —, c'est quand une personne est amenée au service des urgences pour un problème, je ne veux pas dire une personne lourdement intoxiquée, et que celle-ci est inscrite sur une d'attente depuis des mois. Les employés ont déjà indiqué que cette personne ne peut pas attendre des mois, que, si elle retourne dans la collectivité, elle continuera à

consommer de la drogue et qu'ils ne savent pas quoi faire. Pour ma part, en tant que médecin d'urgence, ce qui est frustrant, c'est que le système de santé n'offre aucun soin de courte durée. Nous appellerons peut-être quelques personnes au sein du système de santé pour les informer qu'un patient a besoin d'aide et pour leur demander d'augmenter le niveau de soin de ce dernier. Parfois, l'une d'elles mettra son poing sur la table et dira que l'on ne peut pas retourner le patient à la maison. Ensuite, nous devons lui répondre qu'il n'y a pas de place pour lui et que nous ne pouvons rien faire pour l'aider sur place. C'est frustrant pour les deux parties.

Je vous remercie une fois de plus de votre observation sur la guerre contre la drogue. Bien des gens savent que la guerre contre la drogue n'en était pas vraiment une: c'était une guerre contre les toxicomanes. Ce fut une guerre contre les gens les plus vulnérables. Selon moi, en tant que société, il nous incombe de changer cette situation, alors je vous remercie de ce message.

Je crois que c'est tout le temps que j'avais.

Le président: Merci, et merci de votre message. Je suis heureux que vous ayez dit cela à nos invités.

Madame Gladu, vous avez cinq minutes.

Mme Marilyn Gladu (Sarnia—Lambton, PCC): Merci, monsieur le président. Je remercie aussi les témoins.

Tout d'abord, je comprends très bien que décriminaliser la possession de drogues ne permettra pas de résoudre le problème du vol de biens qui l'accompagne ni de prévenir les actes de violence commis à cause de la méthamphétamine. Toutefois, j'ai pensé qu'il vaudrait la peine de parler du Portugal et des mesures qu'il avait adoptées avant de procéder à la décriminalisation.

Dans les écoles du Portugal, on a mis en oeuvre un programme obligatoire d'enseignement public portant sur les méfaits de la drogue. Le pays possédait un système de santé vraiment universel: le counselling et les services de soutien en santé mentale étaient couverts. Ce n'est pas comme si les gens n'avaient pas accès à ces services. Pour ce qui est de la capacité de traitement du pays, le Portugal possédait 170 centres de traitement et de rétablissement pour 11 millions d'habitants.

Dans le contexte canadien, il faudrait 55 385 lits pour les 36 millions d'habitants, ce qui représente — si les lits étaient répartis également, mais nous savons que ce n'est pas le cas — 164 lits par circonscription. C'est le genre d'écart dont il est question quant aux ressources en matière de traitement et de rétablissement qui manquent.

L'une de mes questions porte sur le fait de s'attaquer à l'aspect du problème lié à l'approvisionnement. Les drogues proviennent du Mexique et de la Colombie-Britannique. Sous un gouvernement précédent, il y avait une obligation de visa imposée aux Mexicains, qui était essentiellement utilisée pour écarter les criminels. À votre avis, serait-il utile de rétablir cette obligation, ou cette mesure serait-elle inefficace?

Cette question s'adresse à M. Barlow et peut-être aussi au chef de police de Winnipeg.

Chef Steve Barlow: Je ne crois pas que le rétablissement de cette obligation est la solution.

Si je dis cela, c'est parce que les éléments criminels évoluent au même rythme que l'environnement, à l'instar des véhicules d'aujourd'hui. Je vais utiliser ces derniers, étant donné qu'ils constituent un exemple facile. Plus les voitures sont récentes et sûres, plus il est difficile de les voler, étant donné qu'il faut plus qu'un tournevis pour y arriver. Voilà pourquoi les criminels entrent par effraction dans des maisons.

Ils évoluent au même rythme que l'environnement. Selon moi, présenter une mesure législative à propos... Vous avez mentionné les Mexicains. À mon avis, là n'est pas le problème. Je ne peux pas me prononcer pour Winnipeg ou l'Est du Canada. Il faut comprendre que, si nous disons que la méthamphétamine provient de la Colombie-Britannique, c'est en raison de l'endroit où nous nous trouvons. Nous avons découvert très peu de laboratoires en Alberta.

Je pourrais difficilement dire que la méthamphétamine provient de la Colombie-Britannique et qu'elle est acheminée aux quatre coins du pays. Selon moi, les fournisseurs viennent également de cette région.

Toutefois, il est vrai qu'il en provient fréquemment du Sud et du Mexique.

• (1010)

Mme Marilyn Gladu: Qu'en pensez-vous, M. Smyth?

M. Danny Smyth: Notre expérience est semblable à celle de Calgary. La plupart des chaînes d'approvisionnement sont liées à l'Ouest, à la Colombie-Britannique. Selon certaines des enquêtes auxquelles nous avons participé, il est juste d'affirmer que tout semble indiquer que la drogue est introduite illégalement en Colombie-Britannique en provenance du Mexique, puis qu'elle est acheminée partout dans les Prairies.

