



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA • NUMÉRO 018 • 1<sup>re</sup> SESSION • 42<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mardi 20 septembre 2016**

**Président**

**M. Bill Casey**



## Comité permanent de la santé

Le mardi 20 septembre 2016

• (0850)

[Traduction]

**Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)):** La séance est ouverte. Bienvenue à tous.

Il reste un peu de travaux reportés du Comité. Les témoignages seront un peu retardés.

Monsieur Webber avait déposé une motion à la dernière séance, à laquelle nous avons dû mettre fin en raison de la sonnerie. Depuis, il y a du nouveau sur la motion.

Monsieur Webber pourquoi ne nous déclarez-vous pas vos intentions?

**M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC):** Monsieur le président, comme la plupart d'entre nous se le rappellent, la motion déposée à la dernière séance se lisait comme suit:

Que, conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité étudie immédiatement la question des restrictions imposées actuellement aux homosexuels en ce qui concerne les dons de sang afin de déterminer si l'interdiction de cinq ans est scientifiquement corroborée ou si cette restriction peut être réduite ou éliminée tout en assurant la sûreté du système d'approvisionnement en sang.

Depuis, j'ai eu des conversations avec un certain nombre d'entre vous et j'espère votre appui. Il faut modifier la motion. Cependant, le gouvernement a depuis réduit la restriction de cinq ans à un an, ce qui est une amélioration.

Cependant, la restriction d'un an subsiste. Je voudrais par une étude déterminer si elle est excessive. Est-ce que nous la maintenons ou nous la supprimons? Je sais que Rachael proposerait cette modification.

Vous pourriez peut-être la lire pour nous, Rachael.

**Mme Rachael Harder (Lethbridge, PCC):** L'amendement se lirait comme suit: « Que, conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité entreprenne une étude cet automne sur la question des restrictions imposées actuellement aux homosexuels en ce qui concerne les dons de sang afin de déterminer si l'interdiction actuelle est scientifiquement corroborée ou si cette restriction peut être réduite ou éliminée tout en assurant la sûreté du système d'approvisionnement en sang ».

Les deux modifications sont le remplacement de « étudie immédiatement » par « entreprenne une étude cet automne » et de « l'interdiction actuelle de cinq ans » par « l'interdiction actuelle ».

**M. Len Webber:** Voilà la modification proposée à la motion. Merci Rachael.

J'espère que le Comité donnera son appui. Ce serait un premier pas de franchi.

**Le président:** Quelqu'un veut-il discuter de cette motion?

Monsieur Davies.

**M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD):** Bonjour, monsieur le président. Je tiens à souhaiter la bienvenue à tous les membres du Comité pour la rentrée.

Je pense que cette excellente motion mérite certainement un appui. Les néo-démocrates ont aussi officiellement affirmé qu'ils ne trouvaient pas de base scientifique à la restriction des dons de sang des homosexuels masculins. La décision se fonderait sur la science.

Le hic, cependant, est le moment choisi pour cette motion. M. Webber pourrait-il nous en dire plus sur l'urgence de cette étude.

Nous sommes au beau milieu d'une étude sur l'assurance-médicaments. On nous a communiqué, il y a un certain temps, un plan de travail qui semble nous occuper presque tout l'automne. D'autres motions très importantes nous attendent, notamment sur l'étude des soins à domicile, la santé des Autochtones, la résistance des microbes et d'autres.

Toutes ces motions sont importantes, et celle de M. Webber l'est aussi beaucoup et elle mérite étude, mais je me demande si l'urgence particulière qu'il lui prête nous obligera à modifier le calendrier des travaux du Comité.

• (0855)

**M. Len Webber:** Je comprends le pourquoi de la question. Pour moi, l'étude est urgente. Actuellement, en effet, des patients en attente d'organes non disponibles meurent. Si nous pouvions leur transplanter des organes de donateurs rangés dans la catégorie visée par la restriction, nous pourrions sauver des vies. Je sais, beaucoup d'autres enjeux sont aussi importants — vous en avez évoqué un certain nombre — mais je crois que plus tôt ce sera réglé, plus tôt notre système d'approvisionnement en organes, en tissus et en sang sera plus abondamment alimenté.

Il y a urgence. Au début, je voulais que l'étude se fasse tout de suite. J'ai fait un compromis pour une étude cet automne. Je vois bien que nous avons d'autres chats à fouetter, mais je considère cette étude importante comme à faire le plus tôt possible. Bien sûr, Rachael a proposé la modification pour qu'elle se fasse cet automne.

**M. Darshan Singh Kang (Calgary Skyview, Lib.):** Je pense que M. Webber parle aussi d'organes. Dans la motion, il n'est question que de sang. Voulez-vous modifier la motion pour y inclure aussi les dons d'organes?

**M. Len Webber:** Oui, c'est une bonne question.

**M. Darshan Singh Kang:** La motion modifiée ne parle pas d'organes.

**M. Len Webber:** Oui, c'est vrai. Actuellement, nous nous contenterons du sang. Je continue de parler d'organes et de tissus, parce que c'est la suite logique. J'y crois passionnément et je voudrais en arriver là. Actuellement, concentrons-nous sur les dons de sang et prévoyons cette étude scientifique. Je demande seulement qu'elle dure une séance peut-être, seulement pour obtenir des preuves scientifiques. C'est tout. Ce sera vite fait.

**Le président:** Monsieur Oliver.

**M. John Oliver (Oakville, Lib.):** Je suppose qu'il y a consensus sur le sens de la motion modifiée. C'est seulement une question de temps. Il y aura probablement un temps mort dans la rédaction sur la question de l'assurance-médicaments. Peut-être pourrions-nous demander à notre greffier un projet de calendrier et une estimation du temps nécessaire, pour nous donner un aperçu concret de ce qui s'en vient. Quel est le travail à planifier à cause de la motion? Est-ce pour une ou deux séances?

**Le greffier du comité (M. David Gagnon):** Tout dépend aussi des intentions du Comité pour l'étude sur l'assurance-médicaments. Un plan de travail a été distribué hier. Vous pourrez vouloir en discuter. Quelques séances sont prévues. Il incombe au Comité de décider combien de séances il veut y consacrer.

**M. Len Webber:** Monsieur le président, j'ai examiné le plan de travail des quelques mois à venir. Il semble que nous allons consacrer à cette étude sur l'assurance-médicaments beaucoup de temps. J'ai examiné un certain nombre de séances et je voudrais que nous en discutons — et je suis sûr que nous en discuterons — pour déterminer ce qui est important et qui nous devrions convoquer. Certains témoignages ne sont peut-être pas aussi — je ne dirai pas — « intéressants », ils le sont tous, mais peut-être pouvons-nous comprimer le calendrier pour trouver du temps pour cette étude ou des exposés scientifiques. J'ignore si vous avez vu le tableau des séances prévues, mais je suis certain que nous pouvons faire un peu de place pour cette étude que prévoit la motion que je viens de déposer.

**Le président:** Monsieur Eyolfson.

**M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.):** Je serais d'accord. Cela me semble urgent. Même si nous ne discutons que de sang, l'approvisionnement est toujours, dans le meilleur des cas, précaire, et cela tend à s'amplifier et à s'affaiblir. Ayant été moi-même donneur, je le sais, on m'appelle toujours, parce que le système est toujours à court. Toutes les fins de semaine prolongées voient, vu la circulation routière qu'on observe alors, des sursauts très importants de la demande. On devrait éliminer assez vite tout ce qui limite l'approvisionnement et qui n'est pas scientifiquement fondé. Je pense que c'est dans l'intérêt de tous.

• (0900)

**Le président:** Monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Eh bien je crains de ne pas voir l'urgence de la situation. J'en vois l'importance, mais pas l'urgence. Comme M. Webber vient de le préciser, cette motion ne concerne aucunement les greffes d'organes. Elle concerne les dons de sang.

Je pourrais user du même argument. Nous sommes au beau milieu d'une étude sur l'assurance-médicaments. Je me risque à supposer que des Canadiens mourront, cette semaine probablement, faute d'accès à des médicaments.

Nous avons déjà entendu des témoignages sur les conséquences de la non-adhésion au régime à cause des coûts, et des Canadiens tombent gravement malades faute d'assurance-médicaments. C'est actuellement un problème urgent.

Franchement, les conservateurs ont détenu le pouvoir 10 ans sans rien faire, et le gouvernement actuel a pu examiner le problème et il a choisi de ramener à un an la restriction de cinq ans sur les dons de sang des homosexuels.

L'enjeu est important. Je ne crois pas qu'il soit urgent. Je pense que nous devrions l'examiner. Même si nous étudions le problème, d'ici un mois, par exemple, et que nous y consacrons une séance, ce qui, à propos, n'est pas suffisant, je pense que si nous voulons examiner scientifiquement les faits, nous devons convoquer un certain nombre de spécialistes du domaine: des hématologues et, sinon, la Société canadienne du sang.

Je n'ai pas entendu parler de rapport, écrit ou non, que nous devons peut-être rédiger si vous voulez influencer le ministre. Il faudra plusieurs réunions, à moins que nous voulions seulement soulever un problème politique et tenir une réunion pour la forme.

Si nous voulons vraiment examiner l'existence d'un fondement à ce problème, il faudra le faire avec le sérieux qu'il mérite. Nous aurons probablement besoin de trois ou quatre séances.

Dans ce cas, nous retardons sensiblement le dossier de l'assurance-médicaments. Je ne suis pas sûr qu'on puisse vraiment distinguer l'importance respective de ces enjeux. Encore une fois, l'assurance-médicaments est aussi importante que la restriction visant les homosexuels.

Je recommande vivement l'adoption de la motion, mais je ne suis pas sûr que nous devions prévoir des séances sur la question avant la fin de l'étude sur l'assurance-médicaments.

**Le président:** J'abrège. Il semble y avoir consensus sur la validité de l'enjeu et la nécessité de l'étude.

Pouvons-nous mettre la motion aux voix, après quoi le greffier et la présidence prépareront un calendrier qu'ils déposeront? Pour gagner du temps, pouvons-nous, après avoir mis la motion aux voix, essayer de trouver du temps pour l'étude?

Nos attachés de recherche nous diront d'abord combien de temps, combien de séances il faudra, puis nous nous entendrons.

Monsieur Oliver.

**M. John Oliver:** Je pense que la motion nous oblige à faire l'examen cet automne, parce que c'est dans le libellé de la modification.

Je pense qu'il faut une modification favorable qui, pour supprimer cette obligation, dise de manière générale « le plus tôt possible après la fin de l'étude sur l'assurance-médicaments ».

**Le président:** Êtes-vous d'accord? On s'entend, l'enjeu est important, et il faut s'en occuper, mais il faut choisir le bon moment. Pouvez-vous vous y résigner?

**M. Len Webber:** Pouvons-nous faire commencer l'étude à l'automne, entendre les témoins pendant une séance, pour simplement nous mettre en train. Ensuite, ce sera quand le greffier estimera qu'il convient d'y consacrer d'autres séances?

**Le président:** Des observations pour ou contre cette proposition? Monsieur Eyolfson.

**M. Doug Eyolfson:** Je ne crois pas qu'une séance retardera indûment les autres initiatives. Je pense qu'une séance pour discuter de la question et déterminer nos priorités... Ensuite de la recherche peut être faite, et nous pourrions commencer à convoquer les témoins.

Je suis certainement pour.

• (0905)

**Le président:** Si vous modifiez votre motion à ce sens, nous la mettrons aux voix.

La recherche peut aider, parce que nous sommes pour la plupart ignorants de cette question. Nous avons besoin de temps pour compléter nos connaissances.

Si nous pouvons le faire, nous mettrons la motion aux voix et nous passerons à autre chose. Êtes-vous d'accord?

**Mme Rachael Harder:** Si je pouvais la modifier, au lieu de « entreprenne une étude cet automne », je dirais « lance une étude cet automne ».

**Le président:** Pardon.

**Mme Rachael Harder:** Le libellé actuel est: « Que, conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le comité entreprenne une étude cet automne... ». On remplace « entreprenne » par « lance ».

**Le président:** Parfait. « Lance ». Ça me semble bien, mais je me... Une motion a été déposée.

Monsieur Eyolfson.

**M. Doug Eyolfson:** J'appuie la motion.

**Le président:** D'accord. Merci.

Monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Va pour la motion, mais en étant entendu qu'elle dira autre chose. Nous comprenons qu'une séance sera consacrée à l'audition des témoins, puis que nous continuerons plus tard.

**Le président:** Si nous épuisons nos sujets de discussion, il pourra y en avoir plus d'une, mais la motion dit que nous lancerons l'étude.

**M. Don Davies:** Je sais, mais je tiens à savoir ce sur quoi je vote.

**Le président:** C'est ce dont il s'agit.

**M. Don Davies:** Non. M. Webber a dit que la proposition de M. Oliver était que nous commençons par consacrer une séance au sujet à l'automne. Je tiens à savoir exactement ce sur quoi je vote, parce que l'amendement de Mme Harder n'apporte pas cette précision. La modification dit simplement « lance ». Je suis heureux d'appuyer la motion si elle dit que nous lançons la nécessité d'étudier la question en consacrant une séance à l'audition des témoins, cet automne, puis que nous continuerons à nous réunir selon les souhaits du Comité.

**Le président:** Nous voulons tous en finir.

**M. Don Davies:** Nous avons cette étude sur l'assurance-médicaments avec d'autres motions que le Comité a déjà adoptées. J'avais une motion sur la santé des Autochtones que le Comité a adoptée il y a 10 mois.

**Le président:** Est-ce entendu que « lance » signifie une séance?

**M. Darshan Singh Kang:** L'étude n'aura pas de terme fixe.

**Le président:** À moins de la commencer et de la terminer dans la même séance. C'est possible, mais ça ne se dessine pas comme ça.

Monsieur Eyolfson.

**M. Doug Eyolfson:** J'appuierais la motion s'il y était question d'« une séance ».

**Le président:** D'accord.

**M. Doug Eyolfson:** Comme dans la définition de « lance » signifiant une séance. Si c'était acceptable, si c'est ce que souhaite le groupe, je l'appuierais encore.

**Le président:** Nous n'avons pas à modifier le libellé; le Comité comprend qu'on y consacrerait une séance. D'accord.

**M. Len Webber:** Une séance pour lancer l'étude. Il faudrait peut-être plus d'une séance, mais nous allons lancer l'étude avec une séance pour commencer, à l'automne. D'accord. C'est compris.

