



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 063 • 2^e SESSION • 41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 14 mai 2015

Président

M. Ben Lobb

Comité permanent de la santé

Le jeudi 14 mai 2015

• (1530)

[Traduction]

Le président (M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC)): Bonjour mesdames et messieurs. Nous continuons notre étude et nous avons deux groupes de témoins aujourd'hui. Nous allons commencer.

Allez-y, monsieur Young.

M. Terence Young (Oakville, PCC): Merci, monsieur le président.

J'aimerais demander le consentement unanime du comité pour l'adoption d'une motion concernant un rapport de suivi que l'organisme Canadiens pour une technologie sécuritaire a essayé de soumettre à temps pour qu'il soit inclus dans l'analyse de nos témoignages, mais il l'a fait après la date limite. La motion vise à permettre à l'analyste d'inclure le document en vue de la préparation du rapport qu'elle soumettra au comité.

Le président: Est-ce que tout le monde comprend la demande de M. Young?

Avons-nous le consentement unanime?

Allez-y, madame McLeod.

Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC): Je n'ai qu'une question à poser à l'analyste. Je veux seulement m'assurer que cela ne nuira pas à son travail d'analyse et qu'elle pourra soumettre son rapport à temps. Je veux seulement le vérifier auprès d'elle.

Mme Marlisa Tiedemann (attachée de recherche auprès du comité): Je n'ai pas vu le document. Je ne sais pas s'il est volumineux, mais mon objectif est de respecter l'échéance.

Le président: Je veux m'assurer que nous respectons la procédure. De quelle façon voulez-vous voter? Voulez-vous un vote à main levée ou un vote par appel nominal? Comment procédons-nous?

Une voix: Un vote à main levée...

Le président: Tout le monde est d'accord?

Des voix: D'accord.

(La motion est adoptée. [Voir le Procès-verbal])

Le président: La motion est adoptée et les analystes savent ce qu'ils doivent faire.

Ce sont probablement les travaux les plus courts que j'ai vus en deux ans et demi ou peut-être quatre ans. Ce sont certainement ceux qui ont été faits de la façon la plus efficace.

Nous accueillons trois témoins.

Monsieur Phelps, vous pouvez commencer.

M. Fred Phelps (président, Comité des affaires publiques, Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale): Merci, monsieur le président.

Je vous remercie de me donner l'occasion de présenter mon exposé devant votre comité. Je m'appelle Fred Phelps. Je suis le directeur général de l'Association canadienne des travailleurs sociaux. L'ACTS est une organisation fière, qui est membre de l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, ou l'ACMMSM, et c'est en son nom que je vous présente cet exposé aujourd'hui.

L'ACMMSM est un organisme à but non lucratif composé de 16 fournisseurs nationaux de soins de santé ainsi que d'organisations qui représentent des personnes ayant des expériences vécues de maladie mentale. Je m'en voudrais de ne pas mentionner que l'APC et la Société pour les troubles de l'humeur du Canada sont également membres de l'alliance.

Fondée en 1998, l'alliance joue un rôle de chef de file national afin d'assurer que les personnes atteintes de maladie mentale reçoivent les services et le soutien dont elles ont besoin pour leur rétablissement. L'ACMMSM prône également l'adoption de politiques gouvernementales visant à réduire les effets négatifs de la maladie mentale sur la population et l'économie canadiennes, des effets qui, à l'heure actuelle, sont estimés à plus de 50 milliards de dollars annuellement, ou qui représentent presque 3 % du PIB.

Les membres de notre coalition couvrent tout l'éventail de la maladie mentale et des soins connexes au Canada; ils représentent les groupes de patients et les organisations qui fournissent des services professionnels, comme la mienne. De ce fait, nous nous exprimons haut et fort au nom des Canadiens qui souffrent de maladie mentale — une personne sur cinq au pays — et qui, la plupart du temps, n'ont pas un accès adéquat aux services pour traiter la maladie.

Les membres de l'ACMMSM ont été particulièrement satisfaits de l'annonce dans le budget de 2015 que le mandat et le financement de la Commission de la santé mentale du Canada seraient prolongés de 10 ans, soit jusqu'en 2028. La CSMC a joué un rôle principal dans l'élaboration de la première stratégie nationale en matière de santé mentale du Canada. L'ACMMSM a prôné la création de la CSMC et a depuis longtemps fait pression pour que son mandat soit prolongé au-delà de sa période de financement qui devait prendre fin initialement en 2017-2018.

L'ACMMSM et ses membres attendent avec intérêt de collaborer avec le gouvernement et la ministre de la Santé, sans oublier votre comité, pour définir les conditions et les objectifs de la deuxième décennie du mandat de la Commission de la santé mentale du Canada. Bien que nous convenons tous que beaucoup de débats ont eu lieu au sujet de la santé mentale et de la maladie mentale ces dernières années, et que c'est indéniablement une bonne chose, il faut maintenant passer de la parole aux actes. Cela signifie que nous devons investir dans l'élaboration de politiques, et oui, financières pour nous assurer que ces objectifs seront atteints.

Je suis ici pour présenter quatre recommandations au nom de l'ACMMSM.

Premièrement, conformément à la recommandation 3.1.1 de la stratégie nationale en matière de santé mentale, nous souhaitons que le gouvernement fédéral crée un fonds d'innovation en santé mentale de 50 millions de dollars pour aider à promouvoir et à diffuser les pratiques exemplaires déjà mises en place au pays.

Bien que nous reconnaissons l'existence de regroupements d'excellence en ce qui a trait aux services et aux programmes en santé novateurs et à la fine pointe qui sont offerts aux Canadiens, le fait est qu'il y a un manque de coordination et de ressources à l'échelle nationale pour qu'ils soient diffusés efficacement et équitablement dans tout le système de santé. Bien que la prestation des services de soins de santé relève en grande partie des gouvernements provinciaux et territoriaux, l'ACMMSM sait que le gouvernement fédéral peut jouer un rôle catalyseur lorsqu'il s'agit d'accélérer l'adoption d'innovations viables en matière de santé mentale.

Deuxièmement, nous recommandons que, pour exercer un leadership sur le plan de la santé mentale en milieu de travail, le gouvernement fédéral mette en oeuvre la norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail de la CSMC — la norme — dans un important ministère fédéral. À notre avis, la norme peut jouer un rôle important dans l'amélioration de la santé globale en milieu de travail tout en augmentant la productivité.

Tandis que la norme est actuellement mise à l'essai par un certain nombre d'organismes publics et privés sous l'égide de la CSMC, nous espérons qu'elle sera grandement adoptée par les employés des secteurs public et privé dans l'ensemble du pays. En tant que plus grand employeur au pays, le gouvernement fédéral devra ouvrir la voie. La norme ne répond pas expressément aux besoins des gens du domaine de la maladie mentale, mais elle appuie un milieu de travail dans lequel tous les gens peuvent exploiter leurs compétences au maximum.

Notre troisième recommandation concerne l'évaluation du système de santé mentale au Canada comme point de départ pour en améliorer la qualité. Dans le domaine de la santé mentale, il nous faut un système d'indicateurs de rendement pour évaluer et améliorer de façon efficace le rendement des services et des systèmes en matière de santé mentale au Canada.

À l'heure actuelle, il n'existe aucun indicateur déjà convenu sur la santé mentale qui donne un portrait précis du rendement du système de santé mentale, notamment en ce qui concerne les mesures d'accès aux services ainsi que leur utilité et leur répercussion. En outre, lorsque des données sont disponibles, elles mettent l'accent sur les hôpitaux de soins de courte durée et non sur les programmes et les services communautaires. C'est injuste pour les personnes qui ont besoin des services et qui en reçoivent dans les collectivités, dans les lieux au pays où les troubles de santé mentale sont le mieux traités et

où, malheureusement, la couverture offerte par les régimes publics et privés d'assurance-maladie n'est pas suffisante.

• (1535)

Bien que nous nous réjouissons de constater qu'un travail important a été accompli dans le secteur de la santé en ce qui concerne les indicateurs et les dépenses par la Commission de la santé mentale, l'Agence de la santé publique du Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé, nous estimons que les travaux en cours sur les indicateurs de rendement en matière de santé mentale doivent devenir une priorité nationale afin d'assurer la responsabilisation et l'atteinte des résultats attendus. L'ACMMSM est d'avis que le gouvernement fédéral, en collaboration étroite avec les provinces et les territoires, peut jouer un rôle décisif en ce qui concerne le processus d'élaboration du rapport de rendement sur la santé mentale à l'échelle nationale et des initiatives sur l'amélioration de la qualité.

En conclusion, bien que la prestation de services en soins de santé est, selon la Constitution, une compétence des gouvernements provinciaux et territoriaux dans notre pays, il existe plusieurs groupes importants et mal desservis dont Ottawa est directement responsable, comme les anciens combattants, les Premières Nations et les membres de la GRC, pour n'en nommer que quelques-uns.

Notre recommandation finale est d'établir et de mettre en oeuvre une stratégie en matière de santé mentale en vue d'offrir de meilleurs services aux populations pour lesquelles le gouvernement fédéral a une responsabilité directe. Étant donné que les populations sous la responsabilité du gouvernement fédéral doivent faire face à des défis uniques en matière de santé mentale et que les services offerts à l'heure actuelle sont inadéquats, le gouvernement a l'occasion de donner l'exemple en offrant un ensemble de services de santé mentale plus fiables à ces groupes et peut aider à démontrer qu'à long terme, un investissement renforcé en santé mentale sera profitable au point de vue fiscal, économique, de même que social et humain.

Nos besoins sont grands, mais nous avons d'excellentes ressources. Le Canada est l'une des nations les plus prospères et les plus privilégiées sur terre. Pourtant, un trop grand nombre de nos citoyens sont privés de services en santé mentale dont ils ont besoin. Augmenter la disponibilité de ces services est un impératif social et économique que nous ne pouvons pas nous permettre d'ignorer plus longtemps.