Mme Marilyn Gladu: Avez-vous des recommandations à formuler quant à ce que l'on devrait faire en Colombie-Britannique pour limiter l'approvisionnement en méthamphétamine?

Chef Danny Smyth: Je ne connais pas très bien la Colombie-Britannique. Il est évident que l'Agence des services frontaliers aurait un rôle à jouer. Ces drogues doivent entrer clandestinement au pays dans des conteneurs transportés par camion ou par bateau.

Ce n'est manifestement pas mon domaine de compétence, étant donné que je suis au beau milieu des Prairies.

Mme Marilyn Gladu: Monsieur Barlow, avez-vous des suggestions?

Chef Steve Barlow: Je suis un peu du même avis. Si nous souhaitons resserrer les frontières, ce sont... Le milieu du crime organisé est très sophistiqué. Je serais très préoccupé que l'on dépense des millions de dollars sur les frontières avant que l'on dépense des sommes semblables pour aider les toxicomanes. Je ne prétends pas que je demanderai un jour que l'on réduise mon budget, mais je pense que le fait d'appuyer les consommateurs... À mon humble avis, actuellement, nous devons envisager d'investir des fonds en vue de collaborer davantage avec eux, si une telle chose est possible.

Mme Marilyn Gladu: D'accord.

Docteur Juurlink, voulez-vous faire une observation.

Dr David Juurlink: Je hoche de la tête parce que je suis tout à fait d'accord avec lui.

À l'instar du fentanyl, cette drogue n'est pas très difficile à synthétiser. Même si vous pouviez rendre les frontières imperméables en claquant des doigts, quelqu'un en fabriquerait ici. Étant donné que le marché se trouve à Calgary, il y aurait davantage de

laboratoires qu'il y en a actuellement. Cela nous ramène à la grande question de la toxicomanie qui serait uniquement un élément du comportement humain.

Selon moi, la solution à ce problème ne passe pas par la perturbation de l'approvisionnement. Il faut plutôt passer par la demande. Si vous aidez les personnes qui consomment actuellement cette drogue, dont la plupart veulent de l'aide, vous vous attaquez indirectement à l'approvisionnement.

Mme Marilyn Gladu: C'est très bien. Merci.

Le président: Votre temps de parole est écoulé.

La parole est maintenant à M. Ayoub. Je suppose que M. Ayoub pourrait poser ses questions en français, alors, si vous avez besoin du service d'interprétation, il est à votre disposition, je l'espère.

Monsieur Ayoub, vous avez cinq minutes.

[Français]

M. Ramez Ayoub (Thérèse-De Blainville, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je vais poursuivre dans le même sens que Mme Gladu en ce qui a trait au trafic de stupéfiants et de méthamphétamine. Vous ne nous donnez pas l'impression qu'on peut enrayer le trafic, finalement. En effet, ou bien la drogue va être faite au Canada, ou bien elle va y être importée.

Vous parlez d'investir de l'argent dans la recherche-développement pour trouver une cure. Quelles sont vos connaissances en matière de recherche-développement, docteur Juurlink? Pensez-vous qu'on devrait développer une drogue de substitution, que l'on pourrait donner aux patients pour les aider à se sortir de ce cercle vicieux, comme dans le cas des opioïdes? Voyez-vous cela dans votre pratique et dans vos recherches?

[Traduction]

Dr David Juurlink: Je vous remercie de votre question.

On pourrait financer la recherche afin de trouver une solution miracle pour lutter contre la dépendance à la méthamphétamine, mais je crois que, aux États-Unis, on a déjà dépensé des milliards de dollars expressément à cette fin, mais en vain. Comme je l'ai mentionné tout à l'heure, cette drogue est assez différente des opioïdes, comme vous l'avez laissé entendre dans votre intervention, alors je ne crois pas que la solution à cette crise réside dans le fait de trouver un remède miracle qui aidera les gens à cesser d'en consommer. Certains médicaments, comme les antidépresseurs et le Prozac, notamment, permettent de maîtriser l'état de besoin de certaines personnes, mais il n'en existe pas beaucoup. À mon avis, il est peu probable que l'on trouve un médicament qui réglera le problème de cette façon.

[Français]

M. Ramez Ayoub: Vous êtes en train de nous dire qu'il n'existe pas de solution de rechange pour cette drogue. Selon vous, elle sera toujours disponible, et les usagers n'auront d'autre choix que d'être traités pour une dépendance, finalement. Il n'y a pas d'aide médicale possible à part un traitement contre la dépendance.

•(1015)

[Traduction]

Dr David Juurlink: Je suppose que cela dépend du contexte. Quelqu'un qui consomme de la méthamphétamine pour rester éveillé, comme un conducteur de grand routier, par exemple, pourrait consommer un produit plus sûr, notamment l'Adderall, le médicament dont je vous ai parlé tout à l'heure. Il ne s'agit pas d'une solution idéale, mais ce produit est fondamentalement plus sûr que la substance que l'on achète auprès d'un inconnu, étant donné que l'on ignore ce qu'il contient.