**Le président:** Tout le monde s'entend.

D'accord, la motion est mise aux voix.

(La motion est adoptée.)

**Le président:** Il est temps d'accueillir nos invités. Je suis désolé du retard, mais nous devons régler les points laissés en suspens à notre dernière réunion. C'est fait et je crois que nous pouvons maintenant passer à autre chose.

Nous vous avons demandé de préparer un exposé de 10 minutes. Je dois vous prier de vous limiter à cinq minutes, de façon à ce que nous ayons suffisamment de temps pour les questions. De cette manière, tout le monde aura la chance de prendre la parole et de trouver réponse à ses questions. Je ne veux rien manquer, mais vous allez constater que les membres du Comité posent de bonnes questions et vont droit au but.

Nous recevons des représentants du Centre de promotion de la santé dans la rue, des Centres de santé communautaire de Kingston; du Centre de santé communautaire du Centre-ville; et de l'Association des paramédics du Canada; de même que Jane Buxton, professeure, Université de la Colombie-Britannique.

Nous allons commencer par la Dre Meredith MacKenzie, du Centre de promotion de la santé dans la rue. Nous vous écoutons.

**Dre Meredith MacKenzie (médecin, Centre de promotion de la santé dans la rue, Centres de santé communautaire de Kingston):** Bonjour. Merci de m'avoir invitée à discuter avec vous de ce projet de loi.

Il y a plus de deux ans, le Comité a présenté son rapport intitulé *Rôle du gouvernement dans la lutte contre l'abus de médicaments d'ordonnance*. Il recommandait d'envisager une loi prévoyant l'immunité en cas de surdose et demandant à Santé Canada d'examiner le bien-fondé d'une législation fédérale qui exempterait de poursuites criminelles les personnes tentant d'obtenir de l'aide pour elles-mêmes ou pour autrui en cas de surdose. Depuis la présentation des recommandations du Comité, la situation s'est profondément détériorée partout au Canada. Le pays est aujourd'hui le premier consommateur d'opioïdes d'ordonnance au monde. La prise de médicaments d'ordonnance à des fins non médicales est l'un des principaux enjeux de santé publique et les décès par surdose ont atteint un taux épidémique à l'échelle du pays.

En avril 2016, l'administrateur en chef de la santé de la Colombie-Britannique a déclaré l'état d'urgence en santé publique après que 200 personnes ont été victimes de surdoses dans les trois premiers mois de l'année. En juin, la coroner de la Colombie-Britannique a déclaré que les décès par surdose avaient connu une hausse de 75 % en 2016.

La situation n'est guère plus reluisante en Ontario, où le taux de mortalité liée aux opioïdes a augmenté de 463 % de 2000 à 2013. Cela représente un décès toutes les 14 heures. Selon les résultats préliminaires du Bureau du coroner en chef de l'Ontario, les surdoses de fentanyl étaient à l'origine d'un décès sur quatre lié aux opioïdes en 2014. En 13 ans, les décès par surdose d'opioïdes ont atteint des niveaux records, et font deux fois plus de victimes que les accidents de la route.

Le gouvernement a modifié la liste des drogues sur ordonnance afin de rendre accessible la naloxone. Des programmes de « naloxone à emporter » sont en oeuvre dans la plupart des provinces depuis quelques années. Comme vous le savez, la naloxone est un médicament de premiers soins administré en cas de surdose d'opioïdes pour neutraliser une détresse respiratoire mortelle. Les communautés qui offrent de la naloxone et des formations sur la prévention des surdoses enregistrent moins de décès par surdose d'opioïdes.

Nous savons que 85 % des surdoses surviennent en présence d'une autre personne. Les injections de naloxone pour surdoses d'opioïdes, semblables aux injections d'épinéphrine en cas de réaction anaphylactique, sont le plus souvent administrées par des tierces personnes.

Pour survivre à une surdose d'opioïdes, le recours à des soins médicaux est crucial. Plus de 90 % des gens n'hésitent pas à composer le 911 en cas de crise cardiaque. Selon une étude réalisée en Ontario, seulement 46 % des gens ayant subi une surdose d'opioïdes ont composé le 911. L'un des principaux obstacles signalés est la crainte engendrée par la présence des policiers.

Les surdoses d'opioïdes sont des situations d'urgence. Les effets de la naloxone durent de 20 à 90 minutes chez une personne en surdose. La surdose peut réapparaître lorsque les effets se dissipent. L'appel au 911 est crucial à la survie et l'élément central du traitement des surdoses d'opioïdes.

Les services médicaux d'urgence (911) sont particulièrement importants compte tenu de l'arrivée d'opioïdes plus puissants partout au Canada, comme le fentanyl en poudre et d'autres produits analogues. En juin de cette année, une cargaison d'un kilogramme de carfentanil, un tranquillisant pour éléphants, a été saisie à Vancouver par l'Agence des services frontaliers du Canada. Ce médicament est 100 fois plus puissant que le fentanyl. C'est aussi 10 000 fois plus puissant que la morphine, et la cargaison en contenait suffisamment

pour tuer 50 millions de personnes. Le risque de décès augmente énormément si personne ne compose le 911.

Nous constatons de plus en plus une augmentation de substances contaminées dans nos collectivités. Les personnes qui affirment consommer des substances autres que les opioïdes font des surdoses; certaines en sont même mortes parce que le produit qu'elles ont consommé contenait, sans qu'elles le sachent, du fentanyl. À Vancouver, plus tôt ce mois-ci, neuf personnes ont subi une surdose dans un intervalle de vingt minutes après avoir consommé de la cocaïne contenant du fentanyl.

Le meilleur moyen d'encourager les victimes ou les témoins de surdose à obtenir l'aide du 911 est de leur offrir une protection contre des accusations de possession. Selon les données préliminaires d'une étude américaine, 88 % des consommateurs d'opioïdes auront plus tendance à composer le 911 après qu'une loi du bon samaritain aura été mise en oeuvre et qu'ils en auront été informés.

Bon nombre d'organismes appuient l'adoption du projet de loi C-224 dont l'Association médicale canadienne, l'Ontario Medical Association, les Municipal Drug Strategy Coordinators of Ontario, la Coalition canadienne des politiques sur les drogues, et de nombreux conseils de santé et organismes de police partout au Canada. Une pétition parlementaire a recueilli plus de 700 signatures d'un bout à l'autre du pays.

C'est la rentrée scolaire dans les établissements postsecondaires. Les jeunes adultes, dont les lobes frontaux n'ont pas fini de se développer, font parfois des choix douteux, voire dangereux. Ils peuvent se voir offrir des comprimés ou d'autres substances à des fêtes. Ces comprimés semblent inoffensifs puisqu'ils ressemblent à un médicament. Nous avons vu du fentanyl et d'autres drogues insérés dans des comprimés semblables à des médicaments. La contamination de médicaments par des opioïdes ultrapuissants, disponibles dans nos collectivités, est très possible et présente dans ces circonstances. L'entourage composera-t-il le 911 ou craindra-t-il de téléphoner?

•(0910)

En juin dernier, le chef des relations avec les médias de la police de Vancouver, le sergent Brian Montague, a confirmé la position du service de police, c'est-à-dire qu'en cas de surdose, aucun policier n'est dépêché sur place, à moins que sa présence ne soit nécessaire. Il a aussi affirmé que les appels au 911 ne proviennent pas que de consommateurs endurcis. Ils reçoivent aussi des appels de jeunes de 16-17 ans qui en sont à leurs premières expériences avec les drogues.

La police de Vancouver espère que cette nouvelle stratégie incitera les utilisateurs de drogue à ne jamais avoir trop peur d'avoir des ennuis s'ils composent le 911. Le gouvernement a montré sa volonté d'adopter une démarche équilibrée en matière de politiques sur les drogues. Santé Canada a déjà appuyé l'accès à des sites supervisés de consommation comme Insite à Vancouver. Santé Canada a révisé la liste fédérale des médicaments d'ordonnance pour y inscrire la naloxone. Et ce ne sont là que quelques mesures prises par le gouvernement pour neutraliser ce raz-de-marée de décès au Canada.

La catastrophe liée aux décès par surdose d'opioïdes à l'échelle du pays exige le recours à tous les outils possibles. Le projet de loi C-224 à lui seul ne suffira pas à résoudre cette urgence de santé publique, mais il représente un pas en avant essentiel. Nous devons protéger les membres de notre société les plus vulnérables. Nous devons garantir que les gens se sentent en sécurité lorsqu'ils composent le 911. Nous devons aider les Canadiens de toutes nos collectivités à sauver des vies en appelant à l'aide immédiatement, sans craindre que des accusations criminelles ruinent leur avenir. Les Canadiens ont besoin que cette loi soit adoptée maintenant.

Je remercie le Comité de son travail en la matière.

• (0915)

**Le président:** Merci beaucoup. Tout juste dans les temps, c'est parfait.

Notre prochain témoin représente le Centre de santé communautaire du Centre-ville. Il s'agit de Sarah Brown, d'Ottawa.

**Mme Sarah Brown (travailleuse en réduction des méfaits, Centre de santé communautaire du Centre-ville):** Bonjour et merci de l'invitation.

Je sais que vous avez recueilli beaucoup d'information sur les réalités de l'épidémie de surdoses et de la crise des opioïdes au Canada. Je suis ici aujourd'hui pour offrir le point de vue des intervenants de première ligne et pour vous parler de la façon dont le projet de loi C-224 permettrait d'améliorer la santé communautaire.

Je tiens d'abord à implorer le Comité d'entendre ce qu'ont à dire ceux qui sont directement touchés par les surdoses et la criminalisation, et je veux parler du milieu des consommateurs de drogues. Je suis accompagnée aujourd'hui par une de ces personnes, ma collègue, Christine Lalonde. Je travaille aux services de réduction des méfaits du Centre de santé communautaire du Centre-ville, qui est à peine à 10 coins de rue de la Colline du Parlement. Chaque jour, je fournis des articles d'injection et d'inhalation sécuritaires aux utilisateurs de drogues de la ville. En plus de distribuer des fournitures et d'offrir des conseils, de la formation et des services d'aiguillage en matière de santé, je suis là pour écouter et soutenir les utilisateurs de drogues et gagner leur confiance. Parfois, pour ces personnes, je représente le premier et le seul point de contact en fait de soins de santé.

Presque tous ceux à qui je parle de surdose ont eu à composer avec cette réalité. Ils ont peut-être eux-mêmes été victimes d'une surdose ou en ont été témoins. J'ai travaillé avec des gens qui sont décédés d'une surdose dans un parc d'Ottawa, qui ont été ressuscités après avoir fait une surdose dans les toilettes d'un centre commercial, ou encore qui ont vu de leurs camarades en mourir à la maison. Les membres de cette communauté continuent à avoir peur de composer le 911 en cas de surdose. Ils le font dans moins de la moitié des cas, selon Santé publique Ottawa, et ils s'abstiennent par crainte d'avoir affaire à la police, d'être arrêtés ou d'être jugés responsables. D'après ce qu'on nous rapporte, les personnes qui font appel au 911 subissent souvent un lourd interrogatoire de la part de la police et sont traitées en suspects, plutôt qu'être félicitées pour leur présence d'esprit.

Quelqu'un qui se frotte régulièrement aux forces de l'ordre et au système de justice criminel peut être réticent à faire appel à la police en cas de surdose. Les antécédents judiciaires d'une personne ont tendance à teinter la perception des policiers. Un homme avec qui je travaille a une longue histoire avec la police d'Ottawa, et il a donné comme directive à son partenaire de ne pas composer le 911 s'il devait faire une surdose. Il sait qu'il devra faire face à des accusations si cela se produit. À sa dernière surdose, son partenaire a couru à la caserne de pompiers la plus près pour avoir de l'aide, en

les implorant de ne pas appeler la police. La criminalisation a des répercussions sur la santé communautaire. Les utilisateurs de drogues sont extrêmement stigmatisés dans notre culture. Ils sont souvent jugés pour leur comportement et beaucoup de gens estiment qu'ils ne méritent pas de recevoir des soins. Cette stigmatisation s'insinue dans le milieu de la santé et elle influence la décision des gens d'aller chercher des soins, qu'il s'agisse de consulter leur médecin ou de composer le 911 en cas de surdose. Si notre système judiciaire et nos forces de l'ordre doivent changer d'attitude à l'égard des consommateurs de drogues, c'est aussi vrai pour l'ensemble des Canadiens. Le projet de loi C-224 fait échec à la criminalisation et à la stigmatisation en priorisant la santé et la sécurité publiques dans les situations de surdose.

Il existe bien des politiques que vous, les décideurs, pouvez mettre en place pour remédier à la crise des opioïdes au Canada. Vous pouvez notamment décriminaliser l'utilisation de toutes les drogues, soutenir l'élargissement des services d'utilisation supervisée et des programmes de naloxone à emporter, et favoriser l'accès aux traitements des dépendances à la drogue et à l'alcool, aux traitements de substitution aux opioïdes, et à la marijuana à des fins médicales. La Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose n'est qu'une des nombreuses stratégies dont le pays a désespérément besoin pour répondre à la crise qui secoue actuellement le milieu de la santé publique.

À l'instar de certains des témoins précédents et des membres du Comité, je crois que l'immunité prévue par le projet de loi ne devrait pas s'appliquer qu'à la possession. Je soutiens néanmoins ce projet de loi et je félicite le député McKinnon de l'avoir proposé et d'utiliser son statut pour améliorer le sort des utilisateurs de drogues. Le projet de loi C-224 est une stratégie de réduction des méfaits, et votre comité a l'influence voulue pour le faire adopter. La réduction des méfaits se définit couramment par toute mesure qui favorise la sécurité et qui s'avère un pas dans la bonne direction. Le projet de loi C-224 est un pas vers une sécurité accrue.

Merci.

• (0920)

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous entendrons maintenant Jane Buxton, professeure à l'Université de la Colombie-Britannique.

**Dre Jane Buxton (professeure, University of British Columbia; épidémiologiste et responsable de la réduction des méfaits, Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique, À titre personnel):** Merci de me donner l'occasion de discuter avec vous aujourd'hui. Je suis médecin en santé publique et professeure à l'École de la santé publique et des populations. Je suis également responsable de la réduction des méfaits au Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique.

J'aimerais vous présenter des données sur l'épidémie de surdoses en Colombie-Britannique et l'importance de composer le 911.

