



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la sécurité publique et nationale

SECU • NUMÉRO 022 • 2^e SESSION • 39^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mercredi 12 mars 2008

—
Président

M. Garry Breitkreuz

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :

<http://www.parl.gc.ca>

Comité permanent de la sécurité publique et nationale

Le mercredi 12 mars 2008

• (1530)

[Traduction]

Le président (M. Garry Breitkreuz (Yorkton—Melville, PCC)): Je déclare la séance ouverte.

Ceci est la 22^e séance du Comité permanent de la sécurité publique et nationale. Nous allons poursuivre notre étude sur le Taser.

J'aimerais souhaiter la bienvenue parmi nous à nos quatre témoins: M. John Butt, expert-conseil pour Pathfinder Forum; Mme Christine Hall, médecin urgentiste; M. Pierre Savard, professeur à l'Université de Montréal; et M. Bernard Lapierre, éthicien et philosophe, lui aussi de l'Université de Montréal.

Soyez les bienvenus. Nous sommes très impatients d'entendre ce que vous avez à nous dire. J'espère que nous pourrions profiter des deux heures complètes, car il se peut, malheureusement, que nous interrompions nos travaux pour aller voter en Chambre.

Le greffier du comité (M. Roger Préfontaine): La sonnerie devrait retentir à 17 h 15.

Le président: D'accord.

Nous allons donc essayer d'entendre le plus de témoignages possible. Habituellement, nous vous laissons faire une déclaration d'ouverture d'environ 10 minutes. Vous disposez d'une petite marge de manœuvre supplémentaire si nécessaire. Par la suite, les représentants des différents partis politiques posent des questions et font des commentaires.

Ceci étant dit, je cède la parole à M. Butt.

Vous pouvez vous présenter, monsieur Butt, et peut-être aussi nous faire part de votre expérience avant de vous lancer dans votre exposé.

M. John C. Butt (expert-conseil, Pathfinder Forum, à titre personnel): Bonjour, monsieur le président et chers membres du comité. Tout d'abord, j'aimerais vous dire que je suis ravi de l'invitation.

Je suis ici à titre personnel. En tant qu'expert-conseil indépendant, j'ai été appelé à me pencher sur plusieurs décès, notamment des morts subites, aussi bien auprès de tribunaux pénaux que civils, et dans certains cas, le pistolet Taser était en cause.

Pour ce qui est de mon expérience, sachez que j'ai été pathologiste pendant 37 ou 38 ans. Depuis le début, j'ai exercé comme médecin puis j'ai été premier responsable chargé d'enquêter sur des décès, en plus d'occuper le poste de médecin légiste pour l'Alberta et ensuite pour la Nouvelle-Écosse. J'ai travaillé comme expert-conseil indépendant pendant environ 20 ans, et je me consacre à temps plein à cette activité depuis 2000. Je traite de cas à la fois au Canada et aux États-Unis; je me suis d'ailleurs occupé de dossiers aux États-Unis, dans le cadre de discussions d'ordre général, concernant des personnes qui avaient été « abattues » par la police. C'est une

question vaste, mais j'espère me limiter à l'essentiel — et je suis sûr que mon collègue, M. Hull, en fera autant.

Je vais donc me concentrer sur ce qui, à mon avis, pourrait apporter des réponses aux questions que vous vous posez ou sur ce qui pourrait être quelque peu litigieux.

Pour commencer, quel est le rôle officiel du coroner ou du médecin légiste? J'insiste sur le caractère officiel, car ce n'est pas le cas de tous les autres professionnels étant donné qu'il y a au Canada des coroners qui, par exemple, n'ont pas de qualifications particulières, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas médicalement qualifiés ou ne pratiquent pas d'autopsies. C'est donc une fonction distincte, comme vous l'avez certainement compris, à laquelle sont associées des obligations légales, puisque les personnes qui occupent ce genre de fonctions doivent répondre à certaines questions.

Les deux premières questions pertinentes à se poser sont: Quelle est la cause médicale du décès? On n'a pas toujours la réponse même si, bien sûr, dans certains cas, c'est évident. Par exemple, dans le cas de traumatismes sérieux, il n'y a pas d'équivoque possible. Mais comme nous le verrons, il n'existe pas de pathologie spécifique associée à chacune des méthodes visant à neutraliser des individus. C'est très rare qu'il y en ait, même avec le pistolet Taser.

L'autre question que se posera un coroner ou un médecin légiste, c'est: Comment est survenu le décès? Est-ce une mort naturelle? Et si ce n'est pas le cas, est-ce le résultat d'un accident, d'un suicide, d'un homicide? Si aucune de ces possibilités n'est retenue, on dira que la cause est indéterminée.

Dans certains cas, et je suis sûr que la plupart d'entre vous le savent, il existe une procédure appelée enquête du coroner; dans plusieurs provinces, comme en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Alberta, on parle d'enquête publique. À ce moment-là, les questions que je viens d'évoquer — la cause du décès ou la manière dont le décès s'est produit — sont examinées dans le cadre d'un forum public ouvert, parfois par un jury.

Le rôle du pathologiste est différent; il consiste essentiellement à réaliser une autopsie. Dans certains provinces, il existe des spécialistes qui s'occupent de faire des autopsies après des morts subites. Vous savez tous qu'on a abondamment discuté dernièrement dans la presse de pathologie judiciaire, et beaucoup d'entre vous connaissent les dossiers dans lesquels les pathologistes sont impliqués. Ce dont on parle le plus communément dans les journaux, bien sûr, c'est des meurtres. Sans vouloir minimiser l'importance des morts attribuables aux décharges de pistolets Taser ni m'étendre sur le sujet, je dirais que lorsque le public est témoin de ces décès, il s'y intéresse presque autant que si c'étaient des homicides — et d'après ce qu'on a pu observer, peut-être même plus.

●(1535)

Je suis sûr que vous êtes peut-être curieux de connaître les caractéristiques pathologiques associées à ces conditions. Il n'y a aucune caractéristique particulière ou unique. On observe très rarement une blessure quelconque dans les décès consécutifs à l'utilisation du pistolet Taser. La décharge des deux sondes barbelées ou l'utilisation du mode à effet paralysant sur le pistolet Taser peuvent provoquer des petites brûlures isolées sur la peau, et j'insiste sur le mot « isolées ». Si vous avez vu les sondes, vous saurez qu'elles sont minuscules; donc, la zone de coagulation sur la peau n'est essentiellement pas plus large que la tête d'une épingle.

En ce qui concerne le mécanisme de décès, dont je n'ai pas parlé, il s'agit de savoir si le décès est lié à un ou deux systèmes: le système respiratoire ou le système cardiovasculaire. Brièvement, je me contenterai de dire que, durant l'autopsie, il est impossible de déterminer les effets d'une arythmie cardiaque. Dans les cas où il y a eu arythmie cardiaque — quelles que soient les circonstances — peu importe si c'est lié à une crise cardiaque récente ou au déploiement du Taser... il n'est pas possible de déterminer cela après la mort, ni de déterminer, en aucune circonstance, sauf en cas de morsure de la langue, si la personne a pu avoir une crise.

Très peu de changements sont les moins liés au Taser. L'un d'entre eux pourrait être des changements dans l'aspect microscopique des muscles striés ou volontaires. Je ne vais pas entrer dans les détails, mais il s'agit là davantage d'une manifestation de température corporelle élevée. C'est ce qu'on appelle l'hyperthermie. Il pourrait y avoir de petites blessures associées à un effondrement ou à d'autres traumatismes contondants mineurs lorsque la personne tombe à la suite du choc électrique.

Sans aucun doute, vous avez entendu parler du délire agité. J'y fais allusion — tout comme le fera, je crois, la Dre Hall —, parce que dans la pratique médicale et particulièrement dans le domaine des pathologistes judiciaires ou des agents qui enquêtent sur les causes de décès, lorsqu'il est question de délire agité ou du syndrome de délire agité, on observe un groupe de symptômes courants, et on ne peut pas en faire abstraction.

J'ajouterai que je déplore le message véhiculé dans les médias selon lequel le délire agité n'est pas reconnu dans le domaine psychiatrique. Le délire est un phénomène courant en psychiatrie, et je suis sûr que le délire agité est bien connu de n'importe quel médecin à l'hôpital qui doit composer avec des patients admis en état d'agitation. C'est le domaine de la Dre Hall.

On observe le phénomène du délire agité dans d'autres techniques d'amené au sol. On l'a observé dans les cas de recours au gaz poivré. On l'a également observé dans les cas de prises d'étranglement et de maîtrise physique au sol comme la technique des pieds et poings liés, le placage et plusieurs autres techniques de contention. Le délire agité est un phénomène de plus en plus fréquent parce que, selon moi, la cocaïne est devenue une drogue répandue dans notre société; certaines formes de cocaïne, dit-on, sont plus susceptibles de provoquer le délire agité que d'autres.

Le délire agité est aussi courant dans certains états purement psychotiques, notamment le trouble bipolaire dans la phase maniaque aiguë et la schizophrénie, également dans la phase maniaque aiguë; dans les deux cas, le délire agité pourrait se produire lorsque le sujet décide de ne pas prendre ses médicaments.

Il y a de nombreux arguments à l'appui du délire agité. Je ne vais pas m'y attarder. Le contexte historique qui s'y rattache est très long.

●(1540)

Les témoins déclarent fréquemment ces symptômes dans les appels téléphoniques à la police — des comportements comme le fait de courir partout, de cogner aux portes, de crier, etc. Dans le contexte clinique, c'est-à-dire lorsqu'on se base sur les symptômes et les signes, il y a plein d'éléments qui nous permettent d'appeler cela un syndrome.

De nombreuses questions importantes restent sans réponse. J'ai essayé de me pencher sur celles que je considère les plus courantes et les plus pertinentes dans mon travail et dans l'examen des cas de mort subite associée à toutes les formes d'amené au sol lorsque les gens sont en état agité, comme c'est le cas la plupart du temps.

La question suivante se pose donc: quel est le mécanisme d'effondrement mortel dans les cas de délire agité? C'est une question extrêmement importante. En fait, je dirais même que c'est la question la plus importante. Il s'agit aussi de déterminer si ces gens seraient morts de toute façon. Mais cela montre bien que ces décès se produisaient bien avant l'utilisation du Taser. Les décès où les victimes sont en état agité et où il y a utilisation du Taser diffèrent-ils des morts subites que l'on observe dans les autres techniques que j'ai mentionnées?

J'ignore les réponses à ces questions, et je doute que quelqu'un les connaisse. La prochaine question, c'est peut-être d'en déterminer la raison. La plupart des études de ce genre seraient jugées immorales. On ne peut pas appliquer un pistolet Taser sur des sujets aux fins d'une expérimentation médicale.

Je conclus en posant une dernière question au comité: pourquoi empêcher l'utilisation du pistolet Taser si c'est une solution de rechange à la force mortelle?

Merci beaucoup de m'avoir donné cette occasion.

●(1545)

Le président: Merci beaucoup.

Madame Hall, si vous voulez bien prendre la parole.

Dre Christine Hall (médecin d'urgence, à titre personnel): Merci.

Je vais me présenter brièvement.

Je vais lire mes notes parce que j'ai tendance à faire du coq-à-l'âne quand je parle librement.