[Français]

M. Ramez Ayoub: Je vous remercie.

Il me reste la moitié de mon temps. Je vais revenir à mes collègues des services de police de Winnipeg et de Calgary.

Je ne parle pas ici des usagers, des consommateurs de cette drogue; ces gens ont besoin de recevoir de l'aide. Je parle ici des trafiquants. Selon vous, les lois fédérales et provinciales, mais particulièrement les lois fédérales en ce qui a trait au trafic, sont-elles assez coercitives? Sont-elles assez fortes pour avoir un impact sur les trafiquants eux-mêmes et sur le crime organisé?

Le Dr Juurlink parlait de la légalisation des drogues. On l'a fait pour la marijuana, mais, en même temps, pour la protection des jeunes, on a augmenté à 14 ans la peine de prison pour les gens qui en font le trafic et qui vendent de la drogue à des jeunes. En ce qui a trait à cette drogue, vous sentez-vous soutenus par les lois fédérales pour ce qui est de retirer les criminels du marché?

[Traduction]

Chef Steve Barlow: La question des trafiquants et de l'appui que nous recevons dans ce dossier est très complexe. À mon humble avis, les lois canadiennes appuient nos efforts de lutte contre les trafiquants, mais, le facteur inconnu en ce moment, c'est que beaucoup de gros trafiquants ont recours à des toxicomanes pour vendre leurs drogues. La ligne est très mince entre un vrai trafiquant, le grand argentier, la personne qui s'enrichit vraiment grâce au trafic, et l'intermédiaire. Les gros trafiquants sont difficiles à attraper à cause de cet intermédiaire. Au bas de l'échelle, il y a le consommateur, puis il y a l'intermédiaire, qui est habituellement un consommateur aussi, alors les forces de l'ordre ont du mal à déterminer si elles ont affaire à un vrai trafiquant et elles tentent d'établir un équilibre entre les deux. Selon mon expérience, je crois que, quand nous attrapons un vrai trafiquant, la loi nous appuie.

Je vais me tourner vers Collin parce qu'il doit régulièrement faire affaire avec les tribunaux, alors nous aimerions aussi connaître son opinion.

Dét. Collin Harris: Je suis d'accord avec M. Barlow pour dire que nous sommes appuyés dans une certaine mesure. Je crois qu'il est souvent très difficile de mener à bien une enquête sur des individus qui importent de la drogue pour la vente en gros. Il faut beaucoup de temps, de capacités d'enquête et d'éléments de preuve pour poursuivre avec succès les personnes accusées de ces crimes.

Il est beaucoup plus facile d'intenter des poursuites pour les petits crimes, et, hélas, nous n'attrapons pas autant de gros poissons, si vous voulez, que nous le souhaiterions. Il faut des millions et des millions de dollars pour mener ces enquêtes, et il est parfois très difficile d'intenter des poursuites avec succès. Quand nous arrivons à le faire, nous sommes appuyés dans une certaine mesure. Certains diront que les peines infligées sont adéquates, tandis que d'autres diront qu'elles sont insuffisantes, mais ce n'est vraiment pas à nous d'en décider.

Le président: Le temps est écoulé. Merci beaucoup.

Vous avez trois minutes, monsieur Davies, ainsi que la dernière question.

M. Don Davies: Docteur Juurlink, la menace de punition dissuade-t-elle habituellement les gens de consommer de la drogue?

Dr David Juurlink: Je ne crois pas.

M. Don Davies: Selon vous, y a-t-il suffisamment d'éléments de preuve crédibles pour étayer le fait que l'on continue d'avoir recours à l'approche axée sur la criminalisation de la toxicomanie?

Dr David Juurlink: Non. Comme je l'ai mentionné tout à l'heure, je crois que c'est terriblement contre-productif.

M. Don Davies: Le gouvernement fédéral actuel a explicitement rejeté la décriminalisation et la réglementation de la drogue. À votre avis, sera-t-il possible de lutter efficacement contre l'actuelle crise de la drogue si nous refusons d'envisager la décriminalisation et la réglementation de l'approvisionnement en drogues?

•(1020)

Dr David Juurlink: Non. Je crois que l'on parle beaucoup de la réduction des méfaits, mais, à mon avis, on ne peut pas discuter sérieusement de ce dossier sans aborder au moins le concept de la décriminalisation et de l'approvisionnement en drogues pour les toxicomanes qui risquent littéralement de mourir aujourd'hui à cause des substances qu'ils consomment.

M. Don Davies: Oui, c'est l'une des choses curieuses que j'entends dans le débat d'aujourd'hui. Le gouvernement prétend être déterminé à réduire les méfaits et il parle de centres d'injection supervisée et de projets de traitements de substitution aux opioïdes, mais le fait de décriminaliser et de réglementer les drogues que les gens se procurent, quelle que soit la quantité, n'est-il pas le meilleur moyen de réduire les méfaits?