Le Drug Overdose and Alert Partnership de la Colombie-Britannique a été établi en réponse à la hausse des décès résultant de surdoses de drogues illicites en 2011. Ses membres sont des responsables de l'application des lois sur la santé, des services d'urgence, des coroners, des chercheurs et des personnes au vécu pertinent. Son objectif est de coordonner les communications et les initiatives afin d'assurer une alerte et une intervention rapides en cas de problèmes impliquant des drogues illicites.

Le programme de naloxone à emporter de la Colombie-Britannique a été mis en place en 2012; il offre de la formation en matière de surdose et d'utilisation de naloxone aux gens de la collectivité. On vise ainsi à permettre à des témoins d'administrer de la naloxone en attendant l'arrivée des services médicaux d'urgence. On nous a depuis rapporté que plus de 2 000 surdoses avaient pu ainsi être évitées.

Le Canada connaît une épidémie de surdoses aux opioïdes. En avril 2016, la Colombie-Britannique a déclaré l'état d'urgence en matière de santé publique en raison de la flambée de surdoses aux opioïdes. En 2015, on a enregistré 505 décès attribuables à une surdose aux opioïdes, un nombre record. Et au cours des sept premiers mois de 2016, il y a eu 433 décès. Nous sommes en voie d'atteindre les 750 décès pour l'année en cours.

La proportion de victimes chez qui on a détecté du fentanyl est passée de 5 % en 2012 à 30 % en 2015, et à un nombre effarant de 62 % à ce jour en 2016. Le fentanyl se retrouve aussi de plus en plus en Alberta et à l'échelle du Canada. Le fentanyl est un opioïde synthétique souvent décrit comme une substance 80 fois plus puissante que la morphine. Dans un marché non réglementé, rien ne contrôle la quantité ni la dose de fentanyl contenues dans les drogues illicites. Le laboratoire de Santé Canada a découvert du fentanyl pur dans de la poudre vendue comme de l'héroïne, de même que diverses concentrations, parfois fatales, de fentanyl contenues dans de faux comprimés d'OxyContin.

Même si certaines personnes consomment ou cherchent à obtenir volontairement du fentanyl, nombreuses sont celles qui ignorent en avoir consommé. Dans une étude menée en Colombie-Britannique l'an dernier, nous avons constaté que près des trois quarts des sujets chez qui les prélèvements d'urine avaient révélé la présence de fentanyl ignoraient qu'ils en avaient consommé.

Lors d'une surdose aux opioïdes, la respiration se fait lente et la personne perd connaissance. Le manque d'oxygène au cerveau, même bref, peut causer des dommages au cerveau et entraîner la mort. Une surdose au fentanyl survient beaucoup plus rapidement que pour les autres opioïdes. Comme cela a été dit, les effets de la naloxone se dissipent après 20 minutes, et la forte concentration de fentanyl contenue dans les drogues nécessite l'administration de doses importantes de naloxone et souvent plus d'une. Il est vital de rétablir la respiration le plus rapidement possible et de faire appel immédiatement à des professionnels.

Les personnes qui administrent de la naloxone en Colombie-Britannique doivent remplir un formulaire. Le programme insiste sur l'importance de composer le 911, et même si le pourcentage d'appels a augmenté au fil du temps, en 2015, encore 30 % des personnes étant intervenues lors d'une surdose n'ont pas fait appel au 911. Cela varie par région. À Vancouver, environ 82 % des gens le font, mais en périphérie, c'est moins de 60 %. L'écart d'une région à l'autre peut s'expliquer par les interactions passées avec les forces de l'ordre et les politiques connexes, de même que par l'influence d'autres témoins.

Les membres des forces de l'ordre qui font partie du Drug Overdose and Alert Partnership ont indiqué que la plupart des policiers ne procéderaient pas à une arrestation pour simple possession de drogues en Colombie-Britannique, mais ce n'est peut-être pas le cas dans toutes les provinces. Une loi sur le bon samaritain permettrait d'uniformiser les pratiques dans l'ensemble du pays.

Nous avons également constaté que les gens sont 10 fois plus susceptibles de composer le 911 si la surdose survient dans la rue

plutôt que dans une résidence privée. C'est peut-être parce qu'ils craignent que la résidence soit identifiée et veulent pouvoir fuir facilement la scène si la police s'y présente.

Afin de connaître les raisons pour lesquelles les gens évitent de composer le 911, nous avons interrogé 20 participants à un programme de naloxone. Ils nous ont parlé de ce qui retenait les gens de faire appel aux services d'urgence lors d'une surdose. Ils ont entre autres peur d'être arrêtés pour activités illicites, comme possession de drogue, bris de probation ou de liberté conditionnelle, ou mandats non exécutés. On nous a rapporté que les policiers demandaient à tous ceux présents sur la scène de s'identifier pour faire des vérifications dans la base de données de la police.

● (0925)

Nous avons aussi entendu des cas de personnes faisant une surdose qu'on avait traînées dans l'escalier jusqu'à la rue avant d'appeler le 911; les gens appelaient le 911 puis disparaissaient des lieux plutôt que de rester avec la victime de surdose jusqu'à l'arrivée des premiers répondants.

Selon une étude de la National Conference of State Legislatures des États-Unis, 37 États ont adopté des lois garantissant l'immunité au bon samaritain ou à la personne qui compose le 911, en cas de violation des conditions de surveillance dans la collectivité ou d'infraction comme le trafic de drogue de bas niveau. Cependant, un sondage mené récemment auprès de jeunes adultes au Rhode Island a révélé que moins de la moitié d'entre eux étaient au fait de la loi du bon samaritain.

Si le projet de loi C-224 est adopté, il est important de bien communiquer cela à l'ensemble des personnes qui risquent de se trouver en présence de victimes de surdoses ou d'en être elles-mêmes victimes. Il faudra diffuser l'information différemment aux jeunes qui font l'essai des drogues et qui ont peur d'être arrêtés et aux parents, par rapport aux personnes qui souffrent de troubles liés à des substances.

En résumé, la prévalence du fentanyl augmente, parmi les drogues illégales. L'effet du fentanyl est rapide et de longue durée, et les surdoses peuvent exiger l'administration de doses importantes et répétées de naloxone. Par conséquent, il est impérieux de composer le 911 pour que la personne obtienne rapidement l'aide professionnelle nécessaire. Il semble bien que la crainte d'une arrestation ait un effet dissuasif, mais que les personnes qui se savent immunisées par des dispositions législatives protégeant le bon samaritain composent plus vraisemblablement le 911. Si l'on étend la portée de l'immunité prévue dans le projet de loi C-224 de sorte qu'elle ne se limite pas à la possession simple, mais qu'elle englobe la violation des conditions de surveillance, le taux d'appels au 911 pourrait augmenter, ce qui préviendrait les dommages au cerveau et les pertes de vie.

Je vous remercie de votre attention.

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous avons maintenant M. Pierre Poirier, de l'Association des paramédics du Canada.

**M. Pierre Poirier (directeur général, Association des paramédics du Canada):** Bonjour. Je vous remercie de me donner l'occasion de témoigner. Je suis Pierre Poirier, directeur général de l'Association des paramédics du Canada.

Il y a environ 40 000 paramédicaux au pays, et nous répondons à près de trois millions d'appels par année. Je signale qu'il y a différentes classifications ou désignations de paramédicaux, selon les diverses pratiques. C'est un détail important dont je vais parler plus tard.



L'Association des paramédics du Canada soutient pleinement le projet de loi C-224, bien que nous ayons des préoccupations au sujet de son application ou de la mesure dans laquelle il permet de sauver des vies rapidement, conformément à son intention.

J'ai relevé des extraits d'autres témoignages et analysé certains propos.

Les décès causés par des surdoses d'opioïdes peuvent être évités grâce à une intervention rapide. La loi sur le bon samaritain compte parmi les éléments d'une approche globale de santé publique en matière de surdose dans le cadre d'un paradigme de réduction des préjudices. Nous devons améliorer l'intervention communautaire au Canada pour réagir globalement à la mortalité par surdose. L'intervention communautaire doit se faire dans le cadre d'une approche globale.

Il faut effectivement rendre la naloxone disponible. Administrons la naloxone aux victimes de surdose rapidement, parce que les secondes comptent. Coordonnons le système de soins de santé en fonction de cet important problème — et ce que je vais dire est un élément important — compte tenu de l'harmonisation d'une initiative fédérale au mandat provincial visant le système de soins de santé et en fonction de la façon dont nous abordons les soins de santé.

C'est un élément important auquel je veux consacrer quelques secondes. Je dois admettre que le changement est rapide, mais je pense quand même que nous ne nous attaquons pas assez rapidement à ce problème. Les paramédicaux répondent régulièrement à des incidents impliquant une personne faisant une surdose. Nous fournissons des soins médicaux. C'est une question de vie ou de mort.

Je vais vous expliquer comment un patient est traité. Quelqu'un compose le 911, et on demande aux paramédicaux de se rendre sur les lieux. On demande souvent à la police d'être là pour assurer la sécurité. Avec le système de triage, et puisque c'est le paramédical qui est appelé en cas d'urgence médicale, sans que la police soit systématiquement appelée à intervenir, je crois que c'est un élément important.

Le paramédical évalue le patient et détermine qu'il s'agit d'une surdose. C'est l'élément important: souvent, le paramédical doit appeler un médecin pour obtenir la permission d'administrer la naloxone, et souvent, des paramédicaux n'ont pas la permission d'administrer ce médicament, au Canada. C'est une distinction importante. Nous avons une loi qui traite de la question du bon samaritain et qui aborde la situation du point de vue de la santé publique, mais il faudrait aussi reconnaître que la personne qui administre les soins peut ne pas avoir le droit de poser les actes qui sont réellement voulus ou qui peuvent sauver des vies. C'est un problème important.

Voilà le problème. J'ai indiqué précédemment que les secondes comptent, puisque c'est une question de vie ou de mort. Dans les circonstances que j'ai décrites, les paramédicaux n'ont peut-être pas la permission d'administrer la naloxone. Cela peut se produire en Saskatchewan, en Ontario, en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve.

De plus, s'ils ont la permission... Ils peuvent être obligés de faire un appel pour obtenir la permission d'en administrer. Un paramédical qui administre le médicament sans permission s'expose à des mesures disciplinaires imposées par le système de soins de santé ou par l'agence de réglementation dont il relève. C'est un problème important.

Donc, d'un côté, nous aurions des dispositions législatives qui soutiennent l'administration des soins nécessaires, mais en même

temps, le paramédical qui arrive sur les lieux ne peut avoir cette permission. Comment résoudre cela? Il y a quelques solutions.

Je dois admettre que je ne connais pas bien toutes les nuances de la Liste des drogues sur ordonnance et des liens qu'elle a avec la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, mais si nous retirions la naloxone de l'annexe I de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, cela pourrait aider.

Il y a la question de savoir s'il y a vraiment lieu de laisser la naloxone dans l'annexe I. Je pense qu'il y a d'importantes leçons à tirer. Les paramédicaux posent souvent des actes médicaux délégués ou des actes répondant à cette description. Après 40 années d'expérience avec les DEA — les défibrillateurs externes automatisés —, nous en sommes arrivés à un point où nous les avons rendus accessibles au public, mais nous avons retiré la désignation selon laquelle ils font l'objet d'un acte médical délégué, ce qui a été d'un grand bien pour la collectivité et pour les dispensateurs de soins.

● (0930)

Je ne suis pas convaincu qu'on peut estimer que le projet de loi C-224 s'applique à tous les Canadiens, et cela constituerait une motivation, car si vous regardez la loi sur le bon samaritain, en cas de rémunération, il n'y a plus d'indemnité. Les paramédicaux dans l'exercice de leurs tâches sont réputés fournir un service et, donc, être rémunérés pour fournir ce service; ils ne sont donc pas immunisés par la loi sur le bon samaritain. C'est problématique, et je pense que cela peut être résolu.

Enfin, nous devrions envisager d'autres applications du médicament et explorer la possibilité de fournir la naloxone un peu comme on le fait pour l'EpiPen. Il n'est pas nécessaire de le fournir sous forme de médicament à injecter; ce pourrait être un pulvérisateur nasal ou autre chose. Il ne serait pas nécessaire que ce soit un acte médical délégué, et il s'agirait d'une façon plus simple, plus accessible et plus facile de fournir un service à notre collectivité.

Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de prendre la parole devant vous aujourd'hui.

**Le président:** Je tiens à vous remercier tous de vos exposés. Vous vivez tous une réalité que nous ne connaissons pas. Je vous félicite du travail que vous faites, et je vous en remercie. Je ne peux qu'imaginer ce qu'est une journée de travail pour des gens comme vous. Je vous remercie de votre contribution. Vous nous avez déjà beaucoup enseigné.

Nous allons amorcer les questions avec Mme Sidhu.

**Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.):** Merci, mesdames et messieurs, d'être venus aujourd'hui et de nous avoir présenté vos témoignages d'experts sur cette question importante. C'est vraiment édifiant. Ma question s'adresse à tous les témoins.

Pouvez-vous nous dire quelles sont les preuves qui existent, s'il en est, au sujet des témoins de surdoses qui ne demandent pas d'aide médicale par crainte d'être poursuivis?

Nous pouvons commencer par M. Poirier.

**M. Pierre Poirier:** Je pense qu'on a dit précédemment que c'est pour environ la moitié des appels d'urgence, et les paramédicaux répondent probablement à 3 millions d'appels à l'échelle du pays. Je n'ai pas le nombre de cas de surdose. Nous n'avons pas ces données, mais comme on l'a dit plus tôt, la moitié des appels visent des situations où des gens n'ont pas appelé par crainte d'être accusés d'une infraction liée à une surdose.

• (0935)

**Mme Sonia Sidhu:** Certains États américains ont des lois semblables au projet de loi C-224. Connaissez-vous d'autres endroits ou territoires ayant des lois semblables? Pouvez-vous mentionner certaines lois? Sont-elles très différentes du projet de loi C-224?

**Dre Jane Buxton:** Comme je l'ai dit, 37 États américains ont des dispositions visant le bon samaritain ou l'immunité concernant les infractions en matière de drogue, en cas d'appel au 911, parfois pour du trafic de bas niveau, et souvent pour les infractions en matière de surveillance. Un sondage mené dans l'État de Washington a donné des résultats clairs: la grande majorité des répondants — 88 % de personnes utilisant des opioïdes — ont indiqué qu'ils risquaient plus de composer le 911 en cas de surdose, à l'avenir, sachant que ces dispositions existent. Il faut cependant s'assurer que les gens sont au fait des dispositions visant le bon samaritain, et je pense qu'il faut se concentrer là-dessus.