Je vous remercie de votre temps. Je suis à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

Le président: Merci beaucoup.

C'est maintenant au tour des représentants de l'Association des psychiatres du Canada.

La parole est à vous, monsieur Carr ou monsieur Brimacombe.

Dr Padraic Carr (président, Association des psychiatres du Canada): Bonjour monsieur le président. Je vous remercie de me donner l'occasion de présenter un exposé au comité.

Je m'appelle Padraic Carr et je suis le président de l'Association des psychiatres du Canada. Je suis accompagné de M. Glenn Brimacombe, chef de la direction de l'APC.

L'APC est l'association professionnelle bénévole nationale représentant 4 700 psychiatres et 900 résidents, et il s'agit de l'autorité pour ce qui est des questions de psychiatrie au Canada. En tant que porte-parole national des psychiatres canadiens, l'APC se consacre à promouvoir des soins et des traitements de haute qualité pour les personnes atteintes de maladie mentale et elle fait valoir les besoins professionnels de ses membres en promouvant l'excellence dans la formation, la recherche et la pratique clinique.

L'APC est ravie de constater que le comité permanent a déterminé que la santé mentale est un sujet nécessitant une étude sur le plan des rôles et des responsabilités du gouvernement fédéral.

Bien que l'organisation, la prestation, la gestion et le financement des soins de santé relèvent en grande partie, mais non exclusivement, des provinces et des territoires, l'APC est d'avis que le gouvernement fédéral peut jouer un rôle de chef de file dans l'amélioration de la santé mentale des Canadiens, et ce, d'un certain nombre de façons importantes.

Permettez-moi tout d'abord de saluer l'engagement qu'a pris le gouvernement fédéral dans le cadre du budget de 2015 de renouveler le mandat de la Commission de la santé mentale du Canada à partir de 2017. Bien que des discussions devront avoir lieu pour préciser les objectifs et les résultats stratégiques de son plan d'action en matière de santé mentale, l'APC a hâte d'en faire davantage pour appuyer le bilan impressionnant des réalisations de la commission.

Nous savons que la commission a investi beaucoup de temps, d'énergie et de ressources dans l'élaboration de sa stratégie en matière de santé mentale *Changer les orientations, changer des vies*. Elle devrait être considérée comme un document important fournissant une feuille de route pour répondre aux besoins des Canadiens en matière de santé mentale.

Dans le cadre de son mandat actuel, la commission a élaboré une série de projets qui visent à réduire la stigmatisation liée à la santé mentale — par exemple, le projet *Changer les mentalités* et l'initiative *Premiers soins en santé mentale* —; à améliorer la santé mentale en milieu de travail par la norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail; et à élaborer un ensemble de mesures pancanadiennes pour mieux comprendre la santé mentale des Canadiens — et ce n'est là qu'une partie des projets.

Ensemble, ces projets et d'autres initiatives sont essentiels pour améliorer la santé mentale. Il est nécessaire de prendre ces mesures, mais ce n'est pas suffisant. On peut et on doit en faire davantage pour accroître la portée de la stratégie de la commission et pour renforcer le rôle du gouvernement fédéral.

Quatre éléments peuvent avoir une incidence sur le travail du gouvernement fédéral et la CSMC. Il nous faut adopter des innovations fondées sur des données probantes; améliorer l'intégration des services; évaluer le rendement du système; et financer de façon adéquate pour que cela fonctionne.

On peut être tenté de penser qu'il incombe aux provinces et aux territoires de s'occuper de ces quatre éléments, mais le fait est que le gouvernement fédéral a un rôle de chef de file important en tant que partenaire et collaborateur.

Par exemple, le gouvernement fédéral, par l'intermédiaire de la commission, joue un rôle de chef de file en ce qui a trait au programme *Chez Soi/At Home*, qui s'est révélé être un investissement judicieux pour les sans-abri qui souffrent de maladie mentale. Compte tenu des économies qui ont été réalisées pour ces gens qui ont des besoins moyennement élevés ou importants, les dirigeants

fédéraux ont la possibilité de faire plus qu'un projet pilote et de mener le projet partout au pays de façon soutenue.

Pour que cela se réalise, les quatre éléments, soit l'innovation, l'intégration, l'évaluation et le financement, sont essentiels.

En ce qui concerne la santé mentale et la stigmatisation, nous savons que les effets nocifs que la stigmatisation a sur les gens atteints de maladie mentale sont bien connus. Il y a notamment les retards sur le plan de la recherche de traitements, l'abandon prématuré des traitements, les difficultés à trouver un logement ou un emploi et les incidences économiques néfastes. En fait, on a décrit la stigmatisation comme le principal obstacle au traitement et au rétablissement. Il est bien établi que c'est un obstacle à l'accès à de bons soins médicaux et ce n'est que l'un des facteurs de la réduction de l'espérance de vie.

Bien que la Commission de la santé mentale du Canada ait réalisé des progrès importants grâce à son projet *Changer les mentalités*, d'autres mesures doivent être prises.

Enfin, j'aimerais parler du rôle de la diffusion de la recherche et des pratiques exemplaires pour les soins de santé mentale et la prévention du suicide. En tant que domaine de travail dans lequel on se fonde sur des données probantes, la psychiatrie a besoin d'un accès aux études les plus récentes et aux pratiques exemplaires qui se rapportent à notre processus de prise de décision clinique. À cet égard, l'Association des psychiatres du Canada joue un rôle très important pour ce qui est de s'assurer que nos membres ont accès en temps réel à des renseignements cliniques par les revues à comité de lecture, dans le cadre de cours de perfectionnement professionnel et à notre conférence annuelle.

• (1540)

Étant donné que ses membres réfléchissent à la façon dont ils peuvent améliorer le partage de renseignements cliniques opportuns pour les fournisseurs, l'APC est bien préparée pour aider le gouvernement dans son étude.

En même temps, il faut également tenir compte d'autres occasions de collaboration importantes. L'APC est un membre fondateur de l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, l'ACMMSM, et il existe diverses occasions d'atteindre un large éventail de fournisseurs de services de santé mentale et ceux qui sont touchés par la maladie mentale.

Dans les provinces et les territoires, il est possible de mieux tirer profit du travail accompli par le Groupe de travail sur l'innovation dans les soins de santé du Conseil de la fédération. De la même façon, nous avons établi un partenariat stratégique plus étroit avec les organismes de santé nationaux dont la mission se concentre sur la prestation de soins de santé de qualité, notamment les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada, l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, la Fondation canadienne pour l'innovation en matière de santé, et l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

Ces organismes peuvent profiter d'occasions de collaboration plus efficaces lorsqu'il s'agit de mettre l'accent sur les différents éléments de la qualité, notamment l'accessibilité, la pertinence, la rentabilité et la satisfaction des patients et des fournisseurs de service.

Il serait également possible d'étendre les pratiques de pointe en créant un fonds d'innovation en matière de santé mentale d'une durée limitée, axé sur des enjeux précis et stratégiquement ciblé. Un tel fonds viserait à investir dans des innovations éprouvées qui ont réussi à améliorer l'accès, la qualité et les résultats en matière de santé.

En terminant, monsieur le président, le gouvernement fédéral a pris quelques mesures très importantes et positives. Toutefois, on devrait se pencher sur les autres possibilités d'améliorer la santé mentale des Canadiens.

Il est temps d'atteindre une plus grande parité entre les ressources affectées à la santé physique et mentale. Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle essentiel à cet égard. En notre qualité de voix nationale de la psychiatrie, nous avons hâte de travailler avec vous et avec d'autres intervenants pour trouver des solutions novatrices et durables qui donnent la priorité aux Canadiens.

Merci.

• (1545)

Le président: Merci beaucoup.

Nous entendrons maintenant M. Gallson.

Allez-y, monsieur.

M. Dave Gallson (directeur général national associé, Société pour les troubles de l'humeur du Canada): Merci beaucoup. J'aimerais vous remercier d'avoir invité la Société pour les troubles de l'humeur du Canada à présenter un exposé devant ce comité très important.

Je m'appelle Dave Gallson. Je suis directeur général national associé de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada. Je tiens à vous communiquer les regrets de mon collègue, Phil Upshall, car il ne peut pas être ici aujourd'hui.

Je sais qu'un grand nombre d'entre vous connaissent déjà notre organisme et le rôle qu'il joue dans le domaine des soins de santé mentale, mais j'aimerais commencer par vous fournir un peu de contexte.

Nous sommes un organisme caritatif bénévole national axé sur les besoins des usagers et voué à défendre leurs intérêts, ceux des familles et des aidants naturels quant aux questions concernant la santé mentale et la maladie mentale, plus particulièrement la dépression, le trouble bipolaire, et d'autres troubles de l'humeur connexes, ainsi que le TSPT et le suicide.

La STHC a été officiellement constituée et lancée en 2001 avec pour objectif général de donner la parole, à l'échelon national et avec force et solidarité, aux personnes souffrant de troubles de l'humeur, afin d'améliorer l'accès aux traitements, d'alimenter la recherche et de définir le développement de programmes et les politiques gouvernementales visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes par les troubles de l'humeur. Au cours des 15 dernières années, la STHC s'est consacrée à la direction efficace des efforts pour améliorer et repenser les soins de santé à l'échelle nationale.

Nous avons établi un partenariat avec l'Agence de la santé publique du Canada pour produire le premier rapport sur la santé mentale, en 2002, ainsi qu'un deuxième rapport en 2006, intitulé « Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada ». Nous avons également joué un rôle de soutien important en agissant à titre de ressource principale pour le Comité permanent de l'industrie, des sciences et de la technologie, sous la présidence de Michael Kirby et de l'honorable Marjory LeBreton. Le rapport du comité, intitulé « De l'ombre à la lumière », a mené à la création de la

Commission de la santé mentale du Canada par le gouvernement actuel.