Je m'appelle Christine Hall. Je suis médecin d'urgence à temps plein à Victoria, à l'Administration sanitaire de l'Île de Vancouver. Cela signifie que je travaille durant de longues heures dans une salle d'urgence de soins tertiaires achalandée où il y a beaucoup d'action. Je suis chef d'une équipe de traumatologie ainsi que pédagogue.

Auparavant, j'étais directrice du programme de médecine d'urgence à l'Université de Calgary. Je détiens également une maîtrise en épidémiologie de l'Université de Calgary et j'ai une nomination conjointe au département des sciences de la santé communautaire de la faculté de médecine à l'Université de Calgary ainsi qu'au département de la chirurgie de la faculté de médecine à l'UBC.

Je travaille à temps plein; je tiens à le souligner. Je fais beaucoup d'enquêtes et de recherches universitaires dans ce domaine, en plus de mon emploi à temps plein. C'est pourquoi bien des questions restent sans réponse et que mes nuits sont courtes.

La mort subite en situation de garde à vue ne date pas d'hier, et je crois que le Dr Butt l'a assez bien illustré. La mort subite en situation de garde à vue ne se limite pas à l'utilisation d'une arme à impulsions, que l'on appelle communément le pistolet Taser. Ce phénomène existe même lorsqu'il n'y a pas utilisation d'une arme à impulsions. La mort subite et imprévue de gens agités est documentée depuis un siècle dans la littérature médicale. L'examen des cas de mort subite en situation de garde à vue dans un environnement pré-hôpital — en d'autres termes, dans la rue ou avant l'admission à l'hôpital — figure officiellement dans la littérature médicale en Amérique du Nord depuis les années 1970, ce qui représente donc plus de trois décennies de recherche.

Le problème de la mort subite en situation de garde à vue comporte plusieurs facettes et est complexe. Cela ne se résume pas simplement à évaluer la dernière chose qui s'est passée dans une série compliquée d'événements. Nous devons savoir, à la lumière de données scientifiques, quelles caractéristiques cliniques ou contextuelles particulières prédisposent ces individus à la mort — et il s'agit souvent de membres marginalisés de la société — qui sont sous l'influence de la drogue ou de l'alcool et qui ont des troubles psychiatriques. La mort subite de ces gens nous interpelle et mérite un examen scientifique intensif plutôt qu'une conjecture sensationnaliste.

Je ne tire absolument rien de la promotion d'une méthodologie ou d'une technologie de contention particulière. Mon domaine d'intérêt, c'est l'évaluation du problème clinique que constitue la mort subite en situation de garde à vue. Je ne détiens aucune action dans Taser International, ni ne reçois de financement de cette société. Je n'en ai jamais eu et n'en aurai jamais.

À l'heure actuelle, il y a beaucoup de parti pris dans les publications au Canada, ce qui nous pose problème dans le milieu scientifique. Dans la presse profane, on publie des articles détaillés sur chaque cas de mort consécutive à l'utilisation d'une arme à impulsions dans la société et ce, bien avant que les cas aient été analysés ou que les rapports de cause à effet aient été examinés. Même si le public canadien a certes le droit de savoir ce qui se passe, je crois qu'il mérite d'obtenir cette information mise dans son contexte particulier. Autrement dit, à l'heure actuelle, tous les résultats négatifs sont largement publicisés et présentés, sans aucune discussion des résultats non mortels.

Lorsqu'on présente subséquemment l'opinion des scientifiques, qui est basée sur des données bien contextualisées, les gens la considèrent généralement comme un camouflage. Il est très difficile de réfuter scientifiquement des théories avancées sans aucune responsabilité à l'égard des faits. C'est presque impossible. Par conséquent, le public se fait l'idée que les morts causées immédiatement après une contention policière, au moyen d'une arme à impulsions, sont à la hausse ou surviennent très souvent au Canada. Ce n'est pas une opinion fondée sur le plan scientifique. Scientifiquement, l'évaluation de tous les facteurs se poursuit et aucun lien de causalité ne peut être établi. Pourtant, le public demande des moratoires et fait beaucoup de suppositions sur le danger particulier des armes à impulsions.

Au Canada, depuis 2003, le nombre de morts associées, d'une façon quelconque, à l'utilisation d'une arme à impulsions s'élève à 20 cas. En 2003, on en a dénombré trois; en 2004, six; en 2005, cinq; il y a eu un seul cas en 2006; et cinq cas en 2007.

• (1550)

Durant le même intervalle, la population du Canada est passée de 31,5 millions d'habitants à 32,8 millions. L'utilisation des armes à

impulsions s'est répandue dans les agences de police, et l'incidence d'abus de méthamphétamine et de cocaïne n'est pas restée la même.

Bien entendu, ces simples données n'ont pas encore été évaluées éloquemment et officiellement, mais elles semblent démentir la notion selon laquelle la mort subite consécutive à l'utilisation d'une arme à impulsions augmente à un rythme effréné ou que ce phénomène se répand de manière disproportionnée.

De toute évidence, chaque vie perdue est importante, mais l'attention soutenue portée uniquement aux décès consécutifs à l'utilisation d'armes à impulsions a tendance à les amplifier et à les placer hors contexte. Durant la même période, d'autres personnes tout aussi chères ont perdu la vie à la suite d'une contention sans qu'il y ait de recours à une arme à impulsions. Le fait d'attirer l'attention uniquement sur les armes à impulsions nous amènera inévitablement à une conclusion erronée.

Au Canada, on n'a aucune base de données suffisamment détaillée dans laquelle on puisse effectuer des recherches pour déterminer quelle proportion des décès liés à l'utilisation d'armes à impulsions est représentée selon un dénominateur commun. Je travaille actuellement sur un protocole qui, au moment même où l'on se parle, fait l'objet d'une soumission; ce protocole vise à examiner les dossiers des coroners des 15 dernières années afin d'évaluer la fréquence et le type de morts subites en situation de garde à vue au Canada.

Aux États-Unis, en vertu d'une loi adoptée en 2000, il est obligatoire de déclarer les morts en situation de garde à vue, et on a déjà commencé à faire des évaluations très préliminaires de ces données.

Je pourrai vous donner un aperçu de ces données tout à l'heure, si vous le voulez.

Au Canada, on ne dispose pas d'un tel système; dans le cadre de mon étude, on devra évaluer tous les dossiers des coroners, aussi bien ceux dans les boîtes entreposées au sous-sol que ceux dans les classeurs et, on l'espère, certaines bases de données électroniques. On est en train de soumettre le protocole à l'instant même; il reste à obtenir des fonds, comme c'est le cas pour d'autres projets de recherche.

L'examen exhaustif de toutes les recherches médicales effectuées à ce jour déborde certainement la portée de mon exposé, mais j'aimerais attirer votre attention sur quelques faits. Soulignons que, pour bien évaluer les recherches médicales, il faut une étude méticuleuse de la méthodologie, des résultats, des constatations et des limites de chaque rapport. Un examen approprié ne consiste pas à passer en revue uniquement les titres et les conclusions. C'est ce qui se passe généralement dans des discussions populaires et, très souvent, dans les actions en justice.

Je participe à un examen exhaustif de l'ensemble des recherches menées à ce jour par un groupe international et multidisciplinaire en vue de mettre à jour le rapport de 2005 préparé par le Centre canadien de recherches policières. C'est ce même organisme qui coordonne l'effort. Nous prévoyons que le rapport détaillé sera diffusé à l'automne prochain. C'est une lourde tâche. J'ai pris deux mois de congé clinique pour faire une partie de l'étude — à mes frais.

Les études sur les animaux constituent généralement la pierre angulaire de la recherche médicale, et le porc est un modèle valide et crédible pour l'étude physiologique de certains aspects de la technologie des armes à impulsions. Mon collègue vous parlera sûrement des limites de ces études. Toutefois, les modèles basés sur les animaux ne sont pas des modèles humains, et chaque auteur qui publie une étude sur les animaux fait mention de cette limite.

Plusieurs études portent sur le lien entre les armes à impulsions et la capacité de provoquer la dysrythmie; ces études ont été nécessairement réalisées dans le cadre de la mise au point du dispositif. Ces données ont démontré une grande marge de sécurité prévue dans l'application de la technologie aux êtres humains. Bien que n'importe quelle étude parrainée par l'industrie mérite d'être scrutée à la loupe, il importe de noter que ces données ne représentent pas toutes un conflit d'intérêts tel qu'il faille annuler les constatations.

Les récentes études sur les animaux laissent entendre que les armes à impulsions peuvent provoquer la dysrythmie mortelle dans le modèle du porc. Si quelqu'un veut bien me le rappeler, je vous expliquerai tout à l'heure la différence entre la dysrythmie et une crise cardiaque — c'est important.

L'application des résultats des études sur les animaux à l'expérience humaine a soulevé de nombreuses questions. Par exemple, la fibrillation ventriculaire, qui désigne l'incapacité du cœur à faire un battement efficace — on dit alors qu'il fibrille — n'a jamais été documentée dans un modèle animal sans une application thoracique parfaite des sondes d'armes à impulsions sur les points précis qui entourent le cœur.

• (1555)

Il est vraisemblablement très difficile d'atteindre le point de contact parfait lors d'une intervention policière. Toutefois, ces points de contact n'ont jamais été consignés ni évalués.

On n'a relevé aucune fibrillation ventriculaire quand la sonde visait un membre ou l'abdomen dans n'importe quel modèle, y compris les modèles où seulement une sonde pointait vers le thorax et l'autre, vers un membre ou l'abdomen. On n'a enregistré aucune fibrillation ventriculaire dans tout modèle utilisant un dispositif en modes paralysant ou sonde. Des détenus ont pourtant perdu la vie même si le Taser n'était pas pointé à la poitrine et qu'il était en modes paralysant ou sonde. Cela me porte à croire que d'autres facteurs sont en jeu.

Dans de multiples études publiées par différents auteurs qui ont été menées auprès de volontaires en bonne santé, y compris certains policiers en formation, aucun cas d'arythmie ou de crise cardiaque n'a jamais été recensé. Dans ces études, les sujets se livraient à des exercices exténuants — jusqu'à l'épuisement physique — pour simuler les rigueurs d'une lutte avant d'être emmenés à l'hôpital. Toutefois, les auteurs sont évidemment incapables de soumettre les volontaires aux problèmes métaboliques d'une urgence psychiatrique sévère ou d'une intoxication provoquée par des drogues.

Il existe certaines études sur le terrain. Bozeman et al. a testé 962 applications sur le terrain de dispositifs à impulsions chez toutes les personnes qui se sont retrouvées mêlées à des vraies opérations policières. Ces données ont été rendues publiques en octobre 2007.

Ils n'ont constaté aucune blessure ou que des blessures mineures chez 99,7 p. 100 des sujets qui ont été soumis à une utilisation sur le terrain d'un Taser dans un vrai contexte policier, 0,3 p. 100 d'entre eux ayant subi des blessures modérées ou graves. Ces estimations sont extrêmement précises compte tenu de la taille de l'échantillon.

Bien que chaque décès soit de toute évidence sérieux et tragique, rares sont ceux qui prétendraient qu'un risque de blessures modérées ou graves de 0,3 p. 100 est aussi élevé qu'on l'aurait cru. Toutefois, plus de recherches sont de toute évidence nécessaires et sont en cours.