**Mme Sonia Sidhu:** Sarah Brown, y a-t-il des preuves, ailleurs, de l'augmentation des signalements de surdoses là où il existe des dispositions visant le bon samaritain? Ces lois changent-elles quelque chose?

**Mme Sarah Brown:** Je ne sais pas vraiment si elles changent quelque chose dans d'autres collectivités. Je peux parler de notre collectivité. Je pense que cela changerait les choses dans notre ville. Oui, je pense que davantage de gens appelleraient s'ils savaient qu'ils ne risquaient pas d'accusation pour possession.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

Quand Donald MacPherson, de la Pivot Legal Society, est venu témoigner devant le Comité en juin, il a parlé de la façon dont ces lois et politiques devraient chercher à restreindre la présence policière en cas d'appels relatifs à des surdoses. Il a dit que la police ne devrait intervenir que s'il y a des problèmes de sécurité publique.

Diriez-vous aussi que restreindre la présence policière en cas d'appels de routine, pour des surdoses, aurait l'effet voulu par le projet de loi C-224?

**Dre Jane Buxton:** Chose certaine, depuis environ 10 ans, la police de Vancouver ne se rend pas systématiquement sur les lieux des surdoses. Manifestement, il y a des cas où la police est présente parce qu'il y a eu décès, parce que la situation peut être violente ou que la sécurité des répondants et des policiers est en jeu. Comme je l'ai dit, à Vancouver, selon notre étude, 82 % des témoins d'une surdose ont effectivement composé le 911, par rapport à un maximum de 60 % dans d'autres régions. Je pense que cela a changé les choses.

Les services de santé d'urgence de la Colombie-Britannique ont adopté en juin une nouvelle politique selon laquelle ils n'informent les forces policières que dans certaines circonstances, dont celles que j'ai mentionnées, mais aussi si l'on croit à un risque de terrorisme chimique, biologique ou radiologique — des choses de ce genre —, ou à une tentative de suicide.

**Mme Sonia Sidhu:** Selon la définition de « surdose » du projet de loi, une personne raisonnable estimerait que la situation exige l'intervention de toute urgence de professionnels de la santé ou d'agents d'application de la loi. Étant donné que, dans les circonstances dont traite le projet de loi C-224, les personnes risquent d'avoir les capacités affaiblies par la drogue ou l'alcool, est-ce que la norme de la personne raisonnable qui s'applique à la définition pourrait poser problème? Veuillez nous expliquer pourquoi, ou pourquoi pas.

Ma question s'adresse à Dre Buxton.

**Dre Jane Buxton:** Je sais qu'une surdose, c'est quand une personne a plus que ce que son corps peut tolérer. Nous savons que, souvent, la surdose n'est pas causée par une seule substance, et que la prise de substances peut être intentionnelle ou pas.

Nous savons que les gens peuvent répondre et que, si elles ont un plan, on peut contacter les services d'urgence. Les gens peuvent réagir et utiliser la naloxone très efficacement, en tant que témoins. Nous savons très bien que les personnes qui vivent une situation peuvent composer le 911, et cela change bien des choses.

• (0940)

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

**Le président:** Monsieur Carrie.

**M. Colin Carrie (Oshawa, PCC):** Je veux remercier toutes les personnes présentes, car c'est un projet de loi d'une très grande importance. Je remercie les témoins de leur présence aujourd'hui, car il est essentiel que nous travaillions tous ensemble à lutter contre les surdoses et à sauver les vies des personnes qui se sont égarées ou, comme on l'a dit, qui ne font qu'essayer.

Je remercie M. Poirier d'avoir signalé une lacune, un oubli de notre part concernant les paramédicaux qui, comme vous l'avez signalé, monsieur Poirier, sont les personnes au front. Nous avons le secrétaire parlementaire qui assure la supervision du comité, et nous avons aussi la chance d'avoir un médecin en cas d'urgence.

S'il y a un changement que nous pouvons apporter à la réglementation pour faciliter votre travail sur le terrain sans mettre vos membres dans des situations où ils courent des risques en sauvant une vie, nous pouvons tous soutenir cela. Merci de nous l'avoir signalé.

Je vous remercie aussi d'avoir souligné que le projet de loi est vraiment important, mais qu'il n'est qu'un élément d'une approche complète et coordonnée avec nos provinces et territoires. Je vous remercie des suggestions positives que vous avez faites en vue d'améliorer le projet de loi.

Nous ne pouvons ignorer le grand problème lié aux surdoses, soit que rien n'est prévu. Vous avez mentionné la prévention. Il ne semble pas y avoir grand-chose pour prévenir les surdoses. Nous vivons cette crise. Nous regardons les Canadiens qui, comme on l'a indiqué, sont premiers dans le monde concernant les opioïdes. Il faut faire quelque chose.

Nous pouvons aider les toxicomanes en fournissant des seringues ou de l'héroïne, mais cela ne règle en rien le problème.

J'aimerais citer un extrait de la stratégie de l'International Task Force on Strategic Drug Policy:

Nous nous opposons aux prétendues stratégies de réduction des méfaits comme paramètres favorisant la fausse perception qui veut qu'il y ait une façon sûre ou responsable de consommer des drogues, c'est-à-dire des stratégies dont le but premier est de permettre aux consommateurs de drogue de continuer d'avoir des comportements axés sur la dépendance, des comportements destructeurs et compulsifs, en les leurrant sur les risques de la consommation de certaines drogues et en ignorant d'autres risques.

Il ne faut pas oublier que la dépendance est une maladie qui peut être traitée et, en fait, guérie. Les projets de loi comme celui-ci sont un pas dans la bonne direction. Les gouvernements en font encore peu pour aider à traiter la toxicomanie, et il faut se pencher là-dessus.

Ceci étant dit, j'ai des questions à vous poser. Je commencerai peut-être par M. Poirier.

Quand il se produit une surdose, qui diriez-vous que vos membres voient? Qui risque davantage d'appeler à l'aide? Est-ce le grand consommateur de drogue? La personne qui lutte contre la dépendance ou qui sait ce que c'est que d'être victime d'une surdose? Ou est-ce simplement une personne qui se trouve là? Qui voyez-vous comme les principales personnes qui vous appellent?

**M. Pierre Poirier:** La plupart du temps, c'est un témoin ou une personne qui se trouve près de là. Les scénarios sont divers, mais parfois, c'est un proche de la personne. C'est le principal scénario. Le scénario suivant est celui du témoin qui constate qu'une personne est inconsciente ou sans réaction. C'est la terminologie que nous employons. Il s'agirait des deux désignations ou catégories de personnes qui nous appellent habituellement: un témoin ou un membre de la famille ou un proche.

**M. Colin Carrie:** Recevez-vous beaucoup d'appels maintenant de la part de personnes qui sont simplement à une fête, et soudainement, on vous appelle?

**M. Pierre Poirier:** Oui.

**M. Colin Carrie:** Si le projet de loi est adopté, je crois qu'il faudrait informer le grand public pour qu'il produise l'effet voulu. Comment pensez-vous que cela devrait être communiqué aux citoyens pour que le projet de loi produise l'effet voulu?

**M. Pierre Poirier:** C'est une question difficile. Je crois qu'il faut absolument qu'une stratégie de communication soit adoptée à l'échelle nationale, car c'est vraiment une épidémie. Le milieu de la santé l'a reconnu il y a au moins cinq ans. Les dispositions législatives représentent du rattrapage.

Sans faire la promotion de l'usage de drogues ou de l'abus de drogues, je pense qu'il faut absolument que cela soit généralement diffusé dans le cadre d'une stratégie nationale visant cette question, à n'en pas douter.

**M. Colin Carrie:** Nous sommes également préoccupés par le fait qu'on ne veuille pas offrir un faux sentiment de sécurité. En d'autres termes, les gens pensent que s'ils font une surdose, ils pourront bénéficier du traitement que nous avons. À mon avis, la communication sera extrêmement importante lorsqu'on met en application ce type de stratégies.

Vous avez dit qu'il y a une faille ou un problème inhérent dans le projet de loi. Nous avons également entendu M. Paul Saint-Denis, avocat-conseil de la Section de la politique en matière de droit pénal du ministère de la Justice, qui a indiqué au Comité que le ministère de la Justice aurait rédigé le projet de loi d'une autre façon. Voici ce qu'il a dit:

Le projet de loi est rédigé d'une manière particulière, car il demande à la police de ne pas porter d'accusations, ce qui n'est pas quelque chose que nous ferions habituellement dans les lois pénales.

Nous suggérons plutôt, si nous le rédigeons — s'il s'agissait d'un projet de loi du gouvernement —, que la personne qui répond aux critères ne soit pas coupable d'avoir commis une infraction au lieu de dire que la police ne doit pas porter d'accusations. C'est pour deux raisons. Premièrement, ce n'est pas ainsi que nous rédigeons habituellement les lois. Deuxièmement, nous essayons d'imposer le pouvoir discrétionnaire de la police ou de le restreindre le plus possible.

À votre avis, devrait-on modifier le projet de loi pour qu'il se conforme aux consignes décrites par M. Saint-Denis? Pourquoi ou pourquoi pas, le cas échéant? Pouvez-vous vous prononcer là-dessus?

● (0945)

**M. Pierre Poirier:** Encore une fois, c'est une question complexe.

Du point de vue des ambulanciers, nous sommes toujours aux prises avec la sécurité du public et les modèles de soins de santé.

Nous sommes avant tout, et de façon absolue, les défenseurs du patient que nous soignons. Admettons que quelqu'un qui se trouve sur les lieux a bu et veut prendre le volant. L'ambulancier est tenu de l'en empêcher, et peut à ce moment-là téléphoner à la police pour ce faire.

En ce qui concerne le scénario selon lequel quelqu'un participe à une « activité criminelle », il crée le même genre de problème d'éthique pour les ambulanciers, mais en règle générale, les ambulanciers doivent d'abord penser au patient et à ses besoins.

Pour répondre à votre question, je ne suis pas en mesure de me prononcer sur la façon de rédiger le projet de loi. Je vous dirais tout simplement que nous devrions en faire la promotion de la meilleure façon possible afin de reconnaître, dans sa version finale, la protection juridique des prestataires de soins de santé.

**M. Colin Carrie:** Merci.

**Le président:** Monsieur Davies, allez-y.

**M. Don Davies:** Merci à tous les témoins d'être venus aujourd'hui.

Je viens de la Colombie-Britannique et je suis le député d'une circonscription de Vancouver. Dans notre province, le Dr Perry Kendall a déclaré que les surdoses d'opiacés constituaient une urgence en matière de santé publique. Je crois qu'on s'attend à ce que 800 personnes en meurent cette année en Colombie-Britannique. Cela représente plus de gens que ceux qui mourront dans des accidents de voiture. On estime que 2 000 personnes mourront au Canada cette année de surdoses d'opiacés. Nous sommes confrontés à une crise qui n'est pas traitée avec la gravité qu'elle ne mérite.

Je suis pour ce projet de loi, qui a comme objectif de sauver des vies. On veut ainsi encourager les gens qui sont présents lorsqu'il y a consommation de drogue et surdose à composer le 911 et enlever tous les empêchements possibles. Je voterai donc en faveur de ce projet de loi pour ces raisons.

De plus, et là je vais me faire l'avocat du diable, si nous voulons vraiment traiter cette situation comme une crise, je crois qu'il nous incombe tous, comme législateurs, d'adopter un projet de loi qui sera aussi efficace que possible. Ce que je vais tenter de déterminer, c'est si ce projet de loi pourra nous permettre de réaliser ce que nous voulons, et si nous pouvons et devrions en faire plus.

Je vais vous lire un court extrait d'une lettre du chef adjoint Mike Serr, qui est le président du Comité sur l'abus des drogues de l'Association canadienne des chefs de police. Il a dit que ce qui suit:

En consultant les gens qui travaillent dans le domaine de la toxicomanie, nous avons appris que les prémisses sur lesquelles repose le projet de loi ne sont peut-être pas exactes.

Ainsi, lors d'une visite récente dans le quartier East Side de Vancouver, le personnel d'INSITE... a dû répondre à une question, à savoir si les clients avaient peur d'appeler la police. Le personnel a répondu que la réticence à appeler la police se fondait sur des mandats d'arrêt en vigueur ou la peur de violer des conditions imposées par les tribunaux, et non pas la peur d'être accusés de simple possession de drogue.

Docteur Buxton, dans un article paru dans *The Province* le 29 mai, vous êtes citée comme suit:

« ... les gens n'ont pas peur de se faire arrêter pour la possession... c'est plutôt que si la police arrive, elle pourrait à ce moment-là faire passer les noms des gens présents dans le système et trouver que ces gens ont violé les conditions de leur probation ou encore font l'objet d'un mandat d'arrêt. »

Enfin, docteur MacKenzie, si j'ai bien compris votre témoignage, vous avez dit que ce n'est pas parce que les gens craignent l'intervention de la police qu'ils ne composent pas le 911.

Ma question est donc la suivante. Si nous voulons réellement encourager les gens à téléphoner à la police lorsqu'ils constatent la consommation de drogue, et ce projet de loi accorde uniquement une protection contre les accusations de possession de drogue, pourquoi, bonté divine, nous ne saisissons pas la possibilité maintenant pour étendre la portée du projet de loi afin d'y inclure une liste plus longue de chefs d'accusation, en accordant l'immunité par rapport à un mandat d'arrêt ou la violation des conditions de probation concernant la consommation de drogue? Êtes-vous d'accord avec moi que nous aurions ainsi un effet plus profond et plus immédiat? Est-ce nécessaire?

• (0950)

**Mme Sarah Brown:** Oui, je serais d'accord. Je crois également que le fait que la police ne soit pas appelée pour les surdoses... Il faudra apporter de nombreuses modifications avant que les gens se sentent à l'aise de composer le 911 tout le temps.

On pourrait accorder une plus grande immunité. Je comprends que les législateurs agissent lentement et avec précaution en ce qui concerne la santé, et notamment la santé des gens qui consomment de la drogue. Je suis heureuse que l'on prenne une mesure dans ce sens.

Je suis d'accord avec vous, monsieur Davies. Je crois que l'on pourrait étendre l'immunité accordée par le projet de loi et à ce moment-là, plus de gens composeraient le 911.