En tant que partenaire digne de confiance qui a fait ses preuves auprès du gouvernement du Canada lorsqu'il s'agit d'aider les Canadiens qui souffrent de maladie mentale, la STHC est dans une position idéale pour partager son expérience et ses connaissances avec les membres du Comité permanent de la santé dans le cadre de cette étude nationale sur la santé mentale au Canada. Je crois que le comité pourrait utiliser notre contribution dans le cadre de quelques volets précis soulignés dans l'aperçu de l'étude. Je parle de la section D, qui porte sur la façon de coordonner les efforts des intervenants à l'échelle nationale pour améliorer les soins et les pratiques exemplaires en matière de santé mentale et de prévention du suicide.

La STHC est fière de ses antécédents en matière de collaboration. En effet, nous avons mis au point des programmes et des ressources, et des programmes d'éducation, notamment des programmes de formation médicale permanente avec des organismes tels l'Association médicale canadienne, l'Association des psychiatres du Canada, Bell, la Commission de la santé mentale du Canada, Service correctionnel du Canada, l'Association du Barreau canadien, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, des centres de santé régionaux, et la liste est encore longue. Notre organisme participe à de nombreux efforts de collaboration au Canada.

Nous venons de signer une nouvelle entente de collaboration avec la Public Service Health and Safety Association, qui compte 1,6 million de membres, dans le cadre de notre programme national de soutien par les pairs. Notre programme national de soutien par les pairs est formé de 17 militaires, agents de la GRC et agents des services de police régionaux en service ou à la retraite. Ces personnes se rendent partout au Canada pour enseigner aux services de police et aux organismes la façon de mettre en oeuvre et d'établir un programme de soutien par les pairs pour appuyer leurs membres.

Dans le cadre d'une initiative nationale majeure dont l'objectif est de veiller à ce que les systèmes de santé mentale et de traitement de la toxicomanie au Canada répondent de façon collaborative et appropriée aux besoins uniques des Premières Nations, des Inuits, des Métis et d'autres personnes qui souffrent de ces troubles et de leurs fournisseurs de soins, la STHC et l'Association autochtone de la santé mentale du Canada, avec l'appui du gouvernement fédéral, ont lancé l'initiative « Building Bridges: A Pathway to Cultural Safety » en avril 2009.

Dans le cadre de cette initiative novatrice, des organismes nationaux et des intervenants alliés de partout au pays ont mis au point, de façon collective, un cadre de planification complet sur la sécurité culturelle qui permet aux programmes et aux services de traiter plus efficacement les problèmes et les obstacles systémiques principaux, par exemple l'étiquetage, la discrimination, la colonisation...

Le président: Excusez-moi, monsieur Gallson. Je suis désolé de vous demander cela, mais pourriez-vous ralentir un peu? Les interprètes ont de la difficulté à vous suivre.

• (1550)

M. Dave Gallson: Je suis désolé. Pour être honnête, j'aimerais mieux ralentir, mais je dois respecter les sept minutes qui me sont imparties.

Le président: D'accord. Nous vous donnons huit minutes et demie.

M. Dave Gallson: Parfait. Merci beaucoup. Je vous en suis reconnaissant.

Comme je le disais, ils ont mis au point, de façon collective, un cadre de planification qui permet aux programmes et aux services de traiter plus efficacement les problèmes et les obstacles systémiques principaux, par exemple l'étiquetage, la discrimination, le colonialisme, le racisme, la stigmatisation et la discrimination d'une manière planifiée et progressive pendant les années à venir.

En ce qui concerne l'appui aux autres organismes de santé mentale, nous avons mis sur pied la seule campagne nationale de financement, de lutte contre la stigmatisation et de sensibilisation à l'égard de la santé mentale à laquelle participent plusieurs organismes; cette campagne s'appelle Surmontez la dépression. Elle est maintenant en oeuvre dans plus de 55 endroits au Canada et elle soutient les organismes de santé mentale locaux. Comme vous le verrez par nos nombreuses collaborations, nous savons que le travail collectif est la seule façon de réaliser des progrès en matière de santé mentale et de lutte contre la stigmatisation au Canada.

En ce qui concerne la coordination des efforts des intervenants, la STHC recommande fortement aux membres du comité d'envisager de nommer la Commission de la santé mentale du Canada comme coordinateur national principal. En effet, depuis sa création, la commission a attiré l'attention sur les travaux de toutes les ONG de santé mentale, des associations de professionnels de soins de santé, des fournisseurs de soins de santé et des ministères. Même si chaque intervenant a son propre mandat et sa propre vision légitimes, la CSMC a démontré qu'elle a la capacité de réunir les intervenants dans une cause commune, car elle inspire le respect nécessaire à l'échelle communautaire.

L'élaboration de la stratégie en matière de santé mentale pour le Canada a contribué à persuader tous les paliers de gouvernement et la société canadienne en général de porter une plus grande attention à l'énorme fardeau économique et social que représentent les maladies mentales et aux avantages qu'une bonne santé mentale pourrait générer pour la société canadienne.

En ce qui concerne la recherche et la publication des résultats, la STHC a contribué, à l'échelon national, à l'élaboration d'un programme de recherche nationale en matière de santé mentale, y compris la disponibilité des statistiques. Par exemple, la STHC a contribué activement à la discussion sur la législation qui a entraîné la création, par le gouvernement du Canada de l'époque, des Instituts de recherche en santé du Canada. Le directeur général national de la STHC était un membre fondateur du conseil consultatif de l'institut, et la STHC a reçu un prix du partenariat des IRSC en recherche pour ses diverses activités de recherche liées à l'institut.

Dans le budget de 2012, le gouvernement a signé une entente de contribution avec la Société pour les troubles de l'humeur du Canada afin de mettre sur pied, en partenariat avec la Commission de la santé mentale du Canada et l'Institut de recherches en santé mentale des Services de santé Royale Ottawa, le Réseau canadien de recherche et d'intervention sur la dépression, le RCRID. Il vise à établir un réseau collaboratif de recherche nationale engagé et axé sur les patients, et de catégorie mondiale. Nous avons maintenant atteint sept centres au Canada, et plus de 50 établissements de recherche et organismes communautaires participent au réseau.

Lorsqu'il s'agit des enjeux liés aux soins de santé mentale et au suicide, cet enjeu complexe et dévastateur exigera une approche à plusieurs volets faisant intervenir tous les membres des fournisseurs de soins dans toutes les collectivités. Nous savons qu'une personne se suicide toutes les deux heures. Nous ne pouvons plus attendre.

Avant la fin de la réunion d'aujourd'hui, un autre Canadien se sera enlevé la vie.

Comme les membres du comité le savent, nous avons l'expérience, la volonté et les raisons nécessaires pour progresser. Maintenant, nous devons coordonner notre approche, joindre nos forces et nous procurer les ressources appropriées pour nos efforts.

Même si nous avons beaucoup amélioré les soins de santé mentale, nous devons en faire encore plus, surtout en ce qui concerne la prévention du suicide, le diagnostic et le traitement de la dépression, et le diagnostic et le traitement du TSPT. Les avantages pour notre système de soins de santé et notre économie sont évidents. Pendant que le gouvernement continue d'équiper le Canada pour la réussite à long terme, il doit également reconnaître ses partenaires et collaborer avec eux pour contribuer à diminuer les problèmes sociaux qui font obstacle à notre prospérité économique. Les troubles de santé mentale, le TSPT, la dépression et surtout le suicide sont des domaines qui doivent continuer d'attirer l'attention et de recevoir du soutien pendant l'élaboration des politiques publiques.

Encore une fois, la STHC remercie le comité et souhaite collaborer étroitement avec ses membres à l'avenir.

Merci.

Le président: C'est très bien. Merci beaucoup.

Pour la première série de questions, nous entendrons d'abord Mme Moore.

Vous poserez vos questions en français; si vous souhaitez utiliser votre écouteur et faire un test pour vérifier que vous entendez ce que vous voulez entendre, vous pouvez le faire en premier.

Madame Moore, souhaitez-vous tester votre écouteur?

[Français]

Mme Christine Moore (Abitibi—Témiscamingue, NPD): Merci, monsieur le président.

Est-ce que toutes les personnes qui ont besoin de l'interprétation simultanée sont en mesure de bien m'entendre en anglais?

Une voix: C'est parfait.

•(1555)

[Traduction]

Le président: Parfait? D'accord.

Allez-y, madame Moore.

[Français]

Mme Christine Moore: Je suis infirmière. Jusqu'à tout récemment, je travaillais aux urgences et aux soins intensifs. J'ai régulièrement vu des patients qui présentaient des problèmes de santé mentale chroniques ou graves nécessitant une hospitalisation et ceux-ci étaient pris en charge de manière appropriée. Par la suite, ces personnes faisaient l'objet d'un suivi et consultaient un psychiatre pendant leur période d'hospitalisation.

Toutefois, la situation est différente pour les personnes qui souffrent d'un problème de santé mentale aigu qui ne nécessite pas nécessairement une hospitalisation. Les problèmes de santé mentale aigus peuvent être dus à un trouble d'adaptation, à un épisode difficile de leur vie ou à d'autres situations un peu moins graves. Comme je viens d'une petite région, je sais que ces personnes sont souvent prises en charge par un médecin de famille ou un généraliste qui prodigue des soins d'urgence.