Au cours des 18 derniers mois, mon groupe de recherche et moi-même avons recueilli des données dans la ville de Calgary, et nous

commencerons bientôt à compiler les mêmes données à Victoria et dans deux villes américaines. Cette étude sur les méthodes de contention se penche sur tous les aspects de l'interaction policière, y compris la description des sujets et toutes les méthodes de contention, dont le Taser, d'une manière prospective.

J'emploie le terme « Taser » parce que c'est le seul dispositif disponible sur le marché à l'heure actuelle; je veux dire « arme à impulsions ».

À mon retour à Victoria la semaine prochaine, nous commencerons à analyser les données de Calgary qui ne comportent aucun décès dans les 18 mois de l'étude prospective. À Calgary, les armes à impulsions sont utilisées par des agents aux services généraux.

À cause du manque de financement, on ne peut actuellement étendre cette étude à tous les centres urbains du Canada, malgré l'intérêt, ou à la GRC, parce que c'est une immense organisation comptant 40 000 membres.

Quelle expérience des armes à impulsions a-t-on sur le terrain? Très brièvement, environ 325 décès sont survenus jusqu'à présent à la suite de l'utilisation d'armes à impulsions à n'importe quel moment lors d'interactions policières en Amérique du Nord. Il ne faut pas confondre ce chiffre avec une relation de cause à effet prouvée.

Ces cas doivent être interprétés à la lumière d'un certain nombre de questions. Tout d'abord, quel est le dénominateur des utilisations sur le terrain d'armes à impulsions dans lesquelles s'inscrivent ces 325 cas? C'est vraisemblablement dans les centaines de milliers d'utilisations, mais il n'existe aucune base de données structurée pour les calculer.

Sur ces 325 cas, il y a 20 Canadiens. Ces données ont le même problème avec le dénominateur: il n'y a aucune méthode structurée pour compiler le nombre d'utilisations des AI sur le terrain.

Tous ces cas sont classifiés ou répertoriés comme étant liés au Taser, sans égard aux autres caractéristiques. Le fait que les données soient confondues avec un autre facteur — ou le AI en soi est une source de confusion — doit être examiné attentivement pour déterminer quelles caractéristiques concordent parmi les décès de détenus. Par exemple, comme l'a mentionné le D^r Butt, les caractéristiques du délire agité y sont présentes en très grande majorité, y compris le délire attribuable à un trouble psychiatrique, une intoxication provoquée par des drogues et de l'alcool, ou toutes ces causes.

• (1600)

Ensuite, pendant la même période où des armes à impulsions n'ont pas été utilisées, combien y a-t-il eu de décès? Par exemple, en Colombie-Britannique, un examen des dossiers de coroners montre qu'il y a eu 267 décès impliquant d'une façon ou d'une autre des policiers entre 1992 et 2007; et huit d'entre eux mettaient en cause une arme à impulsions. Ces données doivent être examinées en détail, et il faudrait faire de même dans chaque province. Une évaluation approfondie est essentielle.

Que réserve l'avenir? D'autres travaux de recherche seront entrepris sur les effets physiologiques. Toutefois, il est peu probable que d'autres tests sur des animaux ou des volontaires en bonne santé répondront à la question dans la population intéressée. Les personnes à risque présentent des caractéristiques circonstancielles qui ne peuvent pas être reproduites dans une expérience en laboratoire. Les demandes de moratoires sur l'utilisation des armes à impulsions « jusqu'à ce qu'une étude indépendante et objective... ait été réalisée adéquatement » — pour citer un article — mettent bel et bien fin à la capacité de mener de telles recherches dans la population intéressée. Un moratoire créerait en fait une impasse pour réaliser l'étude même que l'on réclame dans la déclaration.

C'est faire preuve d'irresponsabilité envers les services de police, les policiers et les sujets que de rejeter une méthode de contention sûre et efficace à partir de conjectures. C'est faire preuve d'irresponsabilité envers les personnes sous garde décédées subitement, sans qu'une arme à impulsions n'ait été utilisée, que de se concentrer uniquement sur cette méthode de contention.

Merci.

Le président: Merci beaucoup.

Poursuivons avec M. Savard maintenant, s'il vous plaît.

Allez-y, monsieur.

[Français]

M. Pierre Savard (professeur, École Polytechnique, Université de Montréal, à titre personnel): Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du comité, je vous remercie de votre invitation.

Je suis un ingénieur biomédical. Un ingénieur biomédical développe de nouveaux outils de diagnostic et de traitement des maladies. Pour ma part, j'ai développé des modèles informatiques qui permettent de calculer l'écoulement du courant dans le torse humain, afin d'améliorer le diagnostic de l'électrocardiogramme. J'ai également développé des systèmes de cartographie d'activation pour guider la chirurgie des arythmies.

(Note de la rédaction: présentation audiovisuelle.)

Vous pouvez voir, sur l'écran, le chirurgien appliquer à la surface du coeur un filet qui porte des centaines d'électrodes. Les signaux de ceux-ci sont analysés par l'ordinateur, qui donne une image de la séquence d'activation électrique du coeur durant une arythmie, de façon à identifier le point d'origine de cette arythmie anormale. On peut donc dire que mon expertise se situe dans les domaines de la bioélectricité et des arythmies cardiaques.

Tâchons de comprendre ce qui se passe lors de l'application d'un courant électrique par le Taser. Il y a d'abord une centaine d'impulsions de 50 000 volts. Ce courant qui va circuler à l'intérieur du corps, quel que soit l'endroit où les dards tombent, est suffisant pour exciter les muscles et les terminaisons nerveuses. Un signal d'alarme est aussitôt envoyé au système nerveux autonome. En retour, le système nerveux autonome va mobiliser différents organes. Il va envoyer des signaux au coeur pour lui demander de battre plus rapidement. Le rythme cardiaque va donc s'accélérer. Il va passer de 72 battements par minute au repos à entre 137 et 140 battements par minute. Cela arrive dans tous les cas.

Lorsque les électrodes s'approchent du coeur, une partie du courant peut exciter une région du coeur. L'excitation de cette région peut se propager au reste du coeur et l'impulsion de courant va entraîner un battement cardiaque. On parle alors de capture. Ce phénomène a abondamment été documenté lors d'expériences sur des porcs et sur des sujets humains qui portaient des stimulateurs

implantables. Plus tard, je reviendrai à la question de la capture, c'est-à-dire sur la façon dont une impulsion du Taser provoque une contraction du coeur.

Il existe une troisième possibilité, dont le Dr Hall parlait précédemment. Dans le cas où les électrodes sont encore plus près du coeur et où il y a une densité de courant suffisante, ce courant peut exciter plusieurs parties du coeur. Ces différentes régions du coeur vont se contracter chacune selon son propre rythme d'une façon désynchronisée. Au lieu d'une contraction rapide et organisée, c'est un état d'anarchie, une tempête électrique dans le coeur. C'est ce que l'on appelle la fibrillation ventriculaire. Comme le coeur cesse de pomper le sang de façon efficace, le décès survient.

Toutefois, on s'entend pour dire que ce phénomène est peu probable parce que le courant requis pour causer la fibrillation est de l'ordre d'une cinquantaine de milliampères, alors que le courant fourni par le Taser est plutôt de l'ordre de deux milliampères. Cependant, on peut lire dans la littérature scientifique qu'un groupe de chercheurs de Toronto rapporte un cas où on a pu provoquer la fibrillation directement à un porc durant l'application du courant au moyen du Taser.

Cela résume les effets immédiats du Taser. La question qui nous préoccupe est celle des décès qui surviennent après le choc. Pour en savoir un peu plus sur la nature de ces décès, une étude a été réalisée par les Drs Strote et Range Hutson de l'Université de Washington. Elle couvrait la période de 2001 à 2004, alors qu'ils ont recensé aux États-Unis 75 cas de décès survenant moins de 24 heures après l'application d'un choc Taser. On a exclu de l'étude tous les autres décès où on pouvait trouver une cause immédiate.

● (1605)

À partir de ces cas, ils ont communiqué avec les pathologistes et ont pu obtenir 37 rapports d'autopsie. Il en ressort que 54 p. 100 des sujets décédés dans ce contexte souffraient de maladies affectant les artères coronaires, qui irriguent le coeur, ou de cardiomyopathies, c'est-à-dire d'une détérioration du muscle cardiaque. Bref, plus de la moitié de ces personnes souffraient de maladies du coeur. Dans 78 p. 100 des cas, ces personnes avaient consommé des substances illégales, des stimulants; dans 76 p. 100 des cas, on a diagnostiqué un délire agité; dans 27 p. 100 des cas, les médecins ont conclu que le pistolet Taser était une cause potentielle de décès ou une cause pouvant avoir contribué au décès.

Ce dernier point est quand même discutable. Pour ma part, je vais me concentrer sur la présence de maladies cardiaques dans plus de la moitié des cas. Pourquoi? Parce qu'il est possible de constater la maladie cardiaque à l'autopsie. En effet, on peut voir une détérioration du muscle. Pour comprendre le pourcentage de 54 p. 100, il faut le mettre en parallèle avec la prévalence des maladies cardiaques. Dans le cas présent, il s'agit de maladies cardiaques aux États-Unis, où la prévalence est de 8 p. 100 dans la population en général. Chez les hommes âgés de moins de 45 ans, la prévalence descend jusqu'à un niveau variant entre 2 p. 100 et 4 p. 100. C'est beaucoup plus faible.

Lorsqu'un statisticien examine ce tableau, il se dit que si le pistolet Taser ne contribue en aucune façon aux décès, c'est-à-dire qu'il n'y a aucune association entre le pistolet Taser et les décès, on devrait retrouver dans l'échantillon de sujets faisant partie de l'étude la même proportion de maladies cardiaques que dans la population en général, soit de 4 p. 100 à 8 p. 100. Or, ce n'est pas le cas. On se retrouve donc face à une association statistique. Ce n'est pas suffisant pour conclure à une relation de cause à effet.

Pour aller plus loin, il faut examiner les mécanismes. Ici, on peut faire une analogie entre le pistolet Taser et les protocoles de stimulation programmée utilisés par les cardiologues lorsque vient le temps de poser un diagnostic. Si un patient se présente avec des symptômes de palpitation ou de syncope, le cardiologue va lui insérer dans le cœur un cathéter au moyen duquel il va émettre une série d'impulsions électriques. Chacune d'entre elles va entraîner une contraction des ventricules. Dans l'électrocardiogramme, on voit que la partie de gauche indique le rythme normal. Les flèches rouges représentent les impulsions électriques émises par le cathéter. On voit aussi la réponse du cœur. À la suite d'une dizaine de ces impulsions, on émet une ou plusieurs impulsions prématurées. Par la suite, on cesse la stimulation.