**M. Don Davies:** Docteur Buxton, souhaitez-vous intervenir?

**Dre Jane Buxton:** Oui, je suis tout à fait d'accord. Dans le cadre de nos recherches, nous avons entendu que c'est un problème de mandats d'arrêt et de violation des conditions de liberté conditionnelle et de probation. De toute évidence, il serait difficile d'accorder une immunité totale pour ce qui est des mandats d'arrêt, et ce ne serait pas recommandé, mais en ce qui concerne l'immunité pour consommation de drogue, ce serait tout à fait utile.

**M. Don Davies:** Docteur MacKenzie.

**Dre Meredith MacKenzie:** Oui, je suis d'accord avec toutes les préoccupations que vous avez soulevées.

Ce qui m'inquiète, c'est que cela pourrait ralentir le projet de loi et renverser les progrès. Je ne suis pas en mesure de formuler un avis juridique pertinent, mais est-il possible de progresser avec le libellé actuel et de le modifier plus tard? Je crois que si nous revenons là-dessus, comme l'a dit Sarah, la rédaction d'un libellé approprié pourrait prendre beaucoup de temps.

Pendant que nous attendons que le libellé soit corrigé, d'autres gens mourront parce qu'ils n'appelleront pas le 911, surtout dans le contexte de la discussion de ce matin sur le nouveau phénomène observé. En effet, des gens consomment certaines drogues qui sont contaminées, à leur insu, par d'autres substances. Par exemple, des gens qui consomment des stimulants peuvent faire une surdose d'opioïdes, mais ils n'ont même pas une trousse de naloxone qui leur permettrait de gagner les quelques minutes nécessaires pour appeler le 911. De plus, les méthodes de consommation de drogues sont en train de changer.

Je crois que si nous attendons que le projet de loi soit parfait, nous mettrons plus de vies en péril.

**M. Don Davies:** Je suis d'accord. Comme dit l'adage, le mieux est l'ennemi du bien.

Je suis préoccupé, et je veux m'assurer que nous atteignons la cible. Si nous adoptons une loi qui offre l'immunité pour des comportements qui n'empêche pas les gens d'appeler le 911, nous

n'accomplirons pas grand-chose. Il se peut que cela nous aide à nous sentir mieux, mais nous n'éliminerons pas l'obstacle qui empêche les gens d'appeler le 911.

Pourriez-vous nous donner une idée de l'obstacle en question? Si, en ce moment, des individus consomment des drogues dans une ruelle du quartier Vancouver Est et que l'un d'entre eux fait une surdose, qu'est-ce qui l'empêche d'appeler le 911? Est-ce la crainte d'être accusé de possession de substance ou est-ce la crainte d'être accusé de manquement aux conditions de la probation? Pouvez-vous me donner une idée — c'est probablement les deux — du poids relatif de chaque élément? Quel est le vrai problème?

**Mme Christine Lalonde (pair chercheuse, Centre de santé communautaire du Centre-ville):** La crainte est liée à tous ces éléments. À Ottawa, lorsque les policiers du SPO, le Service de police d'Ottawa, arrivent sur les lieux, nous appelons habituellement les ambulanciers. Les policiers du SPO sont là pour assurer la sécurité des ambulanciers et rien d'autre. Cela leur donne l'occasion de mener des interrogations et de recueillir des renseignements, et c'est ce qu'ils font à ce moment-là. C'est une tragédie, mais l'acte de sauver une vie entraîne une chasse aux sorcières. Je suis désolée, mais c'est mon opinion. Comme vous l'avez dit, la simple possession de drogues n'est pas suffisante, je sais, pour faire progresser les choses, mais que pourra-t-on accomplir? Je ne retournerai pas dans ma communauté pour promouvoir une mesure à laquelle sont attachés une série d'autres éléments.

**M. Don Davies:** Je vous remercie de dire cela, car c'est exactement ce que je crains. C'est la loi des conséquences imprévues.

Si les gens pensent qu'ils profitent de l'immunité, mais que lorsque la police arrive sur les lieux, ils ne sont pas accusés de possession, mais de manquement aux conditions de la probation, car leur nom est dans le système, cela pourrait-il causer un effet boomerang et empêcher les gens d'appeler les ambulanciers lorsqu'ils sont dans la rue? Au moment de la surdose, ils n'ont pas nécessairement la présence d'esprit nécessaire pour déterminer les accusations auxquelles ils pourraient faire face.

L'État du Vermont a adopté une loi qui prévoit un large éventail d'immunités. Ne pensez-vous pas que, si nous souhaitons faire une différence et prendre des mesures immédiates pour régler cette crise, le Comité devrait modifier ce projet de loi dès maintenant pour y ajouter les normes élargies du Vermont qui visent le manquement aux conditions de la probation et d'autres infractions liées aux drogues? Ne serait-ce pas votre recommandation aux membres du Comité?

• (0955)

**Dre Jane Buxton:** Oui, mais seulement si on peut y arriver sans perdre de temps. Comme je l'ai mentionné, il faudrait certainement inclure l'immunité pour le manquement aux conditions de la probation et de la libération conditionnelle. C'est un simple ajout. Je crois qu'il serait idéal d'inclure également le mandat pour infractions liées aux drogues.

Il faut également mentionner qu'à Vancouver, où la police n'intervient pas régulièrement et n'effectue pas d'arrestation pour simple possession de substance, le taux d'appel au 911 est beaucoup plus élevé qu'ailleurs; je pense donc que nous avons la preuve que cela fonctionne lorsqu'on réussit à communiquer le message. L'autre point important, c'est qu'apparemment, des jeunes font des expériences ou des personnes utilisent des stimulants sans bien connaître les opioïdes, ce qui cause des surdoses. Ces personnes doivent aussi être informées que le projet de loi a été adopté; ainsi, elles ne craindront pas de provoquer la colère de leurs parents ou de faire l'objet d'accusations.

**Le président:** Merci beaucoup. Je déteste devoir briser votre élan. Monsieur Eyolfson.

**M. Doug Eyolfson:** J'aimerais remercier tous les témoins d'être ici. Je suis l'urgentologue mentionné par M. Carrie. J'ai travaillé dans le service d'urgence d'un hôpital urbain de Winnipeg où il y a beaucoup de cas de violence et de consommation de drogues. J'ai également été directeur médical du système de services médicaux d'urgence du Manitoba pendant six ans.

Monsieur Poirier, j'aimerais vous parler — peut-être officieusement — des modifications réglementaires. Je ne savais pas qu'il existait encore, au Canada, des provinces dans lesquelles il faut téléphoner au médecin pour pouvoir administrer de la naloxone. Chaque directeur provincial à qui j'ai parlé m'a dit que c'était en coulisse, et que c'était une mesure déléguée visée par un contrôle en coulisse. Cela a piqué ma curiosité.

Docteure MacKenzie, nous avons parlé de la marginalisation et de la stigmatisation liées à la consommation de drogues. Nous savons que dans la société, de nombreuses personnes sont d'avis que les gens qui consomment des drogues ont tout simplement fait de « mauvais choix », et elles les traitent en conséquence. À votre avis, cette stigmatisation a-t-elle un effet sur la volonté des gens de tenter d'obtenir de l'aide pour leurs problèmes de drogues, notamment les surdoses?

**Dre Meredith MacKenzie:** Oui, je le pense certainement. Je travaille avec une population marginalisée depuis 16 ans et c'est absolument l'histoire que ces gens me racontent.

**M. Doug Eyolfson:** La question de savoir s'il est préférable d'utiliser l'approche de la réduction des méfaits ou celle de l'abstinence représente toujours une controverse de nos jours. Dans le cas de la réduction de la consommation de drogues et des méfaits causés par les drogues, croyez-vous que l'approche liée à la réduction des méfaits accroît plutôt la consommation de drogues?

**Dre Meredith MacKenzie:** Comme la plupart des gens, vous considérez que l'utilisation de la naloxone représente une technique de réduction des méfaits, et une étude démontre qu'elle n'accroît pas la consommation de drogues ou la fréquence de consommation. Par exemple, la naloxone n'a pas augmenté le risque de consommation de drogues.

**M. Doug Eyolfson:** Merci.

Madame Lalonde, je vous remercie d'être ici aujourd'hui. Il doit vous être très difficile de nous parler des problèmes que vous avez éprouvés avec le système.

Croyez-vous que ce projet de loi permettrait d'améliorer l'accès offert aux gens qui se sentent marginalisés par le système en raison de leurs problèmes de consommation?

**Mme Christine Lalonde:** Pas selon la façon dont c'est rédigé... À l'endroit modifié, ici, on présume qu'on portera des accusations. On présume qu'il y aura des répercussions si on tente de faire cela, peu

importe la façon de le faire, par exemple en s'enfuyant après l'appel et en observant la scène au coin de la rue. La seule solution que je peux offrir, et je l'offre à ma communauté, c'est d'appeler un avocat une fois l'ambulancier sur les lieux, afin de s'assurer d'avoir une certaine immunité. C'est ce à quoi nous faisons face, surtout dans cette ville.

● (1000)

**M. Doug Eyolfson:** Nous avons parlé des questions liées à l'élargissement de la portée de la loi. À votre avis, l'élargissement de la portée de la loi faciliterait-il les choses dans ces cas?

**Mme Christine Lalonde:** Certainement.

**M. Doug Eyolfson:** Docteure Buxton, vous avez parlé des retards occasionnés par l'élargissement de la portée de la loi. Convenez-vous que la situation actuelle est suffisamment urgente pour que nous adoptions le projet de loi sans attendre? Selon vous, si on avait le choix entre l'ajout de ces amendements, ce qui entraînerait un léger retard, ou l'adoption immédiate du projet de loi pour en élargir la portée plus tard par l'entremise de modifications, quelle méthode serait la plus avantageuse pour la population?

**Dre Jane Buxton:** À mon avis, c'est très difficile. Je ne sais pas quel serait le retard occasionné, mais j'imagine qu'il ne serait pas trop difficile d'ajouter rapidement le manquement aux conditions de la probation et de la libération conditionnelle, et de discuter de la question des mandats plus tard. Je ne veux surtout pas retarder davantage la diffusion du message.

**M. Doug Eyolfson:** Si le projet de loi subissait un retard de plusieurs mois, seriez-vous d'avis qu'il vaut la peine de faire cela?

**Dre Jane Buxton:** Je suis inquiète. Nous devons agir dès maintenant. Il s'agit seulement de l'un des nombreux morceaux du casse-tête que nous tentons d'aider à... Il devrait être possible de prévenir tous les décès attribuables à une surdose. C'est un élément qui contribuera à améliorer la situation, mais il y en a beaucoup d'autres.

**M. Doug Eyolfson:** Merci.

Je dois poser mes questions, car au fil de votre comparution, vous avez répondu à un grand nombre de celles que j'avais préparées. Cela signifie que vous vous acquittez très bien de votre tâche.

Docteure Buxton, je sais qu'on vous met souvent sur la sellette. Certaines des questions sont liées au sujet que je connais. Lorsqu'une loi se fonde seulement sur l'approche liée à l'abstinence, et rien d'autre — tolérance zéro sur le plan juridique, seulement l'abstinence est acceptée —, quel effet ce type de loi a-t-il sur les habitudes de consommation, les maladies et les décès liés aux drogues?

**Dre Jane Buxton:** Essentiellement, cela pousse les gens à cacher leur consommation, ce qui signifie qu'ils consommeront de façon beaucoup plus risquée. Par exemple, ils ne diront pas à d'autres personnes qu'ils consomment... L'approche liée à la réduction des méfaits est une approche pragmatique. Il s'agit vraiment d'accepter la situation des gens et de les aider. L'abstinence n'est pas la solution qui convient à tout le monde, et nous nous sommes rendu compte qu'elle peut causer d'autres méfaits. En effet, les gens qui suivent un traitement fondé sur l'abstinence sont plus susceptibles de faire une surdose s'ils se remettent à consommer, car ils ont perdu leur tolérance. Je crois qu'une approche fondée sur l'abstinence peut convenir à certaines personnes, mais la grande majorité des gens ont vraiment besoin d'une approche fondée sur la réduction des méfaits et d'un traitement d'entretien à la méthadone et d'autres traitements pour les aider à stabiliser la situation et à faire des progrès.

**M. Doug Eyolfson:** Merci beaucoup.

Je crois que mon temps est écoulé.

**Le président:** Merci beaucoup.

C'est ce qui termine la première série de questions.

Pour la deuxième série de questions, nous entendrons d'abord Mme Harder.

**Mme Rachael Harder:** J'aimerais poser ma première question à Mme MacKenzie, si elle est d'accord.

Vous avez formulé un commentaire lié aux jeunes et à leur consommation de substances. Avez-vous un pourcentage ou un chiffre qui illustre la consommation de produits opiacés et de fentanyl chez les jeunes?

**Dre Meredith MacKenzie:** Je ne connais pas ce pourcentage.

Je peux vous dire que dans notre clinique, nous traitons plusieurs jeunes — ce qui inclut les personnes âgées de 16 à 25 ans, selon la définition acceptée. La grande majorité des personnes qui fréquentent notre clinique consomment des drogues, et peut-être de façon plus risquée ou moins prévisible. Par exemple, elles consomment des stimulants et des produits opiacés, l'un ou l'autre, et pas souvent, ce qui signifie que leur consommation est intermittente.

• (1005)

**Mme Rachael Harder:** Dans le cadre de notre discussion, nous avons notamment parlé de l'importance de s'assurer de bien diffuser le message. Je crois qu'il s'agit d'un élément essentiel. Notre travail consiste à mettre la loi en œuvre, mais nous ne ferons aucune différence au sein de la population et nous ne sauverons aucune vie si nous ne parvenons pas à faire comprendre ce message.

Meredith, pourriez-vous nous parler de la façon dont notre société peut y arriver?

**Dre Meredith MacKenzie:** L'État du Washington, par exemple, a adopté une loi du bon samaritain en 2010, et un an plus tard, on a mené un sondage auprès de tous les policiers-patrouilleurs de Seattle lors d'une réunion d'information. Ce sondage a obtenu un taux de réponse extrêmement élevé de 97 %. Je n'ai jamais vu un sondage ayant obtenu un taux de réponse aussi élevé. On a demandé à ces policiers s'ils connaissaient la loi du bon samaritain.

Pour vous fournir un peu de contexte, 67 % de ces policiers étaient intervenus dans un cas de surdose l'année précédente. Parmi les policiers présents à la réunion d'information, seulement 16 % connaissaient la loi du bon samaritain et seulement la moitié de ces 16 % savait que cette loi visait les passants, ainsi que la victime.