Toute la question de temps entre alors en jeu. La consultation et le choix de la molécule se font très rapidement. J'ai l'impression que, dans bien des cas, ce choix n'est pas nécessairement fait en fonction du profil des effets secondaires. Depuis 30 ans, on constate qu'il y a énormément de nouvelles molécules sur le marché. Or, dans 95 % des cas, il s'agit des deux mêmes molécules. Dans ma région, le citalopram et la venlafaxine sont ce qu'on voit continuellement. Toutefois, comme on le sait, l'adhésion au traitement est l'un des facteurs clés à cet égard.

Comment pourrait-on mieux prendre en charge les patients dont le cas est un peu moins grave et s'assurer qu'on leur prescrit un médicament dont le profil touchant les effets secondaires est le moins dommageable pour eux? Comment peut-on s'assurer qu'on ne néglige pas les gens dont la situation clinique est un peu moins grave que celle d'autres personnes?

[Traduction]

Dr Padraic Carr: Vous soulevez trois points intéressants dans votre question. L'un d'entre eux concerne la formation des professionnels et les personnes les mieux qualifiées pour s'occuper de chaque type de patients. Il y a aussi la question de savoir si les patients ont accès aux ressources et la question de savoir s'ils suivent leurs traitements. Je crois que ce sont trois sujets qui méritent de faire partie de n'importe quelle étude et, potentiellement, de cette étude.

Pour répondre à vos questions de façon un peu plus approfondie, en ce qui concerne la formation des professionnels, tous les médecins sont formés en psychiatrie. Ils reçoivent tous une formation sur les divers médicaments et sur d'autres types de traitements, qu'il s'agisse d'un modèle biologique, psychologique ou social. Tous les médecins devraient pouvoir faire cela. Parfois, c'est le médecin de famille d'un patient qui est en mesure de faire le meilleur suivi, car le patient entretient une relation avec son médecin de famille. Si son médecin est à l'aise avec ce type de traitement, cela pourrait être la meilleure solution. Certains psychiatres sont spécifiquement formés pour traiter les maladies mentales et utiliser les différents médicaments offerts. La plupart des médecins de famille doivent continuer de perfectionner leur formation médicale, et ils devraient donc connaître les divers médicaments et les choix offerts.

Je suis désolé d'entendre que selon votre expérience, le choix des médicaments est parfois limité. Je ne peux rien dire à cet égard, mais en général, les médecins de famille sont des professionnels très bien formés, tout comme le sont les psychiatres.

En ce qui concerne l'accessibilité, c'est un problème partout au pays. C'est probablement un plus gros problème dans les régions rurales que dans les régions urbaines. De nombreux groupes ont parlé de cet enjeu. Ce n'est pas un problème unique au Canada. En effet, les États-Unis éprouvent exactement les mêmes difficultés. Prenez mon hôpital, par exemple. Je travaille dans un grand hôpital dans une grande ville, et je donne aux patients leur congé de l'hôpital. Même si j'ai une communauté de pratique, il m'est très difficile de voir tous les patients que j'admets. Il y a un problème d'accessibilité en ce qui concerne la personne qui assurera le suivi avec le patient une fois que ce dernier quitte l'hôpital.

L'accès n'est pas seulement limité aux psychiatres. De plus en plus, les psychiatres travaillent au sein d'équipes multidisciplinaires, et très souvent, il leur est difficile d'avoir accès aux équipes. Une partie du problème est lié à la coordination. Une autre partie est liée au manque de financement, car il n'y a tout simplement pas assez de ressources. Notre ville a une très bonne équipe d'appui à la santé mentale, mais la liste d'attente pour être vu par cette équipe est

toujours de deux mois après avoir quitté l'hôpital. Cela rend les choses très difficiles.

Votre dernier commentaire concernait la question de l'observance des traitements. C'est un problème distinct. De nombreux facteurs interviennent dans l'observance des traitements. Il peut s'agir des idées préconçues des patients à l'égard des médicaments. Il peut s'agir des idées de leur famille à l'égard des médicaments ou ce que les patients ont entendu d'autres personnes. Il se peut que ce soit en raison de la relation avec leur professionnel de la santé, c'est-à-dire si le médicament ou le traitement leur a été expliqué de façon appropriée. On doit également se pencher sur ces facteurs. L'observance des traitements est un enjeu complexe. Encore une fois, c'est un sujet que vous pourriez examiner dans le cadre de votre étude.

● (1600)

[Français]

Mme Christine Moore: Je veux ajouter une autre chose à cet égard.

J'ai parfois l'impression que quand quelqu'un se retrouve, par exemple, dans le contexte d'une maladie chronique — comme une schizophrénie —, les gens vont être bien pris en charge par une équipe et que toutes les ressources vont être mises en place parce que ces gens ont de graves problèmes de santé.

Cependant, quand quelqu'un vit un trouble d'adaptation à la suite d'une séparation, qu'on estime qu'il n'a pas besoin d'une hospitalisation ou qu'il ne présente pas de risques de suicide, on passe alors très vite sur son cas et on le renvoie rapidement chez lui. On lui prescrit un antidépresseur après une évaluation qui dure environ 10 minutes. Sa situation n'est pas considérée comme une urgence et on ne juge pas que cette personne a besoin d'un suivi psychologique.

Il y a encore beaucoup de gens qui n'ont pas de médecin de famille. Habituellement, les personnes qui n'ont pas de médecin de famille sont généralement celles qui sont en bonne santé et qui ne constituent pas une clientèle prioritaire. Ainsi, un homme en bonne santé qui vit une séparation à 40 ans risque de ne pas avoir de médecin de famille. J'ai l'impression qu'on a parfois de la difficulté à bien prendre en charge les problèmes de santé mentale moins graves parce qu'on alloue beaucoup de nos ressources à ce qui est plus grave et aux gens qui ont beaucoup plus de difficultés.

Voyez-vous cela quotidiennement dans votre pratique?

[Traduction]

Dr Padraic Carr: Tout d'abord, je crois que les ressources sont affectées différemment dans chaque territoire. Par exemple, dans ma ville, pour le type de patient que vous décrivez, c'est-à-dire le patient qui n'a pas de trouble mental grave et qui ne nécessite pas une hospitalisation, mais qui a réellement besoin d'un suivi, cette ressource existe dans mon centre. Le problème, c'est la quantité de ressources qui lui sont consacrées. C'est à ce moment-là que nous sommes aux prises avec une liste d'attente de deux mois et cela s'applique au type de patient que vous décrivez, c'est-à-dire celui qui nécessite un certain suivi, mais qui n'a pas besoin de soins intensifs.

C'est différent. Les régions mettent l'accent sur différents éléments. Le type de soins de suivi offert dépend donc vraiment de la province et de la région de la province dans laquelle vous vous trouvez. Dans certaines régions, les soins dont vous parlez sont offerts et ils sont très appropriés. Dans d'autres régions, ces soins sont offerts, mais il y a de longues listes d'attente, et dans certaines régions, ces soins ne sont pas offerts du tout.

Le président: Merci beaucoup.

La parole est maintenant à M. Albrecht. Il a sept minutes. Allez-y.

M. Harold Albrecht (Kitchener—Conestoga, PCC): Merci, monsieur le président.

J'aimerais remercier tous les témoins d'être ici aujourd'hui. J'ai eu le privilège de travailler avec tous vos organismes au cours des sept ou huit dernières années à divers titres dans le cadre de mon travail sur la prévention du suicide, les soins palliatifs et un grand nombre des initiatives qui ont été décrites, et ces organismes ont été très coopératifs. Tous vos groupes ont été extrêmement utiles.

J'ai remarqué que dans tous vos commentaires, vous avez félicité le gouvernement d'avoir prolongé son financement et son soutien à la Commission de la santé mentale pour les 10 prochaines années. Je vous suis reconnaissant, car je pense, comme M. Gallson l'a souligné, que c'est l'unique organisme coordonnateur à l'échelle nationale et qu'il a la capacité de réunir les intervenants, car il inspire le respect nécessaire.

Monsieur Phelps, vous avez mentionné dans votre exposé, alors que vous reconnaissiez le prolongement du financement de la Commission de la santé mentale, que c'est maintenant le temps de passer à l'action plutôt que de se contenter de mener des recherches. J'aimerais avoir votre avis sur deux appels à l'action lancés par la Commission de la santé mentale, je crois, et auxquels elle participe. Le premier concerne le projet #308conversations auquel ont participé de nombreux parlementaires et des gens d'un grand nombre de collectivités de partout au Canada au cours de la dernière année. J'aimerais avoir votre avis sur l'efficacité de l'objectif qui vise la réduction de la stigmatisation liée aux problèmes de santé mentale et la prévention du suicide.

Deuxièmement, au cours de notre dernière réunion, nous avons accueilli Louise Bradley, de la Commission de la santé mentale, et elle a souligné la deuxième phase d'une initiative visant à mettre sur pied un modèle communautaire pour la prévention du suicide. Ce modèle vise à adapter et à mettre en oeuvre, dans le contexte canadien, un programme de prévention du suicide efficace qui existe déjà. Il est actuellement mis au point par Dr Ulrich Hegerl dans le cadre d'une initiative de prévention du suicide communautaire à volets multiples qui a réussi à réduire le suicide dans une proportion de 24 %. Je crois que c'est également notre objectif en notre qualité de membres du comité et de parlementaires. Nous voulons voir des mesures concrètes. Nous voulons observer des améliorations mesurables en ce qui concerne les enjeux liés à la santé mentale et la réduction du nombre de suicides et de tentatives de suicide.

Pourriez-vous formuler des commentaires à cet égard, monsieur Phelps? Je verrai ensuite si d'autres témoins ont le temps de répondre à ces deux questions.

• (1605)

M. Fred Phelps: Merci beaucoup pour les questions.

L'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale a appuyé fermement la campagne #308conversations. Je pense que toute sensibilisation à la maladie et à la santé mentale est utile, parce que nous en avons tous un peu besoin. Une meilleure compréhension du phénomène, dans l'ensemble du pays et chez nos élus, répercutée dans les collectivités a, à mon avis, des répercussions énormes.