Il y a deux issues possibles. Dans le premier cas, le rythme cardiaque redevient normal — et c'est ce qui se passe chez les sujets normaux — et le cardiologue peut rassurer son patient. Dans le deuxième cas, parmi d'autres possibles, il peut y avoir une tachycardie ventriculaire. Le rythme cardiaque s'accélère, atteint plus de 100 battements à la minute et se poursuit. Il est important de rappeler que la tachycardie ventriculaire ne survient que dans les cas où il y a un substrat arythmogène, par exemple en présence d'un ancien infarctus du myocarde. Dans un tel cas, une partie du muscle cardiaque a été remplacée par une couche cicatricielle. La tachycardie ventriculaire peut se poursuivre pendant quelques secondes ou même quelques minutes. Après quelques minutes, le rythme peut retourner à la normale ou une fibrillation ventriculaire peut survenir.

●(1610)

Dans le contexte d'un examen en cardiologie, le cardiologue a à sa disposition un défibrillateur. Il donne donc un choc au patient pour ramener son rythme cardiaque à un état normal. Je pense qu'on peut faire une analogie entre la série d'impulsions que les cardiologues utilisent pour provoquer les arythmies et la série d'impulsions qu'un sujet reçoit du pistolet Taser.

Pour conclure, je pense qu'il y a une association statistique claire entre les décès suivant l'utilisation du pistolet Taser et les maladies du cœur, et qu'on peut expliquer de façon plausible comment ce mécanisme peut mener au décès. Cela peut être une tachycardie ventriculaire qui dégénère en fibrillation après quelques secondes ou quelques minutes. Cela pourrait expliquer les cas de décès qui surviennent quelques minutes après le choc du pistolet Taser. D'autres explications sont possibles. Dans certains cas, ce pourrait être des ruptures d'anévrisme à cause de la pression artérielle accrue par l'augmentation du rythme cardiaque, dont on a discuté plus tôt; ce pourrait être des déséquilibres des électrolytes, donc de la concentration d'ions, causés par la stimulation du système nerveux. Bref, il y a beaucoup de voies d'investigation pour la recherche.

Je conclus que les maladies cardiaques augmentent la probabilité de décès après les chocs du pistolet Taser et que les études sur des sujets sains sont vraiment insuffisantes pour conclure à l'innocuité du pistolet Taser. On peut faire des études sur des centaines ou sur des milliers de policiers volontaires de 25 ans, athlétiques et en bonne santé, cela ne veut absolument rien dire parce que dans la population en général, on trouvera des gens qui ont toutes sortes de problèmes médicaux.

J'ai été surpris de voir, dans les mises en garde de la compagnie TASER International à ses clients, donc aux gens qui achètent les pistolets Taser, un texte assez long dans lequel on peut lire:

●(1615)

[Traduction]

... il est important de se rappeler que la nature même de l'usage de la force et l'incapacité physique comportent un certain risque que quelqu'un soit blessé ou puisse même perdre la vie en raison d'un effort physique, de circonstances imprévues et de vulnérabilités individuelles.

[Français]

Il peut donc y avoir des décès dans des cas de prédisposition aux arythmies cardiaques. Cela contredit les témoignages du président de la compagnie qui, publiquement, dit que cet appareil ne présente absolument aucun risque. Les avocats de la compagnie, eux, reconnaissent qu'il peut y avoir un risque.

Je ne sais pas si c'est mon rôle de faire des recommandations, mais je crois qu'à cause du risque réel de décès, si on utilise le pistolet Taser, il faut prendre des précautions et limiter son usage aux sujets agressifs et dangereux. Ou alors, ce doit être un dernier recours. La formation des policiers doit mettre l'accent sur le risque de décès. Il faut cesser de dire que cet appareil ne présente aucun risque. Ce n'est pas vrai, selon moi. On doit publier des rapports d'incidents détaillés pour faciliter la recherche. Je rejoins en cela ma collègue le Dr Hall, qui cherche à établir des banques de données. Il est très difficile d'obtenir ces données.

Enfin, je crois que le pistolet Taser doit être défini comme une arme électrique. Il faut cesser de dire qu'il s'agit d'un dispositif à impulsion, ce qui ne veut rien dire. Une télécommande de télévision est un dispositif à impulsion. Je crois que cela banalise cet objet. Or il s'agit véritablement d'une arme.

Merci.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup.

Pour terminer, monsieur Lapierre.

[Français]

M. Bernard Lapierre (éthicien, philosophe et chargé de cours, École Polytechnique, Université de Montréal, à titre personnel): Monsieur le président, qu'il me soit permis de remercier le comité de son invitation à participer à ce débat sur la question de l'utilisation des armes non létales par les forces de l'ordre au Canada. J'apprécie aussi le fait que le comité me permette d'utiliser ma langue maternelle, ce qui va faciliter, je le souhaite, la compréhension de mes propos.

Je suis un philosophe éthicien, c'est-à-dire que je fais de la philosophie appliquée et, depuis l'an 2000, de la philosophie appliquée à la science et aux technosciences. Je suis le coordonnateur des cours d'éthique appliquée en ingénierie de l'École Polytechnique de Montréal. Je suis aussi, présentement, le président du Comité d'éthique de la recherche avec des sujets humains de l'École Polytechnique de Montréal. Antérieurement, j'ai eu la chance d'enseigner l'éthique de la sécurité publique à la Sûreté du Québec, au SPVM et aussi à la police de Laval. De plus, j'ai été chercheur à la Sûreté du Québec sur des questions éthiques. En plus de l'enseignement, j'ai aussi une expérience de consultant. Il m'arrive donc de donner des avis éthiques sur des problématiques de tout ordre, et ce, dans différents dossiers.

Le premier point que je voudrais soulever est qu'à mes yeux, l'éthique n'est pas un système normatif tel que plusieurs le croient. C'est encore moins un système déontologique. Pour moi, l'éthique est une réflexion critique lorsque les normes ne suffisent pas. Lorsque l'incertitude dans la prise de décision et l'imperfection intrinsèque des lois, codes et normes que l'on peut avoir composent notre réflexion, on est, à mes yeux, dans un environnement de réflexion éthique.

C'est avec joie que je réponds à votre invitation. Cela représente un défi monumental pour moi. C'est avec beaucoup d'humilité que je termine la séance des présentations. À mon âge, réaliser une performance comme celle-ci en 10 minutes, c'est quelque chose.

En premier lieu, trois grands champs de réflexion me sont venus assez rapidement. Premièrement, j'aimerais parler de l'arme en soi. Deuxièmement, j'évoquerai son utilisation par les policiers. Troisièmement, je vais aussi m'intéresser aux cibles qui sont visées par ceux-ci lors de l'utilisation du Taser ou de l'arme non létale. Par la suite, si vous le souhaitez, vous pourrez m'interroger pour permettre l'approfondissement des questions que je vais soulever. Je vais soulever beaucoup de questions, ce qui n'est pas facile à faire en 10 minutes.

Parlons d'abord de l'arme non létale en soi. La première chose qui m'a frappé est qu'il y a plusieurs définitions de cette arme. Comme mon collègue vient de le mentionner, on peut parler d'arme à impulsion électrique, électromagnétique ou d'arme de poing. On peut aussi parler d'arme moins létale ou moins que létale. Ce sont des expressions que l'on retrouve dans les articles et dans la littérature. Le terme lui-même comporte donc une certaine ambiguïté. Selon moi, ce n'est pas seulement une question de sémantique ou de lexicale. Sait-on exactement de quoi on parle lorsqu'on parle de l'arme non létale? Aujourd'hui, on parle de Taser, qui est une compagnie représentative de l'arme non létale, mais cela existait déjà antérieurement.

À mon avis, il y a là un paradoxe pour le commun des mortels, à savoir si l'arme est létale ou peut-être létale. Connaît-on ou non les conséquences prévisibles de son utilisation? Pour un bon père de famille, qui tâche d'établir ce que le Code civil actuel appellerait plutôt « agir en personne prudente et diligente », il y a là matière à confusion. Qu'est-ce que c'est exactement? Dernièrement, le ministre de la Justice du Québec, lors d'une entrevue à Radio-Canada, a commencé par dire que c'était une arme, et il a fini son discours en disant que c'était un instrument. Qu'est-ce exactement? La définition de l'arme n'est pas innocente non plus. Parler d'une arme ou d'un instrument n'est pas la même chose.

Aux États-Unis, les policiers qui utilisent présentement cette arme refusent l'appellation « non létale ». On comprend bien pourquoi. Ils vont préférer l'appellation « moins létale » ou « moins que létale » parce qu'ils savent très bien qu'autrement, si jamais un incident survenait — un accident ou un décès —, ils seraient poursuivis.

● (1620)

La protection juridique est plus évidente pour le policier s'il utilise un terme qui couvre un peu en quelque sorte ce qu'est cet objet. Donc, en refusant l'appellation « non létale » dans le cas du pistolet Taser, les policiers américains savent-ils quelque chose que nous ne savons pas?

L'origine de l'arme est militaire. Il faut comprendre pourquoi on a commencé à utiliser des armes dites non létales. C'est justement à cause de la couverture médiatique de la guerre. Les gens sont choqués de voir des scènes d'horreur. On pourrait remonter jusqu'à l'époque de la guerre du Vietnam. La population canadienne est

choquée de voir des scènes d'horreur. Selon moi, il n'y a pas de surreprésentation. Ce sont des images de guerre choquantes. Les militaires se sont alors dits qu'étant donné qu'ils devaient composer avec la couverture médiatique, ils allaient développer des armes non létales, ce qui est une très bonne idée en soi.

Les militaires ont déterminé que l'intention du fabricant et celle de l'utilisateur étaient suffisantes pour légitimer l'utilisation de cette arme. L'OTAN et le ministère américain de la Défense ont statué formellement dans leurs documents que leur intention première était de ne pas tuer, et que c'était pour cette raison qu'ils allaient utiliser une arme non létale.

Qu'on le veuille ou non, l'expression « non létale » semble avoir un sens univoque aux yeux de la population en général, c'est-à-dire que l'arme est clairement non létale, elle ne tue pas. La définition de l'arme en soi pose problème, ce qui aura des répercussions sur la population.

Le simple fait de justifier une responsabilité ne suffit pas sur le plan éthique. En matière d'éthique, il est non défendable d'invoquer strictement une intention pour prendre une décision. Il faut également avoir la compétence pour prendre des décisions. A-t-on la compétence requise pour utiliser ces outils? Finalement, on doit se poser une question de responsabilité: lorsque j'utilise cet objet, les conséquences sont-elles prévisibles?

Si les conséquences sont imprévisibles dans un cas donné et qu'il s'agit vraiment d'un incident ou d'un accident, il est légitime d'utiliser cette arme si on a la compétence requise et si on a de bonnes intentions. Par contre, si les conséquences peuvent être la mort — il n'y a pas assez d'études présentement pour statuer sur cette question —, on ouvre la porte à une irresponsabilité. À mes yeux, ce serait éthiquement non défendable. Les intentions du concepteur et celles des utilisateurs qui étaient, à l'époque, des militaires, sont bonnes, mais elles ne suffisent pas pour dire que cette utilisation est éthiquement défendable.

Les collègues ont parlé beaucoup mieux que moi des recherches. Ces recherches sont limitées et elles vont susciter beaucoup de controverse. L'insuffisance d'études scientifiques et d'études indépendantes sur ce sujet, le nombre d'essais de l'arme sur des animaux ou la validité scientifique des résultats, la recherche quasi inexistante quant aux effets et aux conséquences potentielles sur tout le corps, y compris les conséquences psychologiques, sont des questions qui demeurent sans réponses, comme les collègues l'ont mentionné.