Le service de police s'est rendu compte que ces résultats n'étaient pas très reluisants, et on a lancé une initiative réunissant les policiers du secteur des stupéfiants, les intervenants du secteur de la santé publique et ceux du secteur juridique. On a produit une vidéo à l'intention des nouveaux policiers et on l'a diffusée à chaque réunion d'information. Je crois que ces réunions d'information sont obligatoires, mais d'autres personnes en savent peut-être plus long à ce sujet. Cela a permis de communiquer le message à toutes les nouvelles recrues et de le répéter continuellement aux policiers en vue de les sensibiliser. Il nous manque, à l'échelon fédéral, un chef de la lutte antidrogue qui pourrait appuyer la nécessité de lancer une intervention, à l'échelle nationale, contre la crise de surdoses causées par les produits opiacés. Je crois qu'un volet de cette intervention consisterait à informer les gens sur la loi du bon samaritain. Il faudrait obtenir la participation de policiers, d'intervenants en matière de réduction des méfaits, de gens qui ont personnellement vécu ces expériences, ainsi que de gens qui reçoivent des traitements

de substitution aux opioïdes. Les intervenants du secteur de la santé publique participeraient également à cette intervention.

**Mme Rachael Harder:** Merci.

Sarah, ce projet de loi représente un pas en avant, mais il me semble qu'il faut mettre en œuvre une stratégie plus vaste. Je crois que toutes les personnes présentes y ont fait allusion. Quels autres éléments doivent faire partie de cette vaste stratégie pour lutter contre le problème des surdoses causées par les produits opiacés et le fentanyl au Canada?

**Mme Sarah Brown:** Il y a un certain nombre d'années — je ne sais plus combien, mais Jane le sait peut-être —, le Portugal a décriminalisé la consommation de petites quantités de drogues. Dans notre pays, la consommation de drogues est une activité criminelle. Au Portugal, les cas de décès attribuables à une surdose et les surdoses ont grandement diminué; c'est donc une stratégie qui pourrait être adoptée. Nous avons beaucoup parlé du traitement de substitution aux opioïdes. Cela comprend la méthadone, le suboxone et même des prescriptions d'héroïne, et il faut donc les rendre plus accessibles. La plupart des bénéficiaires de l'aide sociale ne paient pas ces produits, car ils sont couverts par le gouvernement provincial, mais de nombreuses personnes qui ont un emploi doivent les payer. La semaine dernière, dans les médias, on expliquait qu'une personne n'est pas toujours en mesure de trouver 7 \$ par jour pour se payer la méthadone dont elle a besoin.

Quoi d'autre? Des sites de consommation supervisée. Merci. Ce sont des endroits où les gens peuvent s'injecter de la drogue, car les utilisateurs courent un risque plus élevé de faire une surdose lorsqu'ils s'injectent un produit rapidement et qu'ils tentent de le faire en cachette. Il se peut qu'ils s'injectent le produit en public, dans la salle de bain d'un Tim Hortons ou dans une ruelle. Dans ces cas, ils prendront plus de risques et seront plus susceptibles de faire une surdose. Il faut aussi accroître grandement les efforts de sensibilisation déployés après les traitements. Jane y a fait allusion plus tôt. En effet, parmi ceux qui terminent un traitement contre la toxicomanie, plusieurs feront une rechute pendant la première année suivant le traitement. Dans ces cas, le risque de surdose est très élevé. De la même façon, le risque de surdose est très élevé pour ceux qui sortent de prison ou d'un hôpital où ils n'ont pas consommé depuis plusieurs mois. Il faut déployer de grands efforts de sensibilisation dans ces cas.

**Dre Meredith MacKenzie:** J'allais justement mentionner que nous devons exercer une surveillance en temps réel de la consommation de drogue. Nous ne connaissons pas du tout la situation à l'échelle du pays. En effet, la plus grande partie des données que nous envoyons au Bureau du coroner en chef datent d'au moins deux ans.

• (1010)

**Mme Sarah Brown:** C'est vrai.

**Dre Meredith MacKenzie:** De plus, il faut faire quelque chose au sujet de la façon dont les médicaments sont prescrits dans notre pays. Il faut adopter une approche nationale.

**Mme Sarah Brown:** Les sociétés pharmaceutiques doivent participer. La modification de la formule de l'OxyContin il y a quelques années est l'une des raisons pour lesquelles nous faisons face à cette crise du fentanyl. Nous avons éliminé un médicament — nous avons bloqué l'OxyContin, ou nous avons modifié sa composition chimique pour qu'on ne puisse pas y toucher — et un autre a surgi pour prendre sa place, à savoir le fentanyl dans ce cas-ci.

**Le président:** Le temps est écoulé.

Monsieur Kang, vous avez la parole.

**M. Darshan Singh Kang:** Madame Brown, mes questions concernent la crainte de poursuites. On laisse entendre que les gens hésitent à composer le 911 en cas de surdose par crainte de poursuites. Dans quelle mesure cette crainte existe-t-elle? L'élimination de cet obstacle serait-elle utile pour les toxicomanes? Avez-vous gardé une sorte de registre du nombre de toxicomanes qui ont appelé pour signaler une surdose et du genre de répercussions que ce projet de loi aura sur le nombre de personnes qui appellent?

**Mme Sarah Brown:** Dans cette région, la relation entre les toxicomanes et la police n'est pas bonne. On ne fait pas beaucoup confiance à la police, ce qui signifie que la communauté s'occupe d'elle-même. Elle essaie de gérer les surdoses par elle-même sans composer le 911. On a parlé plus tôt de personnes que l'on traîne jusqu'au porche de domiciles. Le 911 est ensuite appelé et la personne se cache dans des buissons et attend l'arrivée des ambulanciers. La crainte est bien réelle.

Les gens prendront des décisions, ou ils hésiteront à appeler ou n'appelleront pas.

**M. Darshan Singh Kang:** En tant que travailleur de première ligne, vous êtes bien placée pour savoir comment l'élimination de cet obstacle aux appels d'urgence pourrait aider dans les cas de surdose. Le problème n'est toutefois pas la loi. Il faut que les toxicomanes sachent qu'il est sécuritaire d'appeler pour demander de l'aide. Pouvez-vous nous dire ce qui doit être fait pour que les toxicomanes prennent connaissance de cette loi?

**Mme Sarah Brown:** Advenant l'adoption du projet de loi, nous pourrions communiquer avec eux de plusieurs façons. Nous pouvons communiquer avec les toxicomanes pour qu'ils en prennent connaissance. Je fais partie d'un groupe de peut-être 30 personnes dans la ville — en fait, peut-être 40 ou 50 — qui ont un contact quotidien avec des toxicomanes. Nous avons également un vaste réseau de pairs qui font de la recherche, comme Christine, qui travaillent dans les domaines de la réduction des méfaits. Il s'agit vraiment d'un excellent réseau pour sensibiliser les gens à ce projet de loi. Les cliniques de méthadone peuvent également apporter une contribution, tout comme les pharmacies.

Je pense que ce qui me préoccupe à propos de la sensibilisation au projet de loi, c'est que la police soit informée du passage concerné et de l'immunité qui y est décrite. Les policiers doivent être au courant et agir en conséquence.

Je suis un peu préoccupée. On a mentionné quelque chose plus tôt au sujet du pouvoir discrétionnaire des policiers. À vrai dire, je suis pas mal préoccupée par la question et j'aimerais qu'ils en aient un peu moins.

Je m'inquiète également pour la communauté des expérimentateurs, qui est formée de nouveaux venus dans le milieu de la drogue — nous y avons aussi fait allusion pendant cette réunion. Il s'agit des jeunes qui essaient des drogues pour la première, la deuxième ou la troisième fois, dans le cadre de fêtes. Ce ne sont pas des gens que je vois. La consommation de drogues de la plupart des gens que je vois quotidiennement est bien établie. Il faut communiquer avec les nouveaux venus. Dans ce cas-ci, je suppose qu'il faudra adresser le message au grand public, peut-être au moyen de publicités, de panneaux publicitaires.

**M. Darshan Singh Kang:** Pensez-vous qu'une intervention des organismes d'application de la loi serait beaucoup plus efficace pour communiquer avec les gens qui consomment de la drogue? Je crois

que nous devrions adopter une approche concertée pour les éduquer, pour qu'ils sachent qu'ils ne seront pas accusés s'ils appellent la police. Je pense qu'on obtiendrait de meilleurs résultats si cela venait de la police ou d'un organisme d'application de la loi.

• (1015)

**Mme Sarah Brown:** Voulez-vous dire que les services de police diraient aux toxicomanes qu'aucune accusation ne serait portée contre eux?

**M. Darshan Singh Kang:** Ce serait aussi une forme de sensibilisation qui devrait venir d'eux. Je ne dis pas qu'ils devraient leur dire: « Si vous consommez de la drogue, nous n'allons pas porter d'accusations contre vous. » Je vois où vous voulez en venir, mais je pense que les gens ont peur des policiers.

Ils n'ont pas peur des premiers intervenants de l'équipe médicale. Il devrait également y avoir une forme de sensibilisation de ce côté-là, d'une certaine façon, par exemple en organisant une journée portes ouvertes. Ce ne seraient pas les policiers; ils ne diraient pas aux toxicomanes qu'aucune accusation ne serait portée contre eux dans les cas de surdose. Il s'agit tout simplement d'informer les gens de leurs droits.

**Mme Sarah Brown:** Ce qui me pose problème à propos de la diffusion de l'information par la police, c'est encore une fois la question de la confiance. Les toxicomanes doivent l'entendre de la part de personnes en qui ils ont confiance. Quelqu'un en qui ils ont confiance doit leur dire que la priorité est leur santé et leur sécurité et qu'ils ne seront pas accusés.

**M. Darshan Singh Kang:** Je crains que, même s'ils vous font confiance, ils aient encore à l'esprit que des accusations pourraient être portées contre eux si la police intervient. C'est là que je veux en venir.

**Mme Sarah Brown:** Le message a donc plus de poids s'il vient de... Je vois, bien.

**Le président:** Votre temps est écoulé.

Monsieur Webber.

**M. Len Webber:** Merci à tous d'être ici aujourd'hui.

Docteur MacKenzie, vous avez dit que le Canada est le premier utilisateur d'opioïdes au monde. Vous avez également parlé d'une hausse de 75 % des décès attribuables à une surdose d'opioïde, d'un décès toutes les 14 heures. C'est consternant.

Madame Brown, vous avez dit que le projet de loi C-224 constitue la première étape, mais que ce n'est qu'une stratégie parmi une multitude de stratégies qui peuvent être mises en oeuvre.

Docteur Buxton, vous avez mentionné que 750 décès par année sont attribuables au fentanyl et que nous devons agir maintenant.

Monsieur Poirier, vous avez mentionné qu'il faudrait que ce soit une initiative fédérale pour accomplir un mandat provincial, que nous avons besoin d'une stratégie nationale et qu'il s'agit d'une épidémie.

Je demanderais à Dre MacKenzie de répondre en premier. S'agit-il d'une crise de santé publique?

**Dre Meredith MacKenzie:** Oui, c'est une crise de santé publique.

**M. Len Webber:** Madame Brown, est-ce une crise de santé publique?

**Mme Sarah Brown:** Tout à fait.

**M. Len Webber:** Madame Lalonde, est-ce une crise de santé publique?

**Mme Christine Lalonde:** Oui.

**M. Len Webber:** Docteur Buxton, est-ce une crise de santé publique? Et, bien entendu, monsieur Poirier, est-ce une crise de santé publique?

**Dre Jane Buxton:** Oui.

**M. Pierre Poirier:** Oui.

**M. Len Webber:** Je soupçonne que tous les membres du Comité sont également d'avis que la consommation mortelle de fentanyl constitue une crise de santé publique. Donc, en dépit des pratiques et des procédures normales pour présenter une motion, je demande le consentement unanime pour discuter rapidement de cette question devant notre Comité, dans l'espoir que nous pourrions sauver des vies.

J'aimerais obtenir l'unanimité pour présenter une motion, et je demanderais ensuite à mes collègues que nous la mettions immédiatement aux voix, pour éviter de nous éterniser sur la question et pour donner au greffier le plus de temps possible en vue d'organiser une réunion.

Je propose que, conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité entreprenne immédiatement l'étude du fentanyl et de la crise des opioïdes au Canada, à la lumière du nombre alarmant et croissant de décès attribuables à ces substances, afin de déterminer quelle mesure peut prendre le gouvernement fédéral.

C'est la motion que je voulais présenter, monsieur le président.

J'aimerais encore une fois tous vous remercier d'être ici aujourd'hui. J'espère que les membres du Comité appuieront la motion que j'ai eu l'occasion de présenter.

**Le président:** On vient tout juste de me dire que ce genre de motion nécessite normalement un préavis de 48 heures. Je me demande si vous pouviez nous donner les 48 heures, et nous en discuterions ensuite à la prochaine réunion.

**M. Len Webber:** Je demande le consentement unanime des députés présents pour que nous en soyons saisis maintenant.

**Le président:** C'est légitime, mais il faut normalement un préavis de 48 heures. Je vous demande tout simplement si vous pourriez l'envisager, y réfléchir.

**M. Len Webber:** Le fait est qu'il s'agit d'une crise nationale, d'une crise de santé publique. C'est une urgence, monsieur le président, et je demande que nous votions maintenant pour déterminer si nous devons immédiatement donner suite à la motion.

• (1020)

**Le président:** Nous sommes saisis d'une motion visant à obtenir le consentement unanime.

Oui, monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Monsieur le président, j'ai une question pour le greffier. Sur le plan de la procédure, notre Règlement exige un préavis de 48 heures pour présenter une motion de fond.

Peut-on déroger au Règlement en recourant au consentement unanime?

**Le greffier:** Oui, si nous voulons procéder parallèlement à une motion que nous avons adoptée, nous avons besoin du consentement unanime. On procède parfois ainsi, mais les motions de fond nécessitent habituellement un préavis de 48 heures.

**Le président:** Quelqu'un a-t-il d'autres commentaires?

**M. Len Webber:** Monsieur le président, étant donné que tous nos témoins ont reconnu qu'il s'agit d'une crise de santé publique et d'une urgence, je propose d'entreprendre immédiatement cette étude et d'adopter cette motion.

**Le président:** Monsieur Oliver, allez-y.

**M. John Oliver:** Pendant les témoignages, beaucoup d'autres questions ont été soulevées, comme le retrait de la naloxone des médicaments interdits dans l'annexe I pour qu'on puisse s'en servir dans le traitement de patients. Je pense qu'il y a un certain nombre de choses très urgentes en jeu, et je crains tout simplement que s'empresser de régler un aspect du problème ne nous permette pas de déterminer quelle est la chose la plus bénéfique que nous pouvons faire, en plus d'adopter cette très importante mesure législative.