De même, je sais peu de choses sur la prévention du suicide dans les collectivités et je ne peux pas en parler en particulier, mais nous appuyons beaucoup le déploiement, par la Commission de la santé mentale du Canada, de programmes et de normes nationaux et son intention de les intégrer dans un plan d'action.

Nous découvrons que, localement, alors qu'on peut discuter ouvertement de la santé mentale en milieu de travail et parler des ses problèmes personnels, cela n'entraîne pas les conséquences qu'on voyait il y a 20 ou même 10 ans. Toutefois, les services locaux peuvent parfois ne pas être accessibles pour répondre à une situation personnelle ou quand on estime se trouver dans un contexte, comme celui de la campagne #308conversations, où on peut se confier.

Donc, d'après l'alliance, il s'agit de passer à l'action, de s'inspirer d'un plan national et de le provisionner, pour que, partout au pays, nous puissions appliquer ces indicateurs de rendement aux pratiques exemplaires, repiquer ailleurs les pratiques exemplaires locales et assurer l'accès aux services partout au pays. Je pense que c'est vraiment la prochaine étape à laquelle doit s'employer la Commission de la santé mentale du Canada.

M. Harold Albrecht: D'où, peut-être, cette autre question: dans votre déclaration, vous avez aussi réclamé, je crois, un investissement de 50 millions de dollars. Est-ce que c'était pour une période de 10 ans?

M. Fred Phelps: Pour cinq ans.

M. Harold Albrecht: Cinq ans.

Dans ce cas, compte tenu de l'argent consacré aux initiatives en santé mentale par l'entremise des nombreuses organisations que nous avons énumérées, ne semblerait-il pas y avoir un double emploi par d'autres organisations? Autrement dit, nous sommes tenus à une utilisation efficace de l'argent des contribuables, dans notre investissement dans la Commission de la santé mentale du Canada. Et puis, il y a cet autre fonds, de 50 millions. Jusqu'où pouvons-nous aller dans ce qui semble être, à première vue, du moins, un dédoublement des efforts?

M. Fred Phelps: Oui. Excellente question.

Comme le gouvernement national a imprimé une direction nationale à l'élaboration d'un plan national pour la santé mentale, chacune des provinces et chacun des territoires a vraiment examiné comment y donner lui-même ou elle-même suite. Actuellement, à l'échelon fédéral, le fonds pour l'innovation en santé mentale à hauteur de 50 millions est un financement quinquennal unique. Ces innovations sont très semblables à ce qu'At Home/Chez Soi a fait dans l'examen des possibilités de démultiplier l'effet des pratiques exemplaires éprouvées, pour que les provinces et les territoires finissent par se les approprier. Cependant, la Commission de la santé mentale du Canada a encore à franchir une étape pour pouvoir généraliser au Canada les pratiques exemplaires appliquées dans les provinces et les territoires.

M. Harold Albrecht: Me reste-t-il encore du temps?

Le président: Oui, une minute et demie.

M. Harold Albrecht: Docteur Carr, je tiens à profiter de la porte ouverte par la question de Mme Moore sur la personne qui ne souffre pas nécessairement d'une maladie mentale classique, mais qui subit un brusque revers, séparation, mort du conjoint, perte d'emploi, les millions de problèmes qui font perdre espoir, pour un temps ou non.

J'ai toujours pensé qu'une forte proportion de suicidés avaient probablement souffert de problèmes continus, permanents ou prolongés de santé mentale. Mais il me semble, à moi qui n'exerce pas dans le domaine de la santé mentale, se présenter des cas où des problèmes temporaires insurmontables font simplement perdre espoir.

Avez-vous des statistiques sur le pourcentage de personnes qui se trouveraient dans cette catégorie? Alors qu'elles semblaient en parfaite santé, on apprend qu'elles ont craqué.

Dr Padraic Carr: Les taux de suicide diffèrent, selon le diagnostic psychiatrique. On estime qu'environ 90 % de la totalité des suicidés ont souffert d'une maladie mentale.

M. Harold Albrecht: Une longue...

Dr Padraic Carr: Exactement. Un type de maladie mentale...

Donc, en réalité, c'est seulement 10 % qui n'en souffraient pas.

De même, on pourrait penser que les personnes qui se suicident doivent être déprimées, et ce n'est que 80 % d'entre elles qui, en fait, souffrent de dépression.

• (1610)

M. Harold Albrecht: Seulement 80 %.

Dr Padraic Carr: Oui. Seulement 80 %.

Beaucoup de maladies conduisent au suicide. Par exemple, on estime que la moitié des schizophrènes tentent un jour de se suicider et que 10 % y parviennent. C'est énorme, et ce n'est pas nécessairement que des personnes déprimées.

Vous parlez, je crois, des personnes ayant subi un stress insurmontable, après n'avoir jamais eu de problèmes de santé avant. Très souvent, elles peuvent souffrir de ce que nous appelons un « trouble de l'adaptation ». Toute réaction catastrophique à un événement malheureux risque de conduire au suicide.

La communauté offre des ressources. Par exemple, les cliniques locales de santé mentale sont conçues pour répondre à ces situations. Des ressources sont donc offertes aussi aux personnes qui ne souffrent pas nécessairement d'une maladie chronique.

M. Harold Albrecht: Il importe de ne pas oublier que la prévention du suicide n'est pas seulement un enjeu de santé mentale. C'est aussi un enjeu de santé publique, qui interpelle toute la communauté.

Dr Padraic Carr: Vous avez absolument raison.

Le président: Nous avons pris beaucoup de retard. Tellement que nous devons amputer le temps de parole de M. Vaughan. Je blague.

Monsieur Vaughan, vous disposez de sept minutes. Soyez le bienvenu au comité.

M. Adam Vaughan (Trinity—Spadina, Lib.): Merci beaucoup.

Monsieur Phelps, où, d'après vous, pourrait-on le mieux augmenter le fonds pour l'innovation dont vous parlez, et dans quels programmes a-t-on besoin d'investir?

M. Fred Phelps: Je pense que nous envisagerions de canaliser ses 50 millions par la Commission de la santé mentale du Canada, et la CAMI s'inspirerait du plan national et du plan d'action pour les distribuer.

M. Adam Vaughan: Vous avez dit que les premiers programmes que vous avez aidé à mettre sur pied concernaient le logement. Ce volet est-il l'un de ceux sur lesquels vous avez concentré ce financement?

M. Fred Phelps: Je pense que, dans cette recommandation, les membres de la CAMI visaient davantage le volet santé mentale. At Home/Chez soi s'intéresse plus aux troubles concomitants, puis aux déterminants sociaux de la santé. L'autre enjeu est plus important en amont. Il faut aussi s'en occuper, mais, avec les 50 millions en question, nous envisagerions de rendre les pratiques exemplaires plus accessibles, en ce qui concerne les services de santé mentale.

M. Adam Vaughan: Dans beaucoup de centres, particulièrement dans les grandes villes, cela s'est plutôt transformé en programme de supplément au loyer qu'en programme de santé mentale ou de services contre les toxicomanies. Quelle est votre opinion sur le démarrage du programme? Fournit-il de l'aide médicale contre les maux qu'il vise plutôt que de l'aide à l'hébergement? Autrement dit, les services complémentaires sont-ils arrivés en même temps que les suppléments au loyer?

M. Fred Phelps: Je ne peux pas m'ériger en expert de chacun des programmes d'At Home/Chez soi de partout au Canada. Je pense que, dans certains programmes, le volet santé mentale peut être plus solide, mais la base et le moteur d'At Home/Chez soi étaient le constat que les problèmes de santé mentale ou la maladie mentale étaient rendus systémiques par la pauvreté et l'absence de ressources de base pour répondre aux besoins de la santé mentale. Leurs besoins fondamentaux, nourriture et abri, couverts, les malades ont pu juger lucidement leur situation et gérer leur maladie mentale.

M. Adam Vaughan: En votre qualité de responsable de programme, êtes vous arrivé à comprendre d'où provenaient les pratiques exemplaires, vu que le programme appliqué dans de nombreuses collectivités est radicalement différent d'un endroit à l'autre? Évalue-t-on ces pratiques pour déterminer les endroits où les patients réagissent le mieux et les économies pour les autres ordres de gouvernement?

M. Fred Phelps: Je dois demander aux personnes qui m'accompagnent, parce que je ne suis pas au courant d'une recherche approfondie à ce sujet.

Dave.

M. Dave Gallson: Je peux en parler un peu.

On trouve un peu partout diverses pratiques exemplaires extrêmement bien développées. Les programmes qu'on met sur pied doivent considérer la santé mentale et le mieux-être mental comme parties intégrantes l'une de l'autre. Le mieux-être mental n'est pas seulement un diagnostic de guérison par son psychiatre ou médecin. C'est un spectre, un profil pour l'ensemble de la vie de l'individu: emploi, bénévolat, vie familiale, participation à la vie de la collectivité. Tout cela est censé produire un mieux-être. Toute lacune diminue le mieux-être.

J'ai travaillé avec des milliers de personnes qui souffraient de maladie mentale. J'ai mis au point un programme, il y a bon nombre d'années, qui a permis la réinsertion au travail de plus de 1 200 personnes sans travail pendant plus de trois années. J'ai constaté que l'espoir, de la formation et un emploi changeaient la démarche, le parler, le mode de vie. Elles ont une raison pour se coucher et se lever, elles ont un objectif.

Compte tenu des éléments de ce mieux-être, ce fonds pour l'innovation devrait appuyer ce genre de programmes qui sont déjà créés dans les communautés de partout au Canada et qui devraient être reproduits ailleurs parce qu'ils donnent de bons résultats pour la santé. C'est mon opinion, en tout cas.