Dr David Juurlink: Oui. Je peux imaginer les arguments que l'on peut invoquer contre cette mesure, mais, si vous voulez empêcher des gens de mourir à cause de la toxicomanie, c'est la façon la plus efficace d'y arriver et d'aiguiller ces gens, ceux qui sont prêts, vers des traitements, pourvu qu'on en offre, que ces gens veulent eux-mêmes les recevoir ou qu'ils aient été réclamés par leur famille, le service des urgences ou la police.

M. Don Davies: J'ai une dernière question. Vous avez mentionné que l'alcool est une drogue, et il y a maintenant le cannabis. L'alcool et le cannabis ont été légalisés. Du point de vue de la politique publique, existe-t-il une raison médicale ou sociale fondée sur des principes pour traiter d'autres formes de drogues, que ce soit la méthamphétamine ou les opioïdes, selon une structure juridique différente?

Dr David Juurlink: Oui. Différentes personnes répondront de diverses façons à cette question. J'ai quelques craintes quant à la légalisation absolue de toutes les drogues parce que la société n'est pas très bonne pour faire preuve de modération.

Par exemple, si quelqu'un souhaite fumer un joint sur la terrasse de sa cour arrière une fois par mois, ce geste ne causera pas beaucoup de méfaits, mais, si ce geste devient quotidien, cette personne a donc un problème. Beaucoup de dépendances, soit de 40 % à 50 %, sont de nature génétique. Nous ignorons quelles sont les causes, donc, si nous légalisons toutes les drogues, je crois que la société aura un problème.

M. Don Davies: Savez-vous combien il y a eu de décès directement et indirectement attribuables à l'alcool l'année dernière?

Dr David Juurlink: De 5 à 6 % de tous les décès dans le monde sont attribuables à l'alcool.

M. Don Davies: Merci.

Le président: Il vous restait 12 secondes. Cela ne vous ressemble pas.

Au nom du Comité, je tiens à tous vous remercier. Vous gérez directement cette crise de façon très personnelle, vous la première, madame Longstreet, compte tenu de votre situation. Nous vous remercions tout particulièrement de votre témoignage, mais vous devez tous affronter cette crise au quotidien, que ce soit dans les forces de l'ordre, dans le système de santé ou en tant que membre d'une famille touchée, et, au nom de tous les membres du Comité, je tiens à vous remercier de votre contribution.

Peu de Canadiens voient ce que vous voyez, et c'est formidable que vous ayez été en mesure de venir ici pour nous en parler. J'espère que nous serons capables de rédiger un rapport qui vous aidera à accomplir votre travail et qui aidera votre famille. Au nom du Comité, je tiens à vous remercier tous profondément et à vous souhaiter bonne chance dans votre travail.

Nous allons suspendre la séance.

Oui, monsieur Davies.

M. Don Davies: Merci, monsieur le président.

Monsieur le président, lors de la dernière séance, on a ajourné le débat sur ma motion, et j'aimerais la présenter de nouveau. Je propose que le Comité demande à la ministre de la Santé de lui faire un exposé sur la question de la stérilisation forcée des femmes ainsi que d'être présente pour répondre aux questions du Comité.

Je propose que le Comité reprenne le débat sur cette motion.

Le président: Si je comprends bien, en réalité, la présente motion vise à déterminer si nous souhaitons poursuivre le débat parce qu'il a été ajourné la dernière fois. Le Comité est toujours saisi de la motion.

M. Doug Eyolfson: Monsieur le président, j'invoque le Règlement.

Vous avez dit que nous allions suspendre la séance pour passer aux affaires du Comité. Donc, la séance est-elle suspendue? Les gens qui ne sont pas membres du Comité quitteront-ils la salle et continuerons-nous à huis clos?

Le président: Il avait la main levée avant mon énoncé. Il a eu l'occasion de prendre la parole.

Maintenant, c'est vous qui avez la parole.

M. Doug Eyolfson: D'accord. Merci.

Le président: Il n'y aura pas de débat sur cette motion. Veuillez répondre par oui ou non. Nous votons pour décider si nous continuerons ou non le débat.

Je remercie les témoins. Je suis désolé de ce détour, mais cela arrive de temps à autre dans nos travaux.

Je vais mettre aux voix la motion de M. Davies sur la reprise du débat. Tous ceux qui sont en faveur de la reprise du débat?

Des députés: [*Inaudible*]

• (1025)

Le président: La question est de savoir si nous reprenons le débat, car nous l'avons ajourné. Elle ne porte pas sur la motion. C'est seulement pour décider si nous reprenons le débat.

Tous ceux qui sont en faveur de reprendre le débat?

À mon avis, on s'y oppose, car personne n'a voté oui.

M. Don Davies: Oui, nous avons voté en faveur.

M. Ben Lobb: Nous avons voté deux fois sur la question. Je ne cherche à critiquer personne. La première fois, c'était un vote à l'unanimité pour continuer avec la motion de M. Davies. Maintenant, nous avons eu un deuxième vote, qui a eu le résultat opposé.