L'utilisation de l'arme pose aussi des questions fondamentales. L'innocuité de l'arme a-t-elle été démontrée avant son utilisation? Compte tenu de la recherche et de la certification éthique au Canada, il devrait être exigé qu'on démontre l'innocuité de l'arme avant de la mettre sur le marché. Est-il nécessaire de démontrer son innocuité? Oui. Doit-on prouver que son utilisation ne comporte aucun risque? Non, parce que le risque zéro n'existe pas.

Donc, il faut y réfléchir, faire des recherches et assumer la responsabilité des conséquences prévisibles de nos actes. Mais c'est là que réside le problème. Les gens ayant différents intérêts feront valoir que la mort n'est pas une conséquence prévisible de l'utilisation du pistolet Taser.

● (1625)

On dit que telle ou telle personne est décédée trois minutes plus tard, 24 heures plus tard, etc. On ne peut pas assumer une responsabilité que l'on nie. En cherchant un lien causal formel scientifique, on nie.

J'ai examiné quelques protocoles, par exemple celui qui concerne le délire agité. Comment se comporter lorsqu'on utilise l'arme dans un cas de délire agité? Comment se comporter devant des femmes et des enfants? À un moment donné, j'en suis venu à me poser une question relativement simple: comment va-t-on évaluer qu'une femme est enceinte si elle est prostituée et toxicomane et qu'elle est en état de désorganisation? Comment le policier fera-t-il cette évaluation?

Un flou conceptuel entoure l'expression « délire agité ». Il ne faut pas oublier que, comme mes collègues l'ont mentionné, ce délire a plusieurs causes, dont l'intoxication, bien sûr, et la maladie mentale. Cela pose des questions fondamentales. Est-ce la réponse qu'on donne pour ce concerne les plus démunis de notre société? On parle aussi de personnes qui ne méritaient pas qu'on utilise le pistolet Taser sur elles. Il y a eu plusieurs cas. On a associé 20 cas directement, mais à Montréal, on a eu une série de cas, entre autres, qui ne nécessitaient pas l'utilisation de cette arme. Les gens résistaient de façon passive ou étaient menottés, et l'utilisation de l'arme n'était pas nécessaire.

Face à la maladie mentale et à la polytoxicomanie, la réponse de notre société sera-t-elle de dire que parce que ces gens sont désorganisés et créent beaucoup de problèmes dans la rue, on utilisera le pistolet Taser sur eux? Est-ce la société que nous voulons? Il y a des cas moins graves, mais lorsqu'il y a des décès lors d'une arrestation, une enquête sérieuse est menée. On veut connaître la cause du décès. Si les méthodes doivent être changées, elles le sont. Dans le cas du pistolet Taser, ça semble plus flou.

La Charte canadienne des droits et libertés semble également poser problème. J'ai parlé des cibles visées. On peut aussi parler d'abus, de perte de contrôle, de problèmes de formation des policiers, mais au fond, quel genre de policiers voulons-nous?

Je voudrais terminer simplement en disant qu'il m'apparaît important de revaloriser le rôle du policier. C'est un métier corrosif et très difficile. J'ai assisté à des désorganisations dans le milieu criminel — j'ai fréquenté des policiers, etc. — et je peux dire que c'est un milieu très difficile. On demande beaucoup à nos policiers. En contrepartie, l'image publique est souvent atteinte. C'est un des gros problèmes que pose le pistolet Taser.

L'outil fondamental du policier est la qualité de son lien de confiance avec le citoyen. Si ce lien est perdu, on multipliera les problèmes associés au pistolet Taser.

● (1630)

[Traduction]

Le président: Merci. Nous allons immédiatement passer à la période de questions et de commentaires.

Monsieur Dosanjh, s'il vous plaît.

L'hon. Ujjal Dosanjh (Vancouver-Sud, Lib.): Merci beaucoup pour vos exposés très réfléchis. Cette séance a été en fait l'une des plus intéressantes jusqu'à présent parce que ce sont là des questions qui n'ont jamais été soulevées jusqu'ici.

D'après mon expérience en matière d'application de la loi comme procureur général pendant quatre ans et demi, il me semble que ces dernières années, depuis que le Taser a été utilisé pour la première fois lors d'un projet pilote à Victoria, les services de police en sont essentiellement tombés amoureux un peu aveuglément. En fait, il y a eu d'importants dérapages concernant son utilisation.

J'ai été intéressé par la remarque de M. Butt selon laquelle nous ne devrions pas demander de moratoires s'il s'agit d'une solution de rechange à une force mortelle. De tous les rapports, le plus récent, de

la Nouvelle-Écosse je crois, indique que l'utilisation du Taser a augmenté de façon phénoménale. Les décès liés à l'usage de la force au moyen d'une arme dans les services de police à Calgary, à Montréal et à Vancouver sont demeurés stables. L'utilisation du Taser a augmenté de manière phénoménale et, comme vous l'avez mentionné, il y a eu 20 décès au cours des dernières années.

Par ailleurs, il me semble que l'on peut arriver à la conclusion, très simplement et sans entrer dans les détails trop complexes, que le Taser est utilisé de manière plutôt irréfléchie et plutôt inutilement, car si vous avez eu besoin dans une certaine mesure de recourir aux armes de poing dans le passé et que quelques personnes seulement ont perdu la vie, et que ce chiffre est demeuré stable, notre société est-elle soudainement devenue si violente qu'un policier sur trois a besoin d'un Taser?

Toutes les questions éthiques que vous avez soulevées nous ramènent en fait à la question même que j'ai évoquée auprès du commissaire aux plaintes l'autre jour: le fait que la GRC n'a pas mis en oeuvre ses deux principales recommandations pour le répertoire comme étant une arme à impact, et je pense que certains d'entre vous en conviendront.

Ma question pour vous est la suivante: Vous dites, monsieur Savard, qu'il n'existe aucune preuve qu'il s'agit d'une arme sûre, qu'il n'y a pas eu suffisamment de recherches pour le démontrer. Le cas échéant, que conseillez-vous? Comment changer l'utilisation pour tenir compte de l'ensemble des hésitations et des questions que vous avez exprimées?

Vous pouvez tous répondre à cette question.

M. Pierre Savard: Pour commencer, je peux faire un parallèle avec la cigarette et le cancer du poumon. Dans les années 1960, on a commencé à penser que la cigarette pouvait mener au cancer du poumon. Il est très difficile de prouver qu'une personne donnée est décédée du cancer du poumon parce qu'elle fumait la cigarette. Cependant, il est possible de prouver grâce à une approche épidémiologique que le tabagisme augmente le risque de développer un cancer.

C'est ce que j'ai essayé de démontrer: qu'il existe un risque accru de mortalité après avoir été atteint par une arme à impulsions quand on souffre de maladies cardiaques. Je crois que ces personnes vulnérables atteintes de maladies cardiaques ou souffrant d'autres conditions médicales sont plus à risque de perdre la vie.

Je pense que nous devrions réduire au maximum l'utilisation du Taser. C'est tellement facile. C'est comme la touche de discrétion sur votre télécommande; si vous en avez assez d'écouter quelqu'un, vous appuyez sur le bouton, et le tour est joué.

Ce n'est pas ce que nous souhaitons faire. Nous voulons utiliser le Taser quand une personne est sur le point d'en blesser une autre ou de se faire du tort à elle-même et a vraiment besoin qu'on l'en empêche. Je comprends que dans certaines circonstances, on doit maîtriser certaines personnes, et mon collègue ici qui a travaillé dans des hôpitaux peut nous en dire plus long sur les autres modes de contention qui sont utilisés pour les personnes agitées.

À tout le moins, je crois que nous devrions essayer de réduire le plus possible l'utilisation du Taser. C'est ce que je voulais dire.

● (1635)

Le président: Merci. Qui voudrait être le prochain intervenant?

Madame Hall?

Dre Christine Hall: Bien sûr. Je crois que c'est une question simple avec une réponse compliquée. Votre question en soulève d'autres dans mon esprit, et la première, c'est que la sécurité et le champ d'activité sont deux choses différentes. Je crois que la plupart d'entre nous de ce côté-ci sont mal placés pour répondre aux questions entourant l'utilisation des paradigmes de la force et comment tout cela s'articule.

Cela dit, je crois que l'une des questions consiste à déterminer qui définit un niveau de sécurité acceptable et comment il le fait. À mon avis, l'une des grandes conceptions erronées, et ce que j'ai dû apprendre quand j'ai commencé ces recherches, est la suivante: cette arme a-t-elle été conçue précisément comme solution de rechange à une force mortelle? Autrement dit, amène-t-on un Taser dans une fusillade? La réponse, dans les corps policiers, c'est que si vous êtes dans la mire de quelqu'un, vous ne devriez pas penser à sortir un Taser.

Je crois donc que ce concept, même s'il est un peu rudimentaire, est très important dans tout cela. Et l'une des grandes responsabilités de votre comité, c'est de décider comment tout cela s'articule.

Quand on considère l'arme précisément comme une solution de rechange à une force mortelle, c'est clairement une question tout à fait différente de ce qui se passe au Canada et en Amérique du Nord à l'heure actuelle. Ce qu'on constate quand on examine les évaluations des données des services de police, c'est que les policiers se servent des pistolets à impulsions. Il ne fait aucun doute que chaque personne dans cette salle pourrait raconter une histoire où le Taser a été utilisé de manière inappropriée. C'est la même chose avec toutes les armes ou méthodes de contention existantes. Mais quand les policiers sortent le pistolet à impulsions, c'est quand ils sont très près de la personne, lors de confrontations corps à corps. C'est ce qui arrive habituellement, à ma connaissance, d'après la documentation et les dossiers que j'ai lus et dans les enquêtes où j'ai témoigné. Je ne dis pas que c'est tout ou rien.

Il n'y a pas de « toujours » ou de « jamais » en médecine. Par conséquent, la discussion pour déterminer si c'est mortel ou non, ou si ça l'est moins — aucune méthode, peu importe comment on l'appelle, ne sera l'une ou l'autre, et c'est ce qui importe. L'utilisation de la force est donc un facteur.

La sécurité et qui détermine le caractère approprié des études sont extrêmement importants pour moi et tout le monde dans cette salle. Pour utiliser le modèle de la recherche pharmaceutique, les données sont évaluées en se servant d'animaux pour les médicaments, puis les tests sont effectués sur des volontaires en bonne santé pour déterminer le dosage, les effets secondaires, etc. Tôt ou tard, tous les médicaments sont testés au lieu clinique pour lequel ils sont conçus. C'est ce qui se passe avec la technologie des armes à impulsions en ce moment.

Personne d'entre nous qui connaît la contention croit qu'aucune méthode de contention ne causera jamais de préjudices et la mort. Il faut donc se demander à quelle fréquence et dans quelle circonstance la situation devient-elle intenable? La réponse dépend dans une grande mesure de qui vous êtes. Si vous êtes un policier au scaphoïde fracturé qui ne travaille pas pendant 12 semaines et qui souffre d'arthrite chronique au poignet à la suite d'un combat corps à corps, le niveau de sécurité requis d'un système d'arme est très différent que si vous êtes la mère d'une fille de 23 ans accroc à la méthamphétamine décédée dans la salle de bain.