● (1615)

M. Adam Vaughan: Une dernière question: Vous avez aussi parlé des populations dont l'État fédéral était directement responsable, mais en omettant les immigrants. Une étude assez importante de l'Alliance, à Toronto, a examiné le fait que, pour la première fois de l'histoire de notre pays, les immigrants, cinq années après, étaient moins bien lotis qu'à leur arrivée. Ces candidats triés sur le volet, grâce à une politique d'immigration très sélective, qui vise à attirer les personnes très compétentes et en excellente santé, voient leur sort s'aggraver progressivement après leur arrivée au Canada, faute d'appuis. Cette population, dont l'État fédéral est responsable, est-elle suivie? A-t-on formulé des recommandations directes pour la solution du problème? Quel est votre point de vue sur l'étude qui a permis de le découvrir?

M. Fred Phelps: Merci de m'avoir rappelé cette étude. Je suis dans le rôle de la CAMI. Je ne parle donc pas au nom de ma propre organisation. En ce sens, nous n'aurions ni position ni interprétation, mais, globalement, nous en déduirions que l'État fédéral, utilise, tant pour les nouveaux immigrants, les Premières Nations, les Autochtones ou la GRC, des pratiques exemplaires.

Nous préconiserions donc que, si c'est le cas, l'État fédéral fournisse les services qui pourraient être la norme pour laquelle les provinces et les territoires ont...

M. Adam Vaughan: Donc vous n'auriez aucune objection à l'insertion, dans l'énumération de ces populations, des immigrants et réfugiés qui arrivent au Canada.

M. Fred Phelps: Si l'État fédéral est directement chargé de fournir des services, non. Je ne crois pas que nous serions contre.

M. Adam Vaughan: Merci.

Le président: Il vous reste une minute et demie, si vous préférez. Monsieur Young.

M. Terence Young: Merci, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins d'être ici.

Docteur Carr, merci beaucoup d'être ici. Je tenais à vous parler des rapports qui existent entre les médicaments et le suicide. Nous n'en entendons pas beaucoup parler.

Dans son livre *Let Them Eat Prozac*, le Dr David Healy croit que 25 000 patients qui prenaient du Prozac se sont suicidés, qui, autrement, ne l'auraient pas fait pendant la période pendant laquelle le médicament était sur le marché. Tous les antidépresseurs ont des effets indésirables très semblables. Il en existe une liste d'environ 200, notamment le syndrome sérotoninergique, qui peut être mortel; les cauchemars; la dysfonction sexuelle; la psychose; et 190 autres, notamment l'acathisie, qu'on décrit comme provoquant un sentiment si terrible qu'on éprouve comme le besoin de sortir de sa propre peau.

Ce sont les suicides qui m'inquiètent, particulièrement ceux de jeunes, dont les médias parlent peu, et pour cause, de crainte d'en provoquer une épidémie. J'en entends parler, parce, pendant des années, j'ai travaillé sur la question de l'innocuité des médicaments. Dans ma propre ville d'Oakville, une jeune fille de 15 ans s'est couchée sur les rails du réseau GO Transit, avec son chiot. Sa mère est convaincue qu'elle avait beaucoup changé et elle incrimine les antidépresseurs que sa fille prenait.

Sara Carlin, qui a pris du Paxil pendant trois mois a complètement cessé toutes ses activités. Elle était capitaine de son équipe de hockey. Elle avait un emploi. Elle fréquentait l'Université Western. Par la suite, ç'a été la déchéance, y compris la toxicomanie. Elle s'est pendue chez elle, à trois heures du matin, après s'être démaquillée, une forme très violente et relativement rare de suicide, particulièrement chez une femme.

Brennan McCartney avait 24 ans. Il était déprimé par sa rupture avec sa petite amie. Le médecin lui a donné un échantillon gratuit de Cipralax. Il n'a même pas eu la chance de consulter un pharmacien. Quatre jours plus tard, il a sauté d'un arbre dans un parc public, après s'être passé un noeud coulant autour du cou.

J'entends beaucoup parler de ces cas, mais pas dans les médias. Je pense que c'est parce que, à la télévision américaine, où on pourra entendre beaucoup parler, le premier annonceur sont les compagnies pharmaceutiques. La réussite des nouvelles compagnies dépend de ces médicaments.

Les suicides de jeunes sont très violents. L'avertissement vague et ambigu qui figure sur l'emballage dit que le médicament risque de donner des idées de suicide. Il devrait vraiment dire qu'il donne l'envie de se suicider. Sur l'emballage de tous les antidépresseurs, on lit que les patients devraient être surveillés de près. Mais ça, je ne l'ai jamais vu ni entendu.

Quel médecin a le temps de surveiller de près un patient? Comment peut-il le faire? Comment les membres de votre organisation le peuvent-ils? Comment? Comment le médecin de famille, si occupé, qui doit voir tant de patients, peut-il les surveiller au point de savoir que s'ils commencent à songer au suicide, ils le préviendront parce qu'il les aura avertis. On sait que la période la plus dangereuse correspond à la modification de la dose et aussi au début de la prise et quand on cesse de prendre le médicament. Comment pouvons-nous surveiller de près les patients, nous assurer qu'ils comprennent les enjeux et qu'ils sont bien avertis du risque de suicide?

● (1620)

Dr Padraic Carr: C'est une longue discussion, mais je vais tenter de résumer le tout du mieux que je peux.

Tout d'abord, tous les médicaments ont des effets secondaires. Si vous jetez un coup d'oeil aux effets secondaires de l'Aspirine énumérés dans le CPS, ou le *Compendium des produits pharmaceutiques*, vous serez probablement très étonné par certains d'entre eux.

M. Terence Young: J'ai écrit un livre sur le sujet, alors je sais qu'il y a des effets secondaires...

Dr Padraic Carr: D'accord.

Tous les médicaments ont des effets secondaires.

On sait depuis longtemps que très souvent, la dernière chose à s'améliorer chez les personnes dépressives en voie de guérison, c'est l'humeur subjective.

Il y a un autre moment critique dont vous n'avez pas parlé, soit lorsque les patients commencent à aller mieux et ont leur congé de l'hôpital. Très souvent, leur humeur s'améliore, comme leur énergie et leur concentration, et ils ont alors la force de mettre à exécution les plans suicidaires qu'ils ont élaborés en période de dépression.

M. Terence Young: Ils s'en sentent capables.

Dr Padraic Carr: Alors vous avez raison, il est impératif de suivre de près les patients. Le suivi se fait en demandant aux patients comment ils se sentent et ce qui se passe dans leur vie, et en surveillant les symptômes. Certains utilisent des échelles de notation pour évaluer les risques. Mais il faut absolument assurer un suivi régulier des patients pour cela.

Pour ce qui est des antidépresseurs en soi, certaines personnes ressentent une montée d'impulsivité. Cela peut se traduire entre autres par des gestes d'automutilation. Encore là, il faut bien mettre en garde les patients. Il faut les informer des effets secondaires des médicaments qui leur ont été prescrits. J'ose espérer que tous les médecins qui prescrivent des médicaments le font pour leurs patients.

M. Terence Young: Ils ne le font pas. Les médecins de famille ne le font pas, ils sont débordés. Leur salle d'attente est remplie et, honnêtement, dans bien des cas, ils ne connaissent pas les risques eux-mêmes. Pourquoi donner un échantillon gratuit de Ciprex en disant « prenez cela et vous m'en redonnerez des nouvelles »? Ce genre de chose se produit régulièrement.

Que devrions-nous faire pour réduire le nombre de suicides causés par les médicaments qui sont censés aider les patients?

Dr Padraic Carr: Je ne suis pas tout à fait de cet avis. Je dirais que la plupart des médecins de famille savent très bien parler à leurs patients; ils discutent des effets secondaires des médicaments, ils leur expliquent les risques et les informent de ce qu'il faut vraiment surveiller.

Il y a certainement eu des cas anecdotiques tragiques où les choses n'ont peut-être pas été faites correctement ou peut-être que l'histoire a eu une fin tragique malgré les meilleures intentions de toutes les personnes concernées. Quand des cas comme ceux-là sont mis de l'avant, la meilleure chose à faire est sans doute de mener une étude comme la vôtre pour tenter de déterminer comment prévenir les suicides, et cela signifie aussi de trouver de meilleures façons de prendre en charge la maladie ou de mettre en place de meilleurs protocoles. Cependant, les normes doivent être établies de concert avec les associations médicales et les universités.

M. Terence Young: Ai-je encore du temps, monsieur le président?

Le président: Il vous reste une minute.

M. Terence Young: Merci.

Docteur Carr, si vous aviez un souhait à exaucer pour améliorer la santé mentale au Canada, quel serait-il?

Dr Padraic Carr: J'imagine que ce serait d'offrir le bon traitement au bon moment en fonction du patient.

M. Terence Young: Et comment faire de ce souhait une réalité?

Dr Padraic Carr: En commençant par cerner les problèmes. Offrons-nous des services adéquats? Aussi, je crois qu'il est extrêmement important de favoriser l'innovation et d'avoir des systèmes de suivi pour vérifier que les nouvelles méthodes

fonctionnent vraiment, de même que de pouvoir compter sur un financement suffisant pour mener à bien toutes ces choses.

M. Terence Young: Vous voulez dire financer la psychologie et la psychiatrie?

Dr Padraic Carr: La psychologie, la psychiatrie, les équipes vouées à la santé mentale, tout. Il est important que nous travaillions tous ensemble.

M. Terence Young: J'ai souvent vu des patients attendre six mois pour pouvoir parler à quelqu'un, alors que c'est d'une thérapie par la parole dont ils ont réellement besoin.

Dr Padraic Carr: Il faut réduire les temps d'attente, cela ne fait aucun doute.