Je crains juste que nous n'ayons pas examiné la question à fond pour pouvoir renoncer unanimement au préavis de motion de 48 heures.

**Le président:** Votre motion viserait-elle également les discussions portant sur la décriminalisation de toutes les drogues et sur les centres publics d'injection?

**M. Len Webber:** Tous les aspects de la crise qui sévit actuellement seraient pris en considération. Une personne meurt toutes les 14 heures. Nous devons nous pencher immédiatement sur la question. C'est très urgent. Je pense que nous devons y donner suite, que ma motion devrait être débattue et adoptée.

**Le président:** Monsieur Davies, allez-y.

**M. Don Davies:** Monsieur le président, j'appuie fermement la motion. Dans le domaine de la santé, il y a littéralement des centaines de dossiers, et beaucoup de ces dossiers sont importants, mais je pense qu'il est rare qu'un d'eux, comme je l'ai déjà dit, ait été déclaré une urgence de santé publique par la Colombie-Britannique. Nous écoutons des témoins qui ont tous beaucoup d'expérience dans différents aspects de la question. Je vois cela comme une grande urgence de santé publique. Je pense qu'il est justifié de modifier l'ordre du jour du Comité. Il faudrait probablement donner un certain temps à nos analystes pour dresser une liste de témoins. On n'a pas dit combien de séances seraient consacrées à la question, mais si le pays était actuellement aux prises avec une épidémie virale qui tuait une personne toutes les 14 heures, je pense que nous passerions immédiatement à l'action, et cette situation est similaire.

Je vais appuyer la motion. Je pense qu'elle est judicieuse et nécessaire, et je crois que nous devrions renoncer au préavis de 48 heures. Je pense que c'est une bonne idée de donner aux analystes un certain temps avant de travailler avec M. Webber et les autres membres du Comité pour déterminer comment nous pouvons faire avancer très rapidement le dossier, mais aussi pour être certains que le Comité entende des personnes qui peuvent donner d'excellents témoignages et recommander au gouvernement les meilleures mesures qui soit pour gérer cette crise.

**Le président:** Monsieur Oliver, allez-y.

**M. John Oliver:** Nous sommes saisis d'une mesure législative très importante, à savoir le projet de loi C-224. Nous devons procéder à l'étude article par article. Il nous reste environ 20 minutes, et je propose donc que nous renoncions à discuter davantage de cette motion.

**Le président:** Dois-je donner la parole à M. Carrie ou donner suite à la proposition de M. Oliver..



**M. Colin Carrie:** Contentons-nous de voter. Je suis d'accord avec M. Davies. C'est une situation urgente. Je félicite mon collègue de nous en avoir fait part. Le projet de loi dont nous sommes saisis présente des défis, mais je pense qu'il est très important d'aller de l'avant, comme l'a dit Mme Buxton. Nous sommes saisis d'une question qui requiert selon moi l'attention immédiate du Comité. Je ne vais pas en débattre. Contentons-nous de voter.

**Le président:** Monsieur Davies, allez-y.

**M. Don Davies:** Je suis désolé; je suis maintenant un peu confus.

Je ne voulais pas dire que la motion de M. Webber signifiait que nous allions interrompre ce que nous faisons aujourd'hui. Je tiens à être clair à ce sujet, docteur Carrie: nous pouvons encore poursuivre la réunion pour étudier ce projet de loi très important. Si je comprends bien, dans notre prochain ordre du jour, celui de mercredi ou d'une réunion de la semaine prochaine, du temps sera consacré à la crise des opioïdes de façon générale, n'est-ce pas?

• (1025)

**M. Len Webber:** Tout à fait. Vous avez raison, monsieur Davies. Le fait que nous puissions donner un certain temps à notre greffier pour organiser d'éventuelles réunions...

**M. John Oliver:** J'invoque le Règlement, monsieur. Je pensais avoir proposé de mettre fin au débat sur cette question pour commencer l'étude article par article du projet de loi C-224.

**Le président:** Monsieur Oliver, nous avons besoin du consentement unanime pour renoncer au préavis de 48 heures. Si nous votons là-dessus maintenant...

**M. John Oliver:** Je pense que nous devrions mettre fin au débat, voter et poursuivre le travail que nous sommes censés faire maintenant.

**Le président:** Deux questions doivent être mises aux voix. Nous devons voter concernant le consentement unanime. Allons-nous accepter le recours au consentement unanime? Et nous devons ensuite mettre aux voix le consentement unanime. Non, je suis désolé: la dérogation au préavis de 48 heures. Je vais passer à cette étape. Nous allons voter pour déterminer si nous renoncerons ou non au préavis de 48 heures qui est normalement exigé.

Monsieur Carrie.

**M. Colin Carrie:** Je suis désolé. Nous apprêtons-nous à voter?

**Le président:** Voici la question mise aux voix: allons-nous déroger au délai obligatoire de 48 heures? Le consentement unanime est également nécessaire dans ce cas-ci.

Nous n'avons pas le consentement unanime pour déroger au délai de 48 heures.

Monsieur Webber, vous devrez présenter votre motion par écrit et donner un préavis de 48 heures. Nous allons ensuite l'étudier.

**M. Len Webber:** C'est très décevant, monsieur le président, mais c'est ce que je vais faire.

**Le président:** Votre proposition est énorme. J'en comprends l'urgence, mais c'est énorme, et il est tout à fait normal de permettre à tous d'y réfléchir.

La parole est à vous, monsieur Ayoub.

[Français]

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

Je vous remercie d'être parmi nous ce matin. Je crois que tout le monde ici reconnaît la bonté et la possibilité d'agir qui sous-tendent

ce projet de loi. On voudrait en faire bien davantage, mais ce faisant, on risquerait peut-être de freiner des actions qui pourraient être prises plus rapidement afin de sauver des vies.

On parle vraiment de possession de drogue, et non d'actes illégaux comme le trafic. Il est question de mandats légaux pour les personnes qui utilisent parfois ces drogues ou les gens qui aident à se procurer ces drogues ou médicaments, voire à les injecter.

Ma question s'adresse à vous tous.

Que faudrait-il faire? Faudrait-il légaliser un ensemble de drogues en précisant chacune des drogues qui seraient comprises?

Pour ma part, je crains qu'on n'ouvre la porte à certains comportements. Il s'agit vraiment de sauver des vies; c'est le but premier. Par contre, des comportements pourraient dérapier du côté des trafiquants de drogue ou des gens qui vivent dans l'illégalité et contribuent au problème. Nous ne voulons pas persécuter certaines personnes.

Quelle est votre opinion à cet égard?

Commençons par Mme Brown.

**Mme Sarah Brown:** Je comprends en partie votre question.

[Traduction]

**M. Ramez Ayoub:** Vous pouvez répondre en anglais, ce n'est pas un problème.

**Mme Sarah Brown:** Pouvez-vous répéter le cœur de votre question? Il y a une nuance que je ne comprends pas.

[Français]

Merci.

[Traduction]

**M. Ramez Ayoub:** Ce que je veux dire, c'est qu'il n'est pas question de poursuivre les gens qui ont un mandat pour trafic illégal; on parle de sauver des vies... Nous n'aidons pas à régler le problème pour le reste de la société. Nous répondons très précisément à une préoccupation — sauver une vie toutes les 14 heures —, mais nous ne prenons aucune mesure à l'égard du reste. Nous passons peut-être à côté de certaines possibilités. J'ai entendu d'autres pistes de solution: légaliser plus de drogues ou légaliser la possession de plus de drogues. Quelle est votre position sur cette question?

• (1030)

**Mme Sarah Brown:** Je suis convaincue qu'il faut la légalisation, ou commençons par la décriminalisation. C'est un peu plus facile que de légaliser la consommation de drogues; nous devrions donc décriminaliser la consommation de drogues au Canada.

Je veux bien comprendre votre question. Dites-vous qu'en accordant l'immunité aux personnes qui se trouvent sur les lieux, nous excluons le reste des Canadiens qui sont aussi à risque de faire une surdose ou...

**M. Ramez Ayoub:** Non, nous ouvrons simplement la porte à plus de trafic ou à moins de poursuites en justice parce que je sens qu'il y a une différence entre appeler le 911 et la police, et appeler les ambulanciers paramédicaux. C'est très différent quand on appelle les ambulanciers. Ils arrivent rapidement sur les lieux et ils peuvent fournir des soins médicaux. Composer le 911, c'est comme appeler la police. C'est communiquer avec le côté juridique, le côté de la poursuite. Ce sont deux façons de s'attaquer au problème et d'aider les gens. C'est ce que je veux dire.

**Mme Sarah Brown:** Selon moi, une surdose est une urgence médicale et non un acte criminel. Je pense que c'est ce qui doit être prioritaire sur les lieux d'une surdose. Les policiers se présentent souvent sur les lieux d'une surdose pour différentes raisons. Les pompiers se présentent aussi souvent en ville.

Je ne pense pas que le projet de loi va causer une augmentation du trafic de la drogue. Je ne crois pas que nous allons encourager plus de gens à consommer de la drogue ou encourager les gens à continuer à consommer de la drogue. Je pense qu'on réagit à une urgence médicale précise. Nous n'y réagissons pas bien en ce moment parce que trop peu de gens appellent.

**Le président:** Merci.

Monsieur Davies.

**M. Don Davies:** Si nous pouvions amender le projet de loi aujourd'hui en ajoutant une protection contre la poursuite pour violation des conditions de probation ou de libération conditionnelle, recommanderiez-vous au Comité de le faire? Pensez-vous qu'une telle disposition sauverait des vies?

**Mme Christine Lalonde:** Tout à fait.

**M. Don Davies:** Je vois que tous les témoins font signe que oui. D'accord.

Les sites d'injection supervisée ont été mentionnés, et je pense que nous commençons tous à comprendre que la crise des opioïdes nécessite un ensemble généralisé de mesures. Il n'y a pas de solution magique, mais il semble y avoir plein de choses différentes à faire pour aider à régler le problème. Selon les témoins, faudrait-il abroger l'ancien projet de loi C-2 ou du moins le modifier pour simplifier le processus de demande et réduire les formalités administratives afin que les collectivités ou les municipalités qui souhaitent ouvrir des sites d'injection supervisée puissent le faire beaucoup plus rapidement?

**Mme Sarah Brown:** Oui, il faut l'abroger. Il y a 26 étapes laborieuses à franchir pour ouvrir un site de consommation supervisée n'importe où au pays, et cela ralentit les choses. La mesure complique la tâche, et nous avons seulement deux ou trois sites. Il faut absolument l'abroger.

**M. Don Davies:** Qu'en pensez-vous, docteur Buxton?

**Dre Jane Buxton:** Je suis entièrement d'accord.

**M. Don Davies:** Docteur MacKenzie.

**Dre Meredith MacKenzie:** Je suis d'accord.

**M. Don Davies:** Madame Lalonde.

**Mme Christine Lalonde:** Je suis d'accord et j'ajouterais qu'il ne faut pas un site complet. On peut se servir d'une pièce dans certains centres communautaires.

**M. Don Davies:** J'essaie de bien comprendre les différentes situations auxquelles nous tentons de remédier avec le projet de loi. Il y a la consommation de drogues de rue par les consommateurs expérimentés, et nous entendons aussi parler de jeunes qui sont peut-être des consommateurs inexpérimentés et qui tombent sous le joug du fentanyl. Pouvez-vous me donner une idée approximative du pourcentage de chacune de ces situations?

Où surviennent les surdoses? Est-ce que 90 % des cas se passent dans la rue, chez les consommateurs de drogues expérimentés, et 10 %, chez les consommateurs inexpérimentés, par exemple? Le savez-vous?

●(1035)

**Mme Christine Lalonde:** À Ottawa et dans les environs, des mères demandent de la naloxone à Manotick parce qu'elles savent que leurs enfants, des adolescents et des étudiants, expérimentent avec ces substances. Quand on dit que c'est une chose, c'est difficile de savoir quel pourcentage de la drogue se trouve dans la substance et quoi d'autre elle contient. On transmet simplement une poudre.

**M. Don Davies:** Je veux lire un bref exemple d'une situation qui s'est produite aux États-Unis:

En juillet dernier, Shane Ward a pris une surdose d'héroïne et d'autres substances alors qu'il consommait de la drogue dans une fourgonnette avec trois amis. Lorsqu'il a perdu connaissance [...] Devan Miller, 21 ans, a pris le volant, est partie et a appelé le 911. [La police] lui a dit de se garer sur le côté de la route. Elle a obéi et chargé un autre ami de pratiquer la RCR sur Shane Ward en attendant l'arrivée de l'ambulance. Lorsque les secours sont arrivés, Shane Ward a été transporté à l'hôpital, et il doit probablement sa vie à Devan Miller.

Au lieu de recevoir une amnistie pour des infractions de bas niveau liées à la drogue — comme le suggère la loi du bon samaritain de l'Illinois [...] Devan Miller [...] a été accusée de « voies de fait graves » sous le prétexte [...] qu'elle avait aidé Shane Ward à s'injecter.

Devan Miller a aussi été accusée [...] de possession de stupéfiants et d'administration de stupéfiants [...]

Voici ma préoccupation: si la rumeur court que les gens sont accusés d'autres choses que de possession de stupéfiants, pensez-vous qu'il est possible que tout à coup, les consommateurs de drogue hésitent à appeler la police en raison de cette crainte?

**Dre Meredith MacKenzie:** Oui, je pense que ce sera le résultat. Je pense à mes propres patients qui ont purgé des peines dans des établissements fédéraux à cause de situations identiques à celle que vous venez de décrire. Or, je crois qu'il y a une autre situation que celle que vous décrivez; nous en avons parlé ce matin.

De nombreuses personnes qui consomment des drogues et des médicaments très dangereux n'ont pas de casier judiciaire. Je crois que des éléments du projet de loi encourageront ces gens à appeler le 911. Je pense aux jeunes dans les universités. Nous parlons de drogues qui n'ont rien à voir avec n'importe quelle autre drogue jamais vue: il suffit d'un grain de sel pour vous tuer. C'est cette substance qui est transformée en pilules et consommée durant des fêtes.

Je ne dis pas que la mesure est parfaite, mais c'est un pas dans la bonne direction.