La question de la sécurité est donc très importante.

La sécurité médicale est très différente par rapport au niveau de sécurité auquel on s'attend dans les services de police. Les médecins

sont responsables à 70 p. 100. Autrement dit, si vous allez vous faire enlever la vésicule biliaire, l'anesthésiste vous donne une liste de risques, les infirmières vous donnent une liste de risques, l'hôpital vous donne une liste de risques et le chirurgien vous donne une liste de risques. Nous prenons tous les risques en considération et les comparons à la gravité de la situation.

Je crois que l'une des choses essentielles qu'on a dites de ce côté-ci, c'est que décider quand on dispose de suffisamment de données n'est pas une mince affaire. Nous devons mieux surveiller ce que nous faisons et l'évaluer objectivement.

• (1640)

Le président: Merci.

Quelqu'un souhaite-t-il répondre?

Monsieur Butt.

M. John C. Butt: Si je puis me permettre, j'aimerais remercier sur les propos de Mme Hall, avec qui je suis d'accord.

En ce qui concerne l'utilisation accrue du Taser, il n'y a pas de doute que cela est attribuable à la vente du dispositif. C'est une évidence: s'il y a plus de voitures dans une collectivité, il y aura forcément plus d'accidents. Cela illustre le point de Mme Hall selon lequel il est très difficile de mener des recherches.

Cela étant dit, lorsque le professeur Lapierre a parlé des personnes qui ont recours à ce dispositif, il a mentionné deux choses importantes. Tout d'abord, il a soulevé la question de la formation et celle des abus et de la perte de contrôle, malgré la formation qui a été suivie.

Pour vous donner un exemple, M. Dziekanski est mort à Vancouver l'an dernier à la mi-octobre. J'étais à Savannah, en Georgie, et c'est devenu une préoccupation pour moi. Un soir, je me suis rendu à un studio de télévision pour participer à une émission canadienne à ce sujet. Les gens sur le plateau m'ont demandé en quoi cela consistait, étant donné que j'accordais des entrevues en tant qu'expert. Ils ont trouvé cela intéressant puisqu'on avait déjà soulevé la question de son utilisation dans les écoles.

Ce n'est pas acceptable dans notre société. En même temps, bon nombre d'entre vous ont probablement visité le site Web du Taser et remarqué que le dispositif s'offre dans plusieurs couleurs attrayantes pour les femmes et dans un format qui se dissimule bien dans un sac à main ou ailleurs.

Le président: Nous devons accélérer un peu.

Allez-y, monsieur Ménard.

[Français]

M. Serge Ménard (Marc-Aurèle-Fortin, BQ): Merci.

Vous constituez indéniablement le groupe de témoins qui nous sera le plus utile. Franchement, j'aimerais passer plusieurs heures avec vous afin d'avoir une discussion en profondeur. Je crois vraiment que vous êtes les plus susceptibles de nous aider à prendre les décisions que nous devons prendre, malgré toutes les imperfections des politiciens, qui sont des spécialistes de tout et de rien à la fois.

On retrouve quand même ici diverses expériences. J'ai été ministre de la Sécurité publique assez longtemps au Québec; notre consoeur a été ministre de la Santé; celui-là a été procureur général et premier ministre, même s'il est trop humble pour le dire. De l'autre côté, il y a d'anciens chefs de police. Malgré tout cela, nous sommes encore très indécis quant à l'utilisation du pistolet Taser.

Au début des années 2000, quand il fallait décider si on en achèterait ou non, on nous le présentait comme un instrument qui sauverait des vies parce qu'il serait utilisé dans des circonstances où, autrement, on aurait utilisé une arme à feu. Il est évident que le pistolet Taser est moins dangereux qu'une arme à feu. Cela va de soi. Je croyais qu'on ne l'utiliserait qu'au moment où l'utilisation d'une arme à feu serait justifiée. J'ai découvert ici que ce n'était plus le cas. Au contraire, les chefs de police et le commissaire de la GRC nous ont dit que le pistolet Taser était classé dans une catégorie inférieure à l'arme à feu — je ne me souviens plus des classifications qu'on nous a données —, mais dans laquelle d'autres instruments étaient classés. Je ne me rappelle plus, mais on pourrait trouver cela dans les comptes rendus des témoignages. Je n'osais pas le dire, mais il est dans la même catégorie que le bâton. Selon votre témoignage, vous ne le classeriez pas dans cette catégorie.

Je suis conscient d'une des choses que Mme Hall nous explique bien et que, j'en suis sûr, les policiers auraient relevée. En principe, l'arme à feu est vraiment une arme de dernier recours. C'est aussi une arme dissuasive. Je comprends parfaitement que si on fait face à quelqu'un qui est sur le point d'utiliser une arme et qu'on n'a pas de pistolet Taser à portée de la main, on n'est pas... Enfin, il semble y avoir une période où c'est un peu flou et où on aurait de la difficulté à justifier l'utilisation de ce pistolet.

Vous ai-je bien compris? Dès le début, M. Butt a posé la question essentielle: pourquoi interdire l'utilisation du pistolet Taser si c'est une alternative à l'utilisation de la force létale? Personnellement, je réponds sans aucune espèce d'hésitation à cela que s'il est seulement utilisé comme alternative à l'utilisation de la force létale, nous ne devrions pas l'interdire.

Cependant, je m'aperçois que dans la pratique, il est utilisé lorsque la situation risque de dégénérer en un affrontement. S'il y a des armes en présence, c'est plus facile, mais ça ne l'est pas dans les situations qui risquent de dégénérer en un affrontement plus dangereux. C'est nettement là que l'on se pose des questions. Le cas de l'aéroport de Vancouver est un bon exemple, quoiqu'on aimerait bien voir le film complet de ce qui est arrivé. On le verra, d'ailleurs. Cela dit, nous sommes inquiets.

L'utilisation dans les cellules est une autre utilisation possible. Il est arrivé qu'on tue des gens lors de leur arrestation en utilisant d'autres méthodes d'immobilisation. Au Québec, une personne est décédée lors de son arrestation par la police de Montréal. C'est aussi arrivé à Québec. On a tué un joueur de hockey, un véritable colosse qui, de toute évidence, avait pris de la drogue. Près d'une dizaine de policiers de Québec s'y sont mis pour essayer de le maîtriser. Je me souviens qu'à l'époque, on me donnait des exemples. On me disait que M. Kordic serait encore vivant.

Seriez-vous d'accord pour qu'on cerne bien les circonstances dans lesquelles on peut utiliser le pistolet Taser? D'abord, il est évident que si la personne est armée et qu'elle risque de blesser d'autres personnes autour d'elle, le pistolet Taser est préférable à l'arme à feu.

• (1645)

Par contre — et j'aimerais bien vous entendre là-dessus —, là où cela pose problème, selon moi, c'est dans les situations qui risquent

de dégénérer en affrontements et où l'un des participants peut subir des blessures graves ou mourir.

[Traduction]

Le président: Monsieur Lapierre.

[Français]

M. Bernard Lapierre: Revenons à la question du moment de l'utilisation du Taser par les policiers. Il m'apparaît évident qu'on devrait l'utiliser juste avant l'arme létale. Plusieurs études ont été faites à ce sujet en Europe, principalement en Suisse. C'est dans ces circonstances qu'on a voulu que soit utilisée cette arme.

M. Serge Ménard: Ce n'était donc pas pour remplacer le bâton.

M. Bernard Lapierre: Ce n'est pas du tout pour cela.

Il y a un autre problème. En tant que philosophe confronté à cette question, j'ai de la difficulté, comme vous, à connaître la finalité de cette arme. Je ne sais pas si on dit la même chose; c'est probablement juste une question de langage. Pourquoi a-t-on créé cet outil? En vue de quoi utilise-t-on cette décharge électrique? Pour remplacer quoi? Pour faire quoi?

• (1650)

M. Serge Ménard: Monsieur Lapierre, puisque nous avons peu de temps, je crois que je peux répondre à cette question à peu près comme le feraient l'ensemble de mes confrères. Le but est de maîtriser quelqu'un qui risque de devenir dangereux — lorsque le risque de devenir dangereux est sérieux — et de le maîtriser sans lui causer de blessures graves.

M. Bernard Lapierre: Je suis d'accord avec vous, et je m'en doutais. Cependant, voyons quelles sont les finalités avouables. On constate que le nombre de blessures des policiers diminue de façon radicale, tout comme le nombre de blessures des personnes qui sont arrêtées. Il est très significatif de voir que l'outil réduit les blessures chez les policiers de façon marquée. Le but est-il de réduire le nombre de blessures? Je ne le sais pas et je ne peux pas répondre à cette question. Je ne me sens pas à l'aise d'établir la finalité explicite de cette arme. De plus, ce qui est soulevé par les médias ou ce qu'on peut voir — même Amnesty internationale révèle maintenant des cas de torture avec cette arme — est justement qu'on l'utilise dans des cas où, de toute évidence, le commun des mortels ne voit pas pourquoi on l'a utilisé.

En conclusion, j'aimerais souligner qu'en cas de délire agité ou de polytoxicomanie, selon moi, l'intervention doit d'abord être médicale. Je comprends que la personne peut bouger, se déplacer et être menaçante, mais que faisait-on avant l'apparition du Taser? Que fait-on dans les hôpitaux ou les centres psychiatriques? Que fait-on dans les maisons de détention ou dans les pénitenciers pour maîtriser des gens qui sont désorganisés? Utilise-t-on le Taser?

[Traduction]

Le président: Merci.

Madame Priddy, à vous la parole.

Mme Penny Priddy (Surrey-Nord, NPD): Merci, monsieur le président.

J'ai trois ou quatre questions. Mes deux premières s'adressent à M. Butt ou à Mme Hall.

Tout d'abord, connaissez-vous le pourcentage de gens qui souffrent d'arythmie cardiaque, sans qu'on leur ait diagnostiqué parce que ce n'est pas suffisamment grave?

Ensuite, je sais qu'une autopsie ne permettrait pas de déterminer qu'une personne a souffert d'une arythmie cardiaque, mais si on pouvait installer un moniteur cardiaque aussitôt qu'on parvient à maîtriser la personne, serait-on mieux en mesure de savoir s'il y a un lien entre l'arythmie cardiaque et le décès?

Monsieur Savard, la même question peut s'adresser à vous et à M. Lapierre. L'autre jour, j'ai dit en riant que j'appuyais les femmes entrepreneures, que je trouvais ça merveilleux, mais que jamais je n'aurais songé aux présentations « Taserware ». On en retrouve dans l'état d'Arizona au même titre que les présentations « Tupperware ».

Quand j'ai demandé ce qui arriverait si on utilisait le pistolet Taser sur un enfant, on m'a répondu que cela ne pourrait jamais se produire. On entend maintenant des histoires — soit qu'on y a eu recours dans une école ou qu'un parent s'en est procuré un et l'a utilisé sur un enfant. C'est absolument terrifiant. J'aimerais que M. Lapierre réponde à cette question.

M. John C. Butt: Je pourrais probablement commencer en parlant un peu de la question des maladies cardiaques dans la population.