M. Terence Young: Oui.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, monsieur Young.

M. Bevington est notre prochain intervenant.

Nous vous écoutons, monsieur.

M. Dennis Bevington (Territoires du Nord-Ouest, NPD): Merci, monsieur le président.

Je veux aborder quelques points et je n'ai que cinq minutes, alors je vais y aller rapidement.

L'état de stress post-traumatique fait les manchettes aujourd'hui. On apprend en effet que les soldats sont nombreux à consommer de la marijuana pour apaiser leurs souffrances. La ministre a indiqué qu'elle ne croyait pas au bien-fondé ou à l'efficacité de cette substance. Qu'en pensez-vous? Aussi, comment pourrions-nous arriver à une compréhension concluante de la nature de cette drogue en particulier pour les problèmes de santé mentale?

Dr Padraic Carr: À l'heure actuelle, la marijuana à des fins médicales n'est pas indiquée pour quelque maladie psychiatrique que ce soit. Pour l'état de stress post-traumatique, on prescrit habituellement la prise d'inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine ainsi que des thérapies psychologiques et sociales.

Tout ce que je peux vous dire, c'est que ce n'est pas indiqué pour le moment.

M. Dennis Bevington: À l'heure actuelle, 6 500 soldats consomment de la marijuana à des fins médicales.

Dr Padraic Carr: Je peux uniquement vous dire qu'il n'y a pas d'indication médicale à cet égard.

M. Dennis Bevington: Pensez-vous qu'il devrait y avoir un processus pour comprendre ses effets?

Dr Padraic Carr: Vous savez, je crois que cela mérite d'être étudié. Ce genre d'étude comporte son lot de difficultés, c'est-à-dire qu'il faut s'assurer que le produit est uniforme tout au long de la durée de l'étude, et que les méthodes de mise en oeuvre le sont elles aussi. Il faut que le tout se déroule dans un environnement extrêmement bien contrôlé par des professionnels.

● (1625)

M. Dave Gallson: J'ai reçu un diagnostic d'état de stress post-traumatique en 1990 après avoir été heurté par une voiture. Il m'a fallu huit ans pour reconnaître que je souffrais d'une maladie mentale. Il m'a fallu encore plusieurs années après cela pour aller chercher de l'aide.

Je n'ai pas choisi la marijuana pour me soigner. À l'époque, j'ai choisi l'alcool. Je n'essayais pas de planer ni rien de tout cela. Je voulais simplement faire taire mes pensées et faire comme si je n'existais pas. D'après ce que je sais pour avoir travaillé avec beaucoup, beaucoup de personnes souffrant d'un état de stress post-traumatique, c'est souvent cela qui les pousse à consommer de la marijuana ou d'autres substances. Elles veulent oublier leurs souffrances et s'évader le temps d'un moment. Je crois qu'il y a bien des facteurs en jeu. C'est comme cela que je l'ai vécu.

M. Dennis Bevington: Eh bien, après la Deuxième guerre mondiale, les Légions, avec leur alcool le vendredi soir, ont soulagé bien des anciens combattants souffrant d'un état de stress post-traumatique, un trouble qui n'était pas reconnu. Vous pouvez en être sûr.

M. Dave Gallson: Oui.

M. Dennis Bevington: C'était une des grandes sources de réconfort pour nos anciens combattants dans ce conflit.

En ce qui concerne le Nord, il y a une épidémie de suicides là-bas. Je note une statistique à ce sujet. Si on jette un coup d'oeil aux dépenses en santé per capita dans le Nord, mais surtout au Nunavut, les dépenses en médicaments n'atteignent pas la moitié de la moyenne nationale. La moyenne nationale est de 1 000 \$ à 1 200 \$. Au Nunavut, elle est de 400 \$ à 600 \$.

A-t-on fait quelque chose pour remédier à cela? La corrélation est simple: les collectivités éloignées et isolées n'ont pas accès aux médicaments dont vous parlez. Pas de médicaments, pas de suivi, pas de traitement, aucun. Pourrions-nous reconnaître qu'il s'agit d'une cause probable de l'épidémie de suicides au Nunavut, où il y en a dix fois plus que la moyenne nationale?

Dr Padraic Carr: Je vais commencer. Je ne connais pas d'étude qui porte précisément sur le Nord et l'accès limité aux médicaments. Il y a certainement un manque de ressources dans le Nord. On ne parle pas seulement de médicaments, mais aussi de services psychologiques. Et cela inclut aussi l'absence d'équipe de soins médicaux dans la collectivité. C'est compréhensible. Ce sont des collectivités isolées et elles ne disposent pas des mêmes ressources que les villes. Avec moins de ressources, les gens se portent généralement moins bien.

J'ai déjà travaillé à temps partie à Yellowknife à titre de psychiatre consultant. Le gouvernement fédéral a engagé d'importantes sommes pour assurer le transport des patients que je devais voir à Yellowknife, mais ce n'est pas tout le monde qui a accès à cela. Il est très difficile pour eux d'avoir les services dont ils ont besoin.

Je ne peux pas me prononcer sur l'absence de médicaments précisément. Je ne connais pas tous les détails, mais je sais que l'offre de services est moindre et que cela occasionne des problèmes.

M. Dave Gallson: Nous recevons des courriels tous les jours, et il n'est pas nécessaire d'aller complètement dans le Nord pour constater la même chose. L'autre jour, j'ai reçu un message d'une personne de Gillam, au Manitoba, qui se plaignait de l'absence totale de services, de soins et de tout le reste.

Je pense qu'il faut voir plus loin quand on parle de soins. Il ne s'agit pas que d'aller voir son médecin ou de consulter un psychiatre ou un psychologue; le soutien des pairs est aussi important. Il est nécessaire de pouvoir en parler à des gens qui sont passés par là eux aussi et qui sont là pour écouter.

Souvent, il est très bénéfique d'échanger et de raconter son histoire à une personne qui a vécu ce que nous avons vécu. Je pense qu'il faut élargir l'idée que nous nous faisons des soins

Le président: Madame McLeod, il reste une minute et demie ou deux. Avez-vous une question à poser?

Mme Cathy McLeod: Absolument.

Le président: D'accord. Excellent.

Mme Cathy McLeod: Merci.

Je veux d'abord passer un commentaire. Quelqu'un a parlé de la recherche. Plusieurs de mes collègues ont eu l'occasion d'assister ce matin à un déjeuner spécial organisé par les IRSC en l'honneur de quatre chercheurs de l'Université McGill, qui ont fait un travail remarquable. C'était très inspirant et encourageant de voir qu'on peut espérer trouver des traitements qui fonctionnent vraiment.

J'ai aussi visité dernièrement le Centre for Brain Health de l'Université de la Colombie-Britannique, où j'ai pu voir encore une fois le travail qui se fait dans le domaine. Nous sommes sur le point d'arriver à des résultats très positifs pour l'avenir. Du moins, je l'espère.

Je n'ai qu'une minute, alors ma question sera brève. Monsieur Phelps, vous avez dit que nous devrions mettre en place les normes en milieu de travail. Je suis d'accord avec vous, car j'ai beaucoup travaillé à l'aspect santé et sécurité psychologiques au travail.

Je me demande parfois si nous ne devrions pas attendre... Il y a 40 organisations qui étudient la question. Dites-vous que les normes devraient être adoptées par tout le monde, ou devrions-nous plutôt voir comment cela fonctionne dans les 40 organisations qui les ont déjà mises en oeuvre et attendre les conclusions de l'étude?

C'est ma question.

● (1630)

M. Fred Phelps: C'est un excellent point. La Commission de la santé mentale du Canada a travaillé très fort pour mettre en place les normes sur la santé mentale en milieu de travail. Leur élaboration a demandé de la recherche, et puisqu'elles existent, nous aimerions que leur mise en oeuvre fasse partie des pratiques exemplaires...

J'aimerais voir les résultats des organisations qui les ont appliquées, mais l'ACMMSM recommande effectivement d'adopter les normes maintenant.

Glenn.

M. Glenn Brimacombe (chef de la direction, Association des psychiatres du Canada): Je note également que l'Agence de la santé publique du Canada tente déjà de déterminer comment intégrer ces normes à un projet pilote. Il ne faut pas tenter l'impossible et appliquer d'un coup ces mesures à l'ensemble du gouvernement, mais on peut commencer quelque part, et le choix logique pour cela semble être l'Agence de la santé publique.

Le président: Merci beaucoup.

C'est ce qui met fin à la première partie de la séance. Nous allons faire une pause de quelques minutes pour permettre à nos invités de quitter la salle. Vous pouvez également rester avec nous. Nous allons laisser les prochains témoins s'installer avant de reprendre les travaux.

- _____ (Pause) _____
-
- (1635)

Le président: Nous sommes de retour et prêts à entendre les prochains témoins.

Tout d'abord, nous recevons M. Marks de l'Association internationale des pompiers.

Allez-y, monsieur.

M. Scott Marks (adjoint au président général, Bureau canadien, Association internationale des pompiers): Au nom de nos 23 000 membres d'un bout à l'autre du Canada, c'est un honneur pour moi de vous donner notre point de vue sur le sujet à l'étude, qui est plus important.

Les pompiers professionnels du Canada sont en service 24 heures par jour, 7 jours par semaine dans les petites et les grandes municipalités de notre vaste pays. Nous sommes habituellement les premiers à arriver sur les lieux de toute situation d'urgence. Qu'il s'agisse d'un incendie de bâtiment, d'un accident sur l'autoroute, d'un appel pour une urgence médicale grave, d'un incident lié à des matières dangereuses ou de toute autre urgence, nous sommes les intervenants de première ligne du Canada.