Selon moi, le premier vote devrait compter, et nous devrions siéger en public avec M. Davies et poursuivre le travail. C'est mon opinion.

Le président: J'estime qu'il y a eu confusion à l'égard de la motion, pour savoir si nous votions sur la motion de M. Davies ou sur la reprise du débat. Il y a eu confusion, alors je vais demander un nouveau vote.

(La motion est adoptée.)

Le président: Nous reprenons le débat sur la motion de M. Davies.

Monsieur Davies, la parole est à vous en premier.

M. Don Davies: Pour la gouverne de mes collègues, la motion est la suivante:

Que, conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité invite la ministre de la Santé à fournir des renseignements le plus tôt possible sur la stérilisation forcée de femmes autochtones au Canada.

Bien franchement, je pense que c'est plus large que seulement les femmes autochtones. Il est surtout question de femmes autochtones, mais pas exclusivement.

Lorsque la ministre a comparu devant le Comité, j'ai eu l'occasion de lui poser une question à cet égard. Voici ce qu'elle a répondu:

Je suis d'accord avec tout ce que vous avez dit, monsieur Davies. C'est une situation épouvantable. Il est tout à fait inacceptable de penser que cela se produit dans notre pays. Il s'agit certainement d'une violation flagrante des droits de la personne et aussi de violence fondée sur le sexe. Et nous en parlons aujourd'hui, en cette journée du 6 décembre, entre toutes les autres —, la journée toute désignée pour le faire. C'est tout simplement inacceptable.

La ministre Philpott et moi-même travaillons en étroite collaboration. Nous tendons la main aux provinces et aux territoires pour faire avancer cette discussion, et pas seulement aux provinces et aux territoires, mais aussi aux associations médicales qui réglementent ces professions. Nous voulons faire tout ce que nous pouvons pour mettre fin à cette situation.

Elle a terminé en disant:

J'ai dit que je ne pouvais toujours pas croire que nous ayons cette conversation en 2018, et que cela se produit ici, dans notre pays. Soyons claires : c'est absolument inacceptable, et nous ferons tout notre possible pour que cela ne se produise plus.

Monsieur le président, je partage complètement l'avis éloquent de la ministre. C'est une situation vraiment déplorable. Aussi récemment que l'an dernier, des Canadiennes ont été stérilisées contre leur gré, à leur insu et parfois sous la contrainte. Nous savons que cela est qualifié de torture au vu du droit international, et nous savons que la Cour suprême du Canada a énoncé une évidence — que c'est illégal —, mais nous savons que cela existe. Je pense que nous devons faire tout ce qui est en notre pouvoir et qu'en tant que membres du comité de la santé, c'est notre responsabilité d'examiner cette question d'urgence. Je crois qu'il faut commencer avec la séance d'information.

Je pense que le Comité devrait probablement procéder à une étude sur cette question au début de l'année prochaine. Toutefois, en ce moment, je pense qu'il est temps pour nous, en tant que comité collégial, de demander tout simplement à la ministre de revenir nous informer sur cette question pour nous dire comment cela a pu arriver, quelles mesures sont possibles, si l'on a songé à porter des accusations, qui a pris la décision au sujet de ces stérilisations et si on exige des comptes aux personnes responsables. Je pense qu'en tant que comité de la santé, il y a beaucoup de questions que nous devons examiner, car ce sont des interventions chirurgicales qui se font dans les établissements de soins de santé et qui sont subies principalement par une population — les femmes autochtones — qui est l'une des principales responsabilités du gouvernement fédéral.

Je pense que le moins que nous puissions faire est d'avoir une séance d'information. Bien sûr, ce ne sera qu'au début de l'année prochaine, mais cela nous donne amplement le temps de convoquer la ministre parmi nous. C'est ce que je proposerais de faire. Je donne avis maintenant que lorsque nous commencerons les travaux du Comité, si nous n'obtenons pas une séance d'information avec la ministre, je proposerai une motion pour que le président envoie une lettre aux présidentes du Comité permanent des affaires autochtones et du Nord et du Comité permanent de la condition féminine pour proposer une étude conjointe sur la stérilisation forcée des femmes autochtones et sur les mesures que le gouvernement doit prendre pour éliminer cette pratique, car j'ose croire que c'est ce que veulent toutes les personnes dans cette salle. La raison pour l'étude conjointe est que cette question touche les trois comités. Elle touche les femmes, les femmes autochtones et la santé. Les trois comités ont une part de la responsabilité à l'égard de cette question. Aucun d'eux ne peut la résoudre seul. Si elle faisait l'objet d'une étude seulement de la part du comité des affaires autochtones, cette étude ne tiendrait pas compte des femmes non autochtones. Si on la confiait au comité de la condition féminine, l'étude ne tiendrait pas compte de l'aspect santé. Enfin, si notre comité procédait seul à l'étude, nous n'étudierions pas la composante autochtone de la question. Je crois que les trois comités ont un rôle à jouer dans l'étude cette question.