Le Dr Hall a assumé beaucoup plus de responsabilités et a bien plus d'expérience que moi en salle d'urgence. Dans ma pratique, je n'ai pas vu de patient vivant depuis 1967; je dois donc faire attention à ce que je dis.

Les maladies coronariennes sont très fréquentes au sein de la population. Le professeur Lapierre nous a d'ailleurs donné les statistiques. Le Dr Hall m'a incité à ouvrir une parenthèse. Dans les statistiques que nous a fournies le professeur Lapierre, il n'y a aucune corrélation entre les maladies coronariennes diagnostiquées chez un très petit nombre de gens au sein de la population et le fait qu'ils consommaient une drogue, plus précisément de la cocaïne. La consommation de cocaïne contribue au développement des maladies coronariennes et des arythmies cardiaques.

C'est l'une des grandes énigmes dans ce travail. Le Dr Hall, si je ne me trompe pas, l'a souligné et est certainement mieux en mesure que moi de vous l'expliquer.

Il n'y a pas beaucoup de maladies cardiaques qui peuvent être identifiées chez les jeunes à l'autopsie. En général, lorsqu'il s'agit d'arythmie, il y a souvent un problème pathologique ou anatomique en cause. Ce qui provoque principalement l'arythmie cardiaque, c'est le type de maladie dont le professeur Lapierre a parlé, c'est-à-dire la coronaropathie occlusive qui, comme je l'ai dit, est aggravée par la consommation de cocaïne.

•(1655)

Mme Penny Priddy: Souhaitez-vous intervenir, madame Hall?

Dre Christine Hall: Je pense que c'est une observation très importante.

Je comprends que le Dr Savard voulait illustrer les nombreux cas de maladies coronariennes au sein de la population. Des statistiques, de gros mensonges — et nous savons tous ce qu'il en est, mais lorsque vous évaluez une telle statistique, vous devez tenir compte de la consommation d'une substance illicite.

La cocaïne et la méthamphétamine partagent de nombreuses caractéristiques. Vous ne verrez pas des gens dépendants de la méthamphétamine en consommer pendant plusieurs années. C'est une drogue très dévastatrice. Pourtant, vous verrez des cocaïnomanes invétérés. La cocaïne, mélangée à l'alcool, se transforme en cocaéthylène et est maintes fois plus susceptible de causer une athérosclérose coronarienne que la cocaïne toute seule, laquelle est

souvent associée aux maladies cardiaques. Il y a donc une confusion entourant les données.

Mme Penny Priddy: Si nous pouvions installer un moniteur cardiaque immédiatement, aurions-nous une meilleure idée de ce qui se passe?

Dre Christine Hall: C'est exactement la question que nous essayons de régler. Il y a quelques éléments importants à prendre en considération.

Dans un monde idéal, c'est ce qui se produirait. Des personnes ont été victimes du syndrome de mort subite sous garde à la suite d'une contention alors qu'il y avait sur place un moniteur cardiaque et une équipe spécialisée en technique de réanimation cardiorespiratoire. Dans les rares cas où il y avait un moniteur, aucune des personnes ne présentait de fibrillation ventriculaire.

Pourquoi on ne peut pas installer de moniteur? C'est parce qu'on ne peut pas s'approcher d'elles.

On a mentionné au sein de ce comité que ces personnes avaient besoin de soins médicaux, et cela ne pourrait pas être plus vrai. Toutefois, comment s'y prend-on pour faire entrer dans une ambulance ou dans une salle d'urgence un individu de 280 livres, intoxiqué par la méthamphétamine, violent, destructif et combatif? Pas plus tard que la semaine dernière, à l'hôpital Black Diamond, un individu a lancé des bouteilles d'oxygène à travers la vitre et s'en est pris au médecin. Que faire dans ce cas, surtout lorsque les agents de sécurité ne sont pas armés?

Mme Penny Priddy: J'imagine que ce sera possible après avoir eu recours au pistolet Taser.

Dre Christine Hall: Vous soulevez un excellent point. Le problème, c'est que lorsque ces individus meurent subitement sous garde, peu importe qu'on ait utilisé le pistolet Taser ou non, ils deviennent soudainement très calmes et n'ont plus de pouls. Quand vous aurez installé le moniteur cardiaque, si des ambulanciers sont présents, il sera déjà trop tard.

Mme Penny Priddy: En ce qui concerne l'utilisation du Taser sur les enfants, professeur Lapierre, avez-vous quelque chose à dire? Cela m'effraie beaucoup.

[Français]

M. Bernard Lapierre: Je reviens à la question de la finalité de l'arme. Il faut se demander si le pistolet Taser, cette arme non létale, correspond vraiment aux valeurs, au type de société et au genre de policiers qu'on veut avoir au Canada. Si la réponse est oui, il n'est plus nécessaire de réfléchir au problème.

On parle d'hommes violents, mais il y a une différence entre des gens violents, agressifs, cocaïnomanes ou non, et ceux dont on nous a présenté le cas jusqu'à maintenant. Il semble y avoir une banalisation de l'arme. Cette banalisation pourrait-elle aller jusqu'à l'utilisation de cette arme par les enfants? À mon avis, en termes d'intégrité et de dignité humaine, on est en pleine situation de dérapage, du moins de dérapage possible. L'utilisation d'un outil semblable par des enfants est de la barbarie. On n'a pas besoin d'être philosophe pour le comprendre.

C'est barbare. Même en ce qui concerne l'utilisation de cette arme par des clientèles passives ou malades, je me pose de sérieuses questions. En effet, on imposerait une énorme responsabilité aux policiers en laissant une marge très floue. Ils devraient avoir des connaissances médicales, et ainsi de suite. Ça n'a aucun sens. Je ne suis pas médecin, mais il reste que, selon les affirmations des médecins ici présents, ces situations sont des urgences médicales.

• (1700)

[Traduction]

Le président: Très bien. Il faut maintenant passer à quelqu'un d'autre.

[Français]

M. Bernard Lapierre: L'urgence médicale peut nécessiter l'emploi de la force, mais je ne sais pas si le pistolet Taser est l'outil approprié.

[Traduction]

Le président: Merci.

Nous allons maintenant céder la parole aux députés ministériels.

Monsieur MacKenzie.

M. Dave MacKenzie (Oxford, PCC): Merci, monsieur le président, et merci également à tous les témoins.

En fait, la dernière question était un peu absurde puisque les civils ne sont même pas autorisés à utiliser le Taser au Canada; son emploi est réservé strictement aux policiers. Par conséquent, les enfants ne devraient pas être en contact avec ce dispositif, et si vous voulez tenir ce débat, vous devrez aller aux États-Unis.

Je me rends compte qu'il y a deux énormes différences ici. L'un vient d'un milieu pratique et l'autre d'un milieu un peu plus théorique. Je peux vous dire comment nous nous y prenons pour immobiliser des individus avant l'arrivée du gaz poivré et du pistolet Taser. Je ne pense pas que la grande majorité des Canadiens s'opposeraient aux nouveaux outils dont disposent les policiers. Par le passé, on avait tout simplement recours à la force.

Madame Hall, ces dix dernières années, vous avez probablement remarqué un changement dans les salles d'urgence... Pourriez-vous nous dire si, au cours des dix dernières années, vous avez noté un changement en médecine d'urgence, en ce qui a trait aux patients plus violents ou attaqués plus violemment? Est-ce le cas?

Dre Christine Hall: Il y a plusieurs réponses à cette question — mais je vous promets d'être brève.

Le Drug Abuse Warning Network, aux États-Unis, dont vous pouvez recueillir les données, a révélé qu'il y a six ans, si je ne m'abuse, la moitié de la population américaine avait déjà consommé une substance illicite, soit une drogue psychoactive telle que la cocaïne. Nous demandons maintenant systématiquement aux personnes âgées de 65 ans et plus s'ils ont consommé des drogues illicites telle que la cocaïne, parce que c'est courant. Si on ne leur demande pas, on ne le sait pas, et c'est important de le savoir, surtout s'ils sont victimes d'une crise cardiaque.

Mon expérience en médecine d'urgence se limite à ma résidence, qui a duré cinq ans, et à ma pratique clinique, où j'entame ma septième année; j'ai donc douze ans d'expérience comme médecin et quinze ans en tant qu'infirmière. Quand j'ai déménagé dans la paisible petite ville de Victoria, j'étais loin de me douter que j'aurais à traiter autant de cas de gens intoxiqués par la méthamphétamine. Des individus surstimulés, hypertendus, tachycardiques, agités et psychotiques, j'en voyais presque tous les jours.

Lors de ma première journée à Victoria, mon patient s'est levé avec sa civière dans le dos et a percuté la porte de verre de la salle de traumatologie — imaginez, debout avec une civière dans le dos, plus précisément un lit de contrainte aux quatre extrémités.

La population en général n'a jamais vécu ce type d'agitation. Les gens qui parlent d'interactions psychologiques et d'interventions thérapeutiques n'ont jamais vu une personne psychotique agitée. Peu

importe qu'elle soit psychotique parce qu'elle souffre de schizophrénie organique — qui est une maladie débilitante terrible, et elle peut avoir des crises psychotiques même si elle suit à la lettre ses ordonnances de médicaments... Un schizophrène qui consomme de la cocaïne, ce qui est étonnamment courant, augmente ses chances d'être pris d'une crise psychotique.

Pour ces gens, le délire est caractérisé par une altération du niveau de conscience, de la pensée et des sens. Ils perçoivent les choses différemment et ne peuvent pas se raisonner.

Si je vous dis qu'en ce moment, une petite licorne caracole au milieu de la salle, vous allez me répondre que non et je vais vous donner raison. Toutefois, si je n'arrive pas à me débarrasser de cette pensée et que je lutte pour ma vie dans ma tête... C'est incroyable de voir la force que ces gens ont. Quiconque a déjà essayé de faire une prise de sang à un enfant de deux ans sait de quoi je parle: la force surhumaine.

Par contre, pour répondre précisément à votre question, il n'y a pas de doute que la consommation de méthamphétamine et de cocaïne est en hausse au pays; une hausse logarithmique.

La ville de Calgary a recueilli des données, si je ne me trompe pas, il y a deux ans, sur la fréquence des interactions policières où la cocaïne était en cause, et elle s'élevait à 300 p. 100 au cours d'une année. Au cours de la même année, les blessures infligées aux policiers s'élevaient aussi à 300 p. 100. Ce n'est donc plus la même personne que nous rencontrons dans nos rues, dans nos hôpitaux et nos unités psychiatriques aujourd'hui qu'il y a 10 ou 15 ans.

Cela ne progresse pas de la même façon partout au pays. Cela va d'ouest en est, et vous n'avez encore rien vu en Ontario.

• (1705)

M. Dave MacKenzie: Merci.

Docteur Butt, si je me rappelle bien, vous avez dit avoir vu une augmentation du nombre de décès à partir des années 1970. Je comprends vos propos et connais vos antécédents, mais en tant que pathologiste, je suis convaincu que vous faisiez des tests toxicologiques dans la plupart des cas de décès que vous rencontriez, depuis ce temps-là jusqu'à aujourd'hui.