**Le président:** Cette intervention conclut la partie de la séance avec les témoins. Au nom de tous les membres du Comité, je vous remercie pour toute l'information incroyable que vous nous avez donnée et pour tout ce que vous nous avez dit au sujet du milieu dans lequel vous travaillez et des mesures que vous prenez. Très peu d'entre nous, à l'exception peut-être d'une personne ou deux, ont vécu des situations comme celles que vous connaissez. Je vous remercie très sincèrement pour vos témoignages précieux et j'espère que vous reviendrez bientôt.

Nous allons faire une pause, puis nous procéderons à l'étude article par article. Je devrais mentionner qu'il y a une autre séance ici à 11 heures et que nous devons être partis dans 10 minutes; nous n'aurons donc pas beaucoup de temps.

●(1035)

\_\_\_\_\_ (Pause) \_\_\_\_\_

●(1040)

**Le président:** Reprenons.

Je vous prie d'être patients avec moi. C'est ma première étude article par article. M. Philippe Méla est avec nous. Il va nous aider.

Conformément au paragraphe 75(1) du Règlement, nous allons étudier l'article 1.

**Une voix:** Non, monsieur le président.

**M. Don Davies:** Ce n'est pas ce que j'ai, monsieur le président.

**Le président:** Oh, pardon, passons à l'article 2.

(L'article 2 est adopté. [Voir le *Procès-verbal*])

**Le président:** Le titre abrégé est-il adopté?

**Des voix:** Oui.

**Le président:** Le titre est-il adopté?

**Des voix:** Oui.

**Le président:** Le projet de loi est-il adopté?

**Des voix:** Oui.

**Le président:** Le président peut-il faire rapport du projet de loi à la Chambre?

**Des voix:** Oui.

**M. Don Davies:** Pardon, j'aimerais proposer d'amender un des articles, monsieur le président, précisément le nouveau paragraphe 4.1(2).

**Le président:** Il a déjà été adopté.

**M. Don Davies:** Nous procédions très vite. Je m'attendais à ce que nous étudiions le projet de loi article par article. Je ne vous ai pas entendu nommer cet article. Nous sommes passés du titre abrégé au projet de loi complet.

**Le président:** C'est l'article 2; nous avons demandé s'il était adopté et nous avons reçu le consentement unanime. Nous sommes ensuite passés au titre, puis au projet de loi.

**M. Don Davies:** J'aimerais revenir un peu en arrière, monsieur le président.

Je n'avais pas compris. Je pensais que l'article 2 était le numéro 2 et j'attendais que vous nommiez les paragraphes 4.1(1) et 4.1(2).

**Le président:** Il faut le consentement unanime pour revenir en arrière.

Est-ce que tous consentent à ce que nous revenions sur l'étude de l'article 2?

**M. Don Davies:** Monsieur le président, puis-je intervenir?

**Le président:** Oui.

**M. Don Davies:** Je ne sais pas quel genre de collègues nous allons être, mais c'est la toute première fois que nous faisons une étude article par article. Nous avons procédé extrêmement vite. J'ai le droit de proposer des amendements et j'attendais de le faire.

Je demanderais à mes collègues de ne pas utiliser un point de procédure pour empêcher un des membres du Comité de proposer un amendement. Vous êtes libres de voter comme vous le voulez, mais à mon avis, dans une situation de ce genre, ce n'est pas très collégial de traiter un collègue de cette façon. Je ne pense pas que c'est la façon dont le Comité devrait fonctionner ou dont nous devrions nous traiter les uns les autres.

**Le président:** Est-ce que quelqu'un souhaite dire quelque chose?

•(1045)

**M. Len Webber:** Monsieur le président, je pense que nous devrions permettre à M. Davies de présenter ses amendements. Nous pourrions voter après.

**Le président:** Monsieur Eyolfson.

**M. Doug Eyolfson:** Je suis d'accord.

**Le président:** De façon générale, le Comité mène bien ses travaux. Nous travaillons bien ensemble. Je suis donc d'accord.

Nous allons revenir en arrière et permettre à M. Davies de proposer ses amendements.

**M. Don Davies:** Merci, chers collègues. Je vous en suis reconnaissant.

**Le président:** Je tiens à dire, moi aussi, que j'apprécie la façon dont le Comité mène ses travaux jusqu'à maintenant. Merci beaucoup à tous les membres.

(Article 2)

**M. Don Davies:** Je remercie tous mes collègues.

Je veux proposer un amendement au nouveau paragraphe 4.1(2) proposé.

Tout d'abord, je tiens à féliciter M. McKinnon et à le remercier d'avoir déposé ce projet de loi important au Parlement. Je le répète, je vais l'appuyer quoi qu'il arrive.

L'amendement que je propose est d'élargir l'exemption prévue au paragraphe 4.1(2) afin que les personnes qui se trouvent sur les lieux lors d'une surdose ne puissent pas être accusées non seulement de possession, mais aussi de violation d'une libération provisoire, d'une probation, d'une permission ou d'une libération conditionnelle liée à une infraction en matière de drogue.

Dès que les gens auront absorbé l'information, je vais en parler plus longuement.

**Le président:** Nous devons l'avoir par écrit pour l'analyser.

**M. Don Davies:** Les amendements n'ont pas à être présentés par écrit à cette étape-ci. Ils peuvent être proposés verbalement.

**M. Philippe Méla (greffier à la procédure):** Si vous me permettez, monsieur Davies, j'en ai besoin pour l'examiner sur le plan de la recevabilité procédurale, pour voir où il faut l'insérer dans le projet de loi. Je pourrai ensuite dire au président s'il est recevable ou non.

**M. Don Davies:** Je ne l'ai pas par écrit; nous devons donc l'insérer maintenant. Je sais qu'il ne faut pas le présenter par écrit, et certainement pas dans les deux langues officielles.

Ce n'est pas évident parce que dans le paragraphe 4.1(2), c'est difficile de voir précisément où est l'exemption pour la possession.

Je propose donc d'ajouter, après les mots « peut être accusé » à la cinquième ligne, « d'une infraction concernant la violation d'une libération provisoire, d'une probation » — dites-le-moi si je vais trop vite.

**M. Philippe Méla:** ... « d'une infraction concernant la violation d'une libération provisoire »...

**M. Don Davies:** ... « d'une probation, d'une permission ou d'une libération conditionnelle liée à une infraction en matière de drogue ». Ensuite, je pense que le reste du paragraphe peut rester le même.

Je vais parler brièvement de mon amendement, chers collègues. Je ne m'étendrai pas puisque nous avons tous entendu les témoignages, mais l'objectif hautement louable de M. McKinnon est de sauver des vies, et nous voulons écarter les obstacles qui empêchent les gens se trouvant sur les lieux d'appeler le 911.

Les témoins nous l'ont dit. En fait, je pense qu'on nous a dit qu'être accusé de possession est un des facteurs, mais que ce n'est peut-être même pas la raison principale pour laquelle les gens n'appellent pas le 911. À mon avis, si nous voulons que la mesure ait une incidence, nous devons la fonder sur les faits. Or, les faits que le Comité a entendus montrent clairement que ce sont là les raisons pour lesquelles les gens n'appellent pas le 911, et nous voulons faire tout notre possible pour les encourager à appeler.

À mon avis, c'est un amendement facile. Si nous accordons l'immunité à des gens qui possèdent de l'héroïne, la violation d'une probation liée à la possession d'héroïne devrait aussi être un facteur. De nombreuses personnes sont libérées de prison. Presque tous les délinquants en probation ont la condition de ne pas consommer de drogues et d'alcool. Souvent, ces personnes sont toxicomanes.

De fait, selon une étude menée par le Comité de la sécurité publique il y a quelques années, 80 % des délinquants incarcérés dans des établissements correctionnels fédéraux souffrent de dépendance. C'est une épidémie. Ils sont libérés. Un grand nombre d'entre eux recommencent à consommer parce qu'ils n'ont pas accès à des traitements. S'ils s'injectent à Vancouver, à Ottawa ou à Toronto, s'ils violent les conditions de leur probation en possédant des drogues et s'ils peuvent être arrêtés pour cette violation, le projet de loi n'accomplira rien. Il ne les encouragera pas à appeler la police.

Maintenant, je vais...

• (1050)

**M. John Oliver:** Monsieur le président, devrions-nous mettre l'amendement aux voix?

**M. Don Davies:** Vous ne pouvez pas. C'est moi qui ai la parole en ce moment, monsieur Oliver. Vous ne pouvez pas m'interrompre pour demander le vote.

Je parle de mon amendement. La raison pour laquelle il est particulièrement important, c'est que si nous adoptons ce projet de loi et que, comme on l'a laissé entendre, les gens sont seulement à l'abri d'accusation de possession, et s'il se trouve qu'on donne aux gens un faux sentiment d'immunité et qu'ils se font ensuite arrêter pour ces autres infractions, on risque d'envoyer le message aux consommateurs de drogues qu'ils ne devraient pas appeler la police. Cela va totalement à l'encontre de l'objectif de M. McKinnon.

Nous avons la possibilité d'agir immédiatement. Il y a des gens qui disent que cela va retarder les choses, mais ce n'est pas le cas. Nous pouvons passer tout de suite au vote et modifier la loi dès maintenant. Je ne vois pas pourquoi une personne ne voudrait pas inclure les diverses raisons pour lesquelles les gens ne composent pas le 911, alors que les preuves sont devant nous.

**Le président:** Monsieur Davies, votre temps est écoulé.

**M. Don Davies:** C'est donc ce que je propose.

**Le président:** Je pense que tout le monde serait probablement d'accord avec vous en principe — je ne peux pas vous le garantir —, mais on me dit que votre amendement dépasse la portée du projet de loi et que, par conséquent, il est irrecevable. Alors même si je le voulais, je ne pourrais pas l'accepter.

**M. Don Davies:** Je trouve cela ridicule. Le projet de loi a pour titre abrégé « Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose ». Le but du projet de loi est d'accorder l'immunité aux gens, de sorte qu'ils ne puissent être poursuivis pour une infraction liée aux drogues. Il faut élargir la portée du projet de loi pour y inclure un autre type d'infraction liée aux drogues. Comment cela ne pourrait-il pas s'inscrire dans le cadre du projet de loi?

**Le président:** On m'informe que c'est bien le cas, et le temps est écoulé...

**M. Don Davies:** Pourrait-on m'expliquer pourquoi mon amendement ne respecte pas la portée du projet de loi?

**M. John Oliver:** Monsieur le président, nous n'avons plus de temps. Pourrions-nous passer au vote, puis revenir sur les explications après que le Comité...

**Le président:** Peut-on mettre aux voix un amendement jugé irrecevable?

**Une voix:** Non.

**Le président:** On ne peut pas voter sur une motion irrecevable.

**M. John Oliver:** Pouvons-nous voter sur la motion initiale?

**Le président:** Oui, nous pouvons...

Je crois que la règle...

**M. Don Davies:** Je voudrais dire une chose.

Nous n'avons pas été très rigoureux en ce qui concerne les procédures, mais il y a certaines choses qui ne fonctionnent pas bien au sein du Comité.

D'une part, les gens parlent alors qu'ils n'ont pas la parole, et d'autre part, nous sommes constamment hors sujet. Nous avons un ordre du jour à respecter. Je peux comprendre que M. Oliver n'aime pas ce que nous faisons ici et qu'il veuille précipiter le vote, mais nous avons un ordre du jour à respecter. On ne peut pas en faire fi pour terminer plus rapidement.

J'ai proposé un amendement et, apparemment, selon ce que nous dit le greffier, il dépasserait la portée du projet de loi. Je conteste cette décision. J'aimerais qu'on m'explique pourquoi c'est le cas, étant donné ce que je viens dire.

**Le président:** Je vais demander au greffier de nous l'expliquer.

**M. Philippe Méla:** Le projet de loi vise à exempter de toute poursuite pour possession de drogue quiconque compose le 911 pour obtenir de l'aide. Comme vous l'avez mentionné, vous élargissez la portée du projet de loi. Juste en disant « élargir la portée », vous allez au-delà de la portée du projet de loi qui a été adopté en deuxième lecture et qui se limite à la possession. Si vous allez plus loin en ajoutant le trafic de stupéfiants ou un autre type d'infraction liée aux drogues, vous dépassez la portée du projet de loi et, par conséquent, vous ne respectez pas ce qui a été adopté par la Chambre à l'étape de la deuxième lecture. Voilà la raison.

**Le président:** Oui.

**M. Don Davies:** Monsieur le président, tout d'abord, quand j'utilise l'expression « élargir la portée », ce n'est pas au sens que vous l'entendez. Mon amendement ne fait qu'ajouter d'autres exemples d'immunité; il n'élargit pas la portée du projet de loi. Le projet de loi vise à accorder l'immunité aux gens afin d'éviter qu'ils soient poursuivis. Je ne fais qu'ajouter d'autres exemples, alors je vais contester votre décision, monsieur le président.

• (1055)

**Le président:** Je déclare donc la motion irrecevable, et je vais mettre le projet de loi initial aux voix.

Très bien, nous allons maintenant passer au vote...

**M. Don Davies:** Monsieur le président, je conteste votre décision...

**Le président:** Vous pouvez en appeler de ma décision...

**M. Don Davies:** Non. Je conteste votre décision, et je demanderais un vote par appel nominal pour savoir si mon amendement dépasse la portée du projet de loi.

**Le président:** La motion concerne maintenant la décision de la présidence sur la recevabilité de l'amendement. Le vote consiste à appuyer ma décision ou non, et nous allons procéder à un vote par appel nominal.

(La motion est adoptée par 6 voix contre 1. [Voir le *Procès-verbal*])

**Le président:** Merci beaucoup

Je suis désolé que les choses se soient passées ainsi, mais ce sont les règles.

Nous allons maintenant enchaîner avec l'étude article par article du projet de loi.

L'article 2 est-il adopté?

Le projet de loi est-il adopté?

**M. Don Davies:** Je suis désolé, monsieur le président, mais c'est une question de procédure. Vous avez demandé si le projet de loi était adopté, mais il n'y a pas eu de vote, alors je pense que nous devons...

**Le président:** L'article 2 est-il adopté?

(L'article 2 est adopté.)

(Le titre abrégé est adopté.)

(Le titre est adopté.)

(Le projet de loi est adopté.)

**Le président:** Le président doit-il faire rapport du projet de loi à la Chambre?

**Des voix:** Oui.

**Le président:** Merci à vous tous.

La séance est levée.

---





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

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

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

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

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

---

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

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

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

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

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

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

---

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