Je conclurai en disant simplement qu'il s'agit d'un appel officiel fait par Action Canada pour la santé & les droits sexuels et Amnistie Internationale, qui ont demandé au Parlement, à notre comité et aux députés de mener l'étude conjointe dont je vous parle.

Enfin, en vertu du droit international, à l'égard de la question des stérilisations forcées et sous la contrainte, ces deux organismes demandent aux gouvernements d'enquêter, de porter des accusations et de demander réparation au nom des victimes.

• (1030)

Nous savons maintenant qu'aucune personne n'a été accusée au Canada, du moins, pas à ma connaissance.

Selon moi, il nous incombe de mener une enquête exhaustive, et nous pouvons commencer par la séance d'information. J'espère que mes collègues appuieront ma demande d'avoir un exposé de la ministre de la Santé. Quand nous passerons aux travaux du Comité, je proposerai officiellement ma motion pour qu'on effectue une étude conjointe.

Merci.

Le président: Le prochain intervenant est le Dr Eyolfson, mais vous avez dit que nous savons que cela se fait contre le gré des femmes et qu'on leur forçait à l'accepter. Je ne le sais pas, personnellement. C'est peut-être vrai, mais demander une séance d'information à la ministre en fonction de cette supposition... Je pense que nous devons en apprendre plus avant de la convoquer.

C'est ce que j'en pense. Vous dites que nous le savons, et peut-être que d'autres le savent, mais, moi, je ne le sais pas.

M. Don Davies: Monsieur le président, permettez que je dise que la question a été décrite comme la stérilisation forcée, contre le gré de la personne. C'est sur quoi la question repose entièrement. Des femmes se manifestent pour raconter leur histoire. En fait, je crois qu'un recours collectif a été intenté par une soixantaine de femmes autochtones qui disent qu'elles sont entrées à l'hôpital pour différentes chirurgies et qu'elles en sont sorties ayant subi la ligature des trompes et d'autres interventions qu'elles n'avaient pas prévues ni autorisées. C'est d'après moi la prémisse sur laquelle se fonde l'étude.

Le président: Docteur Eyolfson, vous avez la parole.

M. Doug Eyolfson: Merci, monsieur le président, et merci, Don, d'avoir soulevé la question. C'est une question importante et je crois parler au nom de tous lorsque je dis que nous en sommes horrifiés.

La ministre a comparu devant le Comité. Nous savons ce qu'elle en pense. Nous savons aussi que trois comités en sont saisis, car le comité des affaires autochtones et le comité de la condition féminine se penchent également dessus.

Je demande un amendement favorable à la question. Comme la ministre a comparu, et puisque nous savons ce qu'elle en pense, nous pourrions amender la motion pour que ce soit plutôt les fonctionnaires de Santé Canada qui comparaissent, afin de savoir ce qu'ils en pensent. Je pense que la plupart de nos questions seraient de nature technique et que la ministre nous dirigerait vers les fonctionnaires, de toute façon. Je ne vois pas l'utilité de convoquer la ministre, alors que nous en avons déjà discuté avec elle, mais nous pourrions obtenir des renseignements utiles de la part de Santé Canada et d'autres fonctionnaires concernés.

Seriez-vous prêt à accepter cet amendement favorable?

M. Don Davies: Merci, docteur Eyolfson.

Je suis d'avis qu'en tant que chef du ministère et en tant que personne responsable devant le public canadien, la ministre de la Santé devrait comparaître pour répondre à des questions. Cependant, dans un esprit de coopération, je serais heureux d'accepter l'amendement et acquiescer à un exposé des fonctionnaires du ministère, si c'est la volonté de la majorité.

Le président: J'ai été plutôt surpris de la réaction de la ministre. Elle a tellement insisté, il n'y avait aucune hésitation lorsqu'elle a exprimé son opinion. Je me souviens qu'elle a employé les mots « épouvantable » et « inacceptable ». J'ai été très surpris qu'elle y réponde si rapidement. De toute évidence, elle s'en préoccupe.

Nous avons une proposition modifiée de convoquer des fonctionnaires au sujet de la stérilisation forcée des femmes.

Monsieur Ayoub, vous avez la parole.

• (1035)

[Français]

M. Ramez Ayoub: Merci, monsieur le président.

[Traduction]

J'aimerais faire une brève observation en anglais, si vous me le permettez. Je vais essayer.

Don, d'habitude, je suis très en faveur des amendements que vous proposez, mais pour ce qui est du comité mixte, je suis contre cette idée. C'est très compliqué. Je pense que nous avons notre propre comité, et si nous voulons que cette question fasse l'objet d'une étude, nous pouvons très bien la mener seuls. Cela nous permettra d'avoir une réponse plus rapide. J'appuie aussi l'amendement pour que les fonctionnaires comparaissent devant nous. C'est tout.