M. John C. Butt: Toujours.

M. Dave MacKenzie: Est-ce que la fréquence de ces tests a augmenté, sur le plan...? Nous avons vu beaucoup de ce que nous appelons des accros aux stimulants. Le phénomène a commencé dans les années 1970, et comme le Dr Hall l'a indiqué, on en voit de plus en plus. Est-ce que le nombre — sans vous fonder sur des données scientifiques mais plutôt sur vos observations — augmente au même rythme que les décès?

M. John C. Butt: Je dois préciser que je fais rarement des autopsies, et cela inclut les huit dernières années. Comme le Dr Hall l'a dit, une augmentation de la consommation de drogue entraîne forcément une augmentation du nombre de morts subites. Cela signifie que ces cas sont confiés au système, où les autopsies sont obligatoires. C'est prudent et très courant, comme vous semblez le dire, de faire ces tests. Le Dr Hall parlait des patients qui vont à l'urgence, où ils subissent également des tests.

La réponse est oui, on effectue des tests toxicologiques. Quant à la fréquence à laquelle ils se révèlent positifs, je ne connais pas les statistiques.

Merci.

M. Dave MacKenzie: Si je ne m'abuse, vous avez indiqué, monsieur Butt, qu'à partir des examens médicaux, vous avez déterminé qu'il n'y avait aucune corrélation entre l'utilisation du Taser et le décès d'individus, ou aucune connaissance à ce chapitre. Pourtant, beaucoup de preuves, à mon avis, révèlent qu'il y a un lien entre la mort et les gens qui ont été en état de délire aigu. Et ce ne sont pas nécessairement des gens qui ont été arrêtés par les policiers ou sur qui on a utilisé le Taser.

Je suppose que vous pourriez nous parler de ces cas où les gens ont été placés en institution ou dans un hôpital et où il n'y a eu aucun recours à la force.

M. John C. Butt: C'est une très bonne remarque.

Voici un scénario qui suscite des questions. Certains d'entre vous sont probablement au courant qu'un homme a été abattu alors qu'il s'en prenait aux policiers, armé d'une chaîne, à la mi-novembre, sur la rue South Granville, une rue paisible de Vancouver. Cet homme était maniaco-dépressif et avait lui-même décidé de cesser de prendre ses médicaments; c'est pourquoi il était devenu incontrôlable.

De toute évidence, on peut soulever de nombreuses questions, notamment ce qui se passerait dans ces circonstances dans une aile psychiatrique à l'hôpital. Je répondrais qu'en partie, ces comportements sont contrôlés par médication, ce qui mène également à la question, je dirais, des ambulanciers qui interviennent dans de telles conditions. Enfin, cela nous amène à nous demander si ces décès surviennent à l'hôpital.

Je pense à un décès en particulier... Une hirondelle ne fait pas le printemps, mais je peux vous assurer que ces décès surviennent dans les salles d'urgence, à l'entrée de l'urgence et, en fait, j'ai enquêté sur un décès survenu à l'hôpital plusieurs jours après qu'on ait admis une personne maniaco-dépressive confrontée à un épisode maniaque. Nous ne connaissons pas les détails exacts, mais on soupçonne qu'il y a eu une certaine forme de contention.

Par conséquent, ces décès surviennent dans diverses circonstances.

Je ne peux pas faire mieux que ça, et j'en ai probablement dit plus que nécessaire.

• (1710)

Le président: Monsieur Cullen, allez-y.

L'hon. Roy Cullen (Étobicoke-Nord, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci au groupe de témoins. Vos témoignages sont très intéressants.

Comme j'ai plusieurs questions et seulement cinq minutes, je vais commencer tout de suite.

Monsieur Savard, dans votre exposé, vous avez parlé d'une étude menée par l'Université de Washington dans laquelle on s'est penché sur les individus qui sont décédés à la suite de ces interventions. Si j'ai bien lu, 76 p. 100 d'entre eux étaient dans un état de délire aigu.

M. Pierre Savard: Oui. C'est ce qu'on a rapporté.

L'hon. Roy Cullen: D'accord. Cela dit, cette statistique ne contredit-elle pas la théorie selon laquelle le pistolet Taser devrait être utilisé — et c'est ce que des témoins nous ont laissé entendre — sur des personnes qui sont dans cet état, afin qu'on puisse les immobiliser rapidement en vue de leur donner les soins nécessaires? Cette statistique semble dire le contraire.

M. Pierre Savard: Mon exposé portait principalement sur les maladies cardiovasculaires. Pour ce qui est de la consommation de drogue ou de la présence de ce type de trouble, je ne suis pas un expert.

L'hon. Roy Cullen: Très bien. Mais si on part de ces statistiques, il me semble que ces personnes sont toutes mortes après qu'on a eu recours à ce dispositif à impulsions, et 76 p. 100 d'entre elles étaient à ce moment-là en état de délire aigu. Je ne suis donc pas convaincu que le pistolet Taser devrait être utilisé sur des gens dans cet état.

Peu importe, j'y reviendrai.

Dans votre exposé, vous avez parlé du pouls enregistré lorsque le Taser était utilisé. Je pense que cela se situait à environ 137 pulsations à la minute. Maintenant, quand je fais de l'exercice sur ma machine elliptique, je me rends compte que ce pouls est très normal. Par conséquent, 137 pulsations à la minute, ça n'a rien de dramatique, n'est-ce pas?

M. Pierre Savard: Pas du tout, vous pouvez avoir un pouls plus élevé, par exemple jusqu'à 180 pulsations à la minute; il n'y a aucun problème. Lorsque vous avez un coeur normal, il n'y a aucun problème à augmenter le rythme cardiaque par une activation électrique. C'est ce que nous appelons le rythme sinusal.

Ce qui est problématique, c'est lorsque vous avez l'autre type d'arythmie, la tachycardie ventriculaire. Les personnes qui ont un coeur normal et qui n'ont pas d'infarctus de myocarde ni de syndrome de Wolff-Parkinson-White ou d'autres types de maladies cardiaques n'ont pas ce problème.

L'hon. Roy Cullen: Dans votre exposé, monsieur Savard, vous avez également dit qu'il n'y avait pas suffisamment de données pour conclure que le pistolet Taser est entièrement sécuritaire. En revanche, j'ai cru entendre Mme Hall dire qu'il n'y avait pas suffisamment de données pour conclure que le pistolet Taser est plus dangereux que les autres interventions — soit le gaz poivré ou les contraintes physiques. Autrement dit, vos différents points de vue se rejoignent: nous avons besoin de plus de données et d'études. Cela me donne à penser qu'il serait raisonnable que ce comité ou le gouvernement dise que, malgré cette incertitude, il faille établir soigneusement les paramètres entourant le recours au pistolet Taser.

Êtes-vous d'accord?

M. Pierre Savard: Je suis d'avis que les policiers ont déjà des armes à feu, qui sont beaucoup plus dangereuses, mais ils ont appris à les utiliser. Ils disposent d'un protocole d'utilisation strict, et il devrait en être ainsi pour le Taser. Il faudrait rédiger un rapport et mener une enquête, tout comme pour une arme à feu — peut-être pas autant, mais on devrait absolument joindre un rapport à chaque emploi du Taser.

L'hon. Roy Cullen: Madame Hall?

Dre Christine Hall: Personnellement, je ne suis pas contre ce raisonnement, mais j'ai tout de même quelques réserves. Il est plus facile de formuler des recommandations que de les mettre en oeuvre.

Prenez l'exemple de l'utilisation du pistolet Taser sur une femme enceinte. Comment un policier peut-il savoir qu'une toxicomane de 300 livres est enceinte ou non lorsqu'elle est sous l'influence de la drogue? Les femmes enceintes ne sont pas toutes sveltes. Sans vouloir vous manquer de respect, il est très facile de formuler des recommandations, mais beaucoup plus difficile d'y donner suite.

C'est un peu la même chose en ce qui concerne les enfants et l'utilisation des pistolets Taser; cette notion me terrifie. Mais avez-vous vu un jeune de 14 ans récemment? Il est difficile de savoir qu'un jeune homme a seulement 14 ans lorsqu'il est sous l'influence de la cocaïne, pèse 195 livres et ne vous révèle pas son âge.

Par conséquent, je suis d'accord sur le principe.

• (1715)

L'hon. Roy Cullen: Votre argument est valable, à mon avis, car ce serait un cercle vicieux que de décréter un moratoire puisque vous n'auriez pas la capacité de recueillir les données nécessaires.

Si je puis me permettre, j'aimerais poser une brève question à Mme Hall. Je pense que vous aimeriez faire plus d'études à ce chapitre, et j'espère que le gouvernement fédéral financera certains de vos travaux de recherche, parce qu'à mon avis, ceux-ci seraient très utiles. Nous parlerons ensuite au secrétaire parlementaire.

Il faut savoir si ce que les policiers appellent un « client » présente un profil particulier — autrement dit, le rapport de cause à effet — qui les conduirait à utiliser plus facilement un dispositif comme le Taser. Je pense que nous en avons parlé un peu: les individus très intoxiqués par la drogue ou en état de délire correspondraient certainement au profil qui donne lieu à l'utilisation du Taser, et par le fait même, au type de profil problématique.

Est-ce le genre d'étude que vous mènerez, ou connaissez-vous la réponse?

Dre Christine Hall: Oui, c'est exact.

De 1979 jusqu'à aujourd'hui, nous avons pu dresser le profil d'une personne victime du syndrome de la mort subite sous garde, et ce, peu importe la technique de contrainte utilisée. En général, il s'agit d'un individu violent, incohérent, agité, semi-vêtu, totalement destructif et qui oppose une résistance futile. Ce n'est pas toujours

le cas, mais chose certaine, c'est une personne qui meure sous garde sans avertissement.

Cela ne signifie pas que l'individu est plus à risque en ce qui concerne le Taser, et c'est un point important à souligner. En 1980, le même type d'individus était victime du syndrome de la mort subite sous garde, et il n'y avait pas de Taser.

Le président: Nous avons besoin de beaucoup plus de temps, et nous devons décider ce que nous ferons dans ce dossier.

Je tiens à remercier les témoins pour leur témoignage. C'est très apprécié.

L'hon. Sue Barnes (London-Ouest, Lib.): Mon nom était sur la liste pour la période de questions.

Le président: Il y a beaucoup de personnes sur la liste. Je suis désolé, nous n'avons plus de temps.

J'aimerais rappeler au comité que les whips doivent approuver le voyage que nous ferons, à notre retour, le 31 mars. Il n'a pas encore été approuvé, alors parlez-en à vos whips.

Une voix: S'agit-il des quartiers généraux de la GRC?

Le président: Absolument. Cela n'a pas été approuvé par les whips.

Je veux juste vous prévenir que le 2 avril, nous partons pour Vancouver afin de poursuivre notre étude sur les pistolets Taser.

Y a-t-il autre chose?

M. Dave MacKenzie: J'aimerais vraiment savoir si nous pouvons convoquer les deux témoins de Vancouver au moment de notre visite là-bas. Nous faisons comparaître tellement de témoins ici et pas...

Le président: D'accord.

M. Dave MacKenzie: Tant qu'à être là-bas, si nous avons le temps, même si c'est en soirée...

Le greffier: Souhaiteriez-vous ajouter les deux médecins de Vancouver?

Le président: Oui. Ce sont M. Butt et Mme Hall.

La séance est levée.

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

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

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address:

<http://www.parl.gc.ca>

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.