M. Don Davies: Monsieur le président, puis-je répondre et clarifier une chose?

Compte tenu de l'ouverture à l'idée de convoquer des fonctionnaires du ministère, je serais heureux de ne pas proposer la motion pour demander une étude conjointe. Nous pourrions peut-être voir comment cela se passe. Je serais heureux de ne pas proposer la motion en ce moment, si cela peut nous aider.

M. John Oliver (Oakville, Lib.): Je tenais aussi à ajouter, à l'instar de tous ceux qui sont ici, autour de la table, que nous trouvons que c'est une pratique horrible. Je pense que la ministre en a parlé en termes assez vigoureux à la Chambre.

Je tiens aussi à informer le Comité que la ministre de la Santé et la ministre des Services aux Autochtones ont écrit à toutes les provinces et à tous les territoires, ainsi qu'à leurs associations médicales respectives, pour leur demander de mettre un terme à cette pratique. Ces lettres sont envoyées.

Je pense aussi qu'il vaudra la peine d'examiner les réponses des provinces et des territoires, ainsi que des associations. Je pense qu'elles constitueraient une partie importante des délibérations du Comité. Par ailleurs, si toutes les compétences sont d'accord pour mettre un terme à la pratique, cela devient en quelque sorte une question réglée.

C'est le seul point que je voulais ajouter à la discussion.

Le président: Monsieur Ouellette, vous avez la parole.

M. Robert-Falcon Ouellette: J'ai plusieurs questions, Don.

Je me demandais si vous connaissiez l'étendue de l'étude que mène actuellement le comité de la condition féminine.

M. Don Davies: Je crois comprendre que, comme nous, ils entendent le témoignage des fonctionnaires du ministère. L'autre renseignement que j'ai est que le comité des affaires autochtones a voté contre cette mesure. Je pense que la seule autre chose qui se fait actuellement est que le comité de la condition féminine a convoqué des fonctionnaires du ministère.

Le président: Monsieur Ouellette, vous avez la parole.

M. Robert-Falcon Ouellette: Est-ce que nous convoquons les mêmes fonctionnaires pour leur poser les mêmes questions? Si les autres comités rencontrent les fonctionnaires du ministère de la Santé et nous rencontrons les fonctionnaires du ministère de la Santé, nous rencontrerons vraisemblablement des gens semblables, qui témoigneront de choses semblables. Ce que je veux dire, c'est que...

Je n'ai aucune objection à ce que le Parlement enquête sur la question, à ce qu'il incite les provinces à agir et à ce qu'il demande à la GRC d'intervenir. Je pense aussi qu'il y a une question de sécurité publique liée à cette situation. Par contre, je me préoccupe du fait que notre temps pourrait mieux servir à faire autre chose que de rencontrer les fonctionnaires. Si un autre comité prévoit faire quelque chose de semblable, ou s'il l'a déjà faite, pourquoi répéterions-nous le même travail? Conclurons-nous autrement? Pensons-nous trouver des réponses différentes en alourdissant la bureaucratie?

Le président: J'aimerais intervenir ici. Nous en parlions à la table d'honneur. Le comité de la condition féminine écoute le témoignage des fonctionnaires du ministère des Services aux Autochtones, pas ceux du ministère de la Santé. Ce sera donc différent.

M. Robert-Falcon Ouellette: D'accord. C'était une interrogation importante, mais tout est clair maintenant.

Le président: Monsieur Lobb, vous avez la parole.

M. Ben Lobb: En plus de tout ce dont les autres membres ont parlé, je me demande également, lorsque quelque chose comme cela arrive, qui a payé la facture? Est-ce Santé Canada qui a payé pour cela? Est-ce le ministère des Affaires autochtones? Ou bien la province? Je constate qu'en Saskatchewan, on a effectué plus de 60 stérilisations. Est-ce la province qui paie pour cela? Le coût n'est pas important, j'essaie seulement de dire qu'il y a certainement quelqu'un qui en est responsable. Est-ce que quelqu'un aurait approuvé, en pleine connaissance de cause, une telle pratique? C'est atroce, et je pense qu'il serait bien qu'un représentant du ministère vienne nous dire s'il peut confirmer que Santé Canada n'était pas impliqué, qu'il n'était pas au courant. Sinon — si, malheureusement, c'est le cas contraire — il serait important de confirmer qu'on était au courant, qu'on l'avait approuvé, et ainsi de suite.

Je ne veux pas dire que cela réglera le problème...

•(1040)

Le président: Je suis certain que vous leur poserez la question lorsqu'ils comparaitront.

M. Ben Lobb: D'accord. En espérant qu'ils seront en mesure d'y répondre.

Le président: Docteur Eyolfson, vous avez la parole.

M. Doug Eyolfson: À ce stade-ci, pourrait-on relire la motion afin de nous entendre sur sa teneur?

Le président: C'est que, conformément à l'article 108(2) du Règlement, le comité invite des fonctionnaires de Santé Canada à fournir des renseignements le plus tôt possible sur la stérilisation forcée de femmes autochtones au Canada.

Monsieur Davies, la parole est à vous.

M. Don Davies: J'aimerais soulever une ou deux questions. Je suis heureux d'apprendre qu'on ait envoyé les lettres disant de mettre un terme à la pratique. Je pense qu'il serait bien d'en avoir des copies. Je ne sais pas si M. Oliver, en tant que secrétaire parlementaire, pourrait obtenir des copies pour le Comité.

Je tiens à dire que je crains qu'il ne suffise pas de demander de mettre un terme à la pratique pour régler la question. Nous savons que selon certaines allégations, on a effectué des stérilisations forcées pas plus tard que l'an dernier. C'est illégal, selon la Cour suprême du Canada. Ce n'est pas suffisant de dire à une province de cesser de faire cela. C'était déjà illégal et on l'a fait quand même. Selon moi, nous devons enquêter pour connaître l'étendue du problème et pour savoir à quelle fréquence cela se fait, à quel point c'est répandu et qui prend ces décisions. Est-ce les fonctionnaires provinciaux qui prennent ces décisions et qui les autorisent ou qui les approuvent? Des politiques fédérales sont-elles impliquées? Qui rendra les comptes?

Une lettre pour demander aux provinces de mettre un terme à la pratique leur rappellerait l'état de la loi, tout en leur disant de ne plus la violer, mais, selon moi, il faut faire beaucoup plus.

Le président: Je vous permets de le dire.

Mme Karin Phillips (attachée de recherche auprès du comité): Je pense qu'il serait utile de distribuer aux membres du Comité — c'est-à-dire de traduire et de leur distribuer — le rapport Boyer et Bartlett, qui résume l'enquête externe sur ce qui est arrivé à Saskatoon. C'est un rapport très utile. C'est très objectif. Il explique aussi certaines choses que... Je pense qu'il faut le distribuer, dans le cadre de cette enquête. Cela vaut la peine de le lire. Il répondra à certaines questions, au début de l'enquête.

Le président: Monsieur Ouellette, vous avez la parole.

M. Robert-Falcon Ouellette: Dans la direction générale de la santé qui a découlé de la restructuration des rapports entre les Autochtones et la Couronne, des services aux Autochtones et des Affaires du Nord, je crois que Santé Canada avait une composante appelée DGSPNI, ou Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, qui a été mutée dans Services aux Autochtones Canada.

Quelle position adopte la DGSPNI? Elle aura sans doute beaucoup de réponses pour nous.

Si nous convoquons les fonctionnaires du ministère de la Santé, ferons-nous peut-être aussi bien de convoquer au moins un fonctionnaire de la DGSPNI pour répondre à nos questions?

Le président: Madame Sidhu, vous avez la parole.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Merci, monsieur le président.

Le comité de la condition féminine a écouté des témoignages de la population autochtone. Ce serait utile pour nous d'obtenir les résultats de ce rapport.

Le président: Je donne la parole à M. Davies.

M. Don Davies: Je me demande si l'on devrait amender la motion encore une fois pour supprimer le mot « autochtone » pour qu'elle parle seulement de « femmes », afin de viser une population aussi vaste que possible. Nous étudierions la stérilisation forcée imposée aux femmes, car selon moi il ne s'agit pas nécessairement uniquement de femmes autochtones.

Pourrions-nous passer cette proposition aux voix?

Si nous pouvons avoir le rapport, nous pourrions le lire pendant la pause et nous pencher de nouveau sur la question en février.

Je profite de l'occasion de souhaiter à tous joyeux Noël et Bonne Année.

La greffière du comité (Madame Marie-Hélène Sauvé): J'ai une brève question à poser. En parlant du rapport du comité de la condition féminine, est-ce que vous voulez dire les témoignages de la séance en particulier?

Le comité aurait entendu ces témoignages hier. S'il crée un rapport, ce ne sera pas pour bientôt.

Je pourrais seulement obtenir les témoignages.

•(1045)

M. Don Davies: Oui, seulement les témoignages.

Et aussi le rapport que l'analyste, Karin, a suggéré.

Le président: Très bien. Passons au vote sur la motion modifiée. Elle ne se limite pas aux femmes autochtones, et elle inclut la convocation des fonctionnaires.

(La motion modifiée est adoptée.)

Le président: Nous allons organiser cela.

Est-ce que cela termine le débat sur cette question?

Nous devons discuter des affaires du Comité, concernant ce que nous allons faire, et où et par quel moyen nous allons voyager.

Nous devons nous réunir à huis clos. Il est 10 h 45. Pouvons-nous nous y mettre?

Ai-je le consentement unanime pour continuer quelques minutes avec les affaires du Comité?

M. Doug Eyolfson: J'invoque le Règlement. Pouvons-nous nous réunir à huis clos pour les affaires du Comité, s'il vous plaît?

Le président: Nous allons nous réunir à huis clos.

Nous prendrons un instant pour vider la salle. Si tout le monde pouvait ramasser ses affaires et partir, nous allons faire cela le plus vite possible.

[La séance se poursuit à huis clos.]

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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