Tout le monde sait que combattre les incendies est une profession dangereuse et exigeante physiquement, et que les pompiers souffrent davantage d'accidents de travail et de maladies professionnelles lorsqu'ils protègent la vie et les biens de la population. C'est pour cette raison que, depuis 2002, huit provinces et deux territoires ont adopté des lois de sorte que les blessures physiques et un nombre croissant de cancers soient considérés comme des risques professionnels chez les pompiers en poste depuis un certain nombre d'années. Même si nous sommes ravis de ces progrès, les exigences psychologiques liées à la profession sont moins connues, y compris les répercussions d'une exposition régulière à des scènes et des images insoutenables, que n'importe qui trouverait perturbantes et pénibles.

À l'instar d'autres intervenants de première ligne, les pompiers doivent être présents sur les lieux d'accidents, de crimes, de suicides et d'autres situations où des adultes et des enfants ont perdu la vie ou ont été grièvement blessés. Seuls les intervenants de première ligne savent à quel point nous sommes témoins de scènes macabres dans le cadre de nos fonctions. Nous voyons des choses auxquelles le grand public n'est pas exposé.

Ces scènes ont-elles une incidence sur la santé mentale des intervenants de première ligne? Bien sûr que oui, qu'il s'agisse d'un pompier de Burley, d'un travailleur paramédical chevronné ou d'un agent de police. Nous sommes des humains, après tout.

L'état de stress post-traumatique, ou ESPT, a trop longtemps été tabou parmi les pompiers et les autres intervenants de première ligne. Le trouble s'est installé dans l'ombre de notre profession. Hantés par les répercussions de notre travail, mais craignant de paraître faibles et malades devant les collègues, la famille et les attentes de la société, les pompiers qui éprouvent des problèmes de santé mentale en raison de la profession sont trop peu nombreux à demander de l'aide. Ils se tournent trop souvent vers l'alcool ou les drogues pour composer avec leurs difficultés; les mariages et les autres relations s'écroulent sous les tensions. Dans bien des cas, la crainte des conséquences financières d'un changement de carrière est une autre raison de garder le silence.

Hélas, l'ESPT a coûté la vie à bien des pompiers canadiens, qui ont succombé aux idées noires qu'ils n'arrivaient plus à repousser, et qui ont fini par s'enlever la vie. Nos confrères du Tema Conter Memorial Trust nous informent qu'à ce jour, 18 intervenants de première ligne se sont suicidés au Canada en 2015. Ce chiffre est désolant et épouvantable. En début d'année, le local 1271 de l'Association internationale des pompiers, ou AIP, situé à Surrey en Colombie-Britannique, a subi le choc et la douleur associés au suicide de deux de ses membres en sept semaines. Ces chiffres sont troublants, mais je conviens qu'ils doivent enfin être divulgués. Si nous voulons nous attaquer aux troubles de santé mentale et à l'ESPT chez les intervenants de première ligne, nous sommes mieux de connaître la portée exacte du problème qui nous attend.

Depuis peu, les pompiers sont de plus en plus conscients de l'ESPT et souhaitent de plus en plus reconnaître qu'ils peuvent en être atteints et doivent demander de l'aide. Parallèlement, il est de plus en plus accepté que l'ESPT découle directement de certaines professions, y compris celle de pompier. En 2012, la Colombie-Britannique et l'Alberta ont été les premières provinces canadiennes à reconnaître officiellement les volets de santé mentale associés aux services d'urgence en adoptant, aux fins des indemnités pour accident de travail, des dispositions législatives voulant que l'ESPT puisse découler de la profession de pompier. En novembre 2014, le Manitoba a annoncé qu'il se doterait également de cette protection importante pour ses intervenants de première ligne.

Ces progrès législatifs sans précédent sont des pas de géant et ont contribué à faire tomber les barrières qui existent depuis trop longtemps. Les dispositions législatives sont une aide considérable relativement aux préoccupations financières des pompiers et de leur famille, s'ils songent à quitter le milieu et à demander de l'aide pour traiter l'ESPT. Elles contribuent également à sortir davantage la maladie de l'ombre.

L'AIP félicite la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Manitoba d'avoir ouvert la voie à l'échelle provinciale dans ce domaine. Nous souhaitons que cette protection soit mise en place partout au Canada, à l'instar des dispositions législatives sur la présomption de maladie professionnelle en cas de cancer. Nous remercions tous ceux qui, au cours de la dernière année, ont contribué à la sensibilisation accrue à l'ESPT et aux intervenants de première ligne. Les préjugés tombent lentement, mais sûrement. Toute initiative qui permet aux pompiers de demander de l'aide pourra sauver des vies.

Même si la question de l'indemnisation en milieu de travail est importante, nous croyons qu'il faut aller beaucoup plus loin. Nous sommes également d'avis que l'information et les ressources doivent être à la disposition de tout intervenant de première ligne au Canada, indépendamment de sa province ou de sa ville. Voilà pourquoi nous demandons au gouvernement fédéral de mettre en place un plan d'action national sur l'ESPT. Nous croyons que votre gouvernement a un important rôle à jouer à cet égard.

- (1640)

Nous sommes d'avis que le plan d'action national devrait s'appliquer aux intervenants de première ligne tels que les pompiers, les agents de police et les travailleurs paramédicaux, de même qu'au personnel militaire et aux anciens combattants. Le plan devrait porter sur cinq éléments: les pratiques exemplaires, la recherche, l'éducation, la sensibilisation et le traitement. Il servirait de cadre pour des outils efficaces et complets relatifs à l'ESPT, et pourrait devenir une ressource à l'intention de tout organisme ou intervenant de première ligne qui en a besoin.

Nous encourageons le comité à recommander la création d'une stratégie nationale coordonnée au moyen d'une collaboration interministérielle et de la contribution des parties intéressées, y compris de l'AIP. Un tel effort contribuerait à saisir les nuances relatives à la santé des intervenants de première ligne, et à examiner efficacement les pratiques exemplaires en matière de soins psychologiques et de prévention du suicide.

Nous avons récemment exercé des pressions auprès du gouvernement fédéral quant au besoin d'un plan d'action national relatif à l'ESPT. L'intérêt de nombreux députés et sénateurs est encourageant. J'espère que les membres du comité partageront cet intérêt et conviendront que nous sommes redevables aux intervenants de première ligne, compte tenu de ce qu'ils font tous les jours pour nous.

Pour terminer, j'aimerais dire à tous ceux qui nous écoutent que, s'ils sont à la tête d'un service d'incendie, ils doivent favoriser une culture dans l'organisation permettant de discuter ouvertement de ce danger; de faire connaître les ressources à ceux qui pourraient avoir besoin d'aide; et d'avoir accès aux ressources sans délai et sans crainte. Si vous êtes un intervenant de première ligne ou une personne qui souffre d'ESPT, il n'y a rien de honteux à demander l'aide que vous méritez.

Merci. Je serai ravi de répondre aux questions du comité.

• (1645)

Le président: Merci beaucoup.

La parole est au représentant du Tema Conter Memorial Trust.

Monsieur Savoia, allez-y.

M. Vince Savoia (directeur général, Tema Conter Memorial Trust): Merci, monsieur le président.

Je m'appelle Vince Savoia. Je suis fondateur et directeur général du Tema Conter Memorial Trust.

Le 27 janvier 1988 a changé ma vie pour toujours. J'étais ambulancier à Toronto et j'ai été dépêché sur les lieux de l'homicide de Tema Conter. J'étais penché au-dessus du lit et je regardais Tema, et j'étais convaincu qu'il s'agissait de ma fiancée qui venait d'être violée et assassinée. Voilà ce qui a rendu cette intervention aussi unique pour moi. La ressemblance physique était si frappante que mon collègue, mon partenaire, m'a littéralement demandé si c'était ma fiancée.

Après quelques secondes terrifiantes, j'ai réalisé que ce n'était pas ma fiancée, et nous avons dû prendre une décision, à savoir si nous allions la ressusciter. Nous avons décidé de ne pas le faire. Cette décision de ne même pas essayer de ressusciter Tema m'a entraîné vers l'enfer de l'ESPT; j'ai dû attendre environ 12 ans avant même d'avoir un diagnostic précis.

À la fin des années 1980, l'ESPT n'était même pas sur les écrans radars. Tout le monde présumait que l'ESPT était strictement une conséquence de la guerre. Je ne pense pas que les gens avaient vraiment réalisé la manière dont le travail d'un premier répondant peut grandement affecter son esprit.

En 2001, avec l'accord de la famille Conter, le Tema Conter Memorial Trust a été enregistré à titre d'organisme de bienfaisance. Notre mandat initial était d'administrer un programme de bourses d'études pour les étudiants du Collège Humber qui souhaitaient devenir ambulanciers. Au début, nous offrions une bourse d'études de 1 000 \$ qui est maintenant devenu un programme de bourses d'études de 30 000 \$ par année. Nous encourageons les étudiants inscrits dans tout programme lié à la sécurité publique, soit les

services de gestion des urgences, les services d'incendie, les services de police, les services correctionnels, les services de communications 911 et même l'armée, à se pencher sur les facteurs de stress psychologique du stress aigu, du stress cumulatif, des traumatismes indirects, de l'usure de compassion et de l'état de stress post-traumatique.

Nous offrons 2 500 \$ par province. Nous offrons deux bourses d'études en Ontario, et l'auteur de la meilleure dissertation au pays reçoit une bourse d'études supplémentaire de 2 500 \$.

Nous avons depuis étendu nos activités. Nous avons formé des partenariats avec de nombreux hôpitaux et universités dans la région de Toronto pour mener des recherches. Nous avons récemment conclu un partenariat avec l'Université d'Ottawa et l'Université Nipissing pour réaliser une étude sur les TSO quant aux policiers de la province. Grâce à ces recherches, nous offrons maintenant de la formation pour le soutien par les pairs, et je suis vraiment fier de dire que nous administrons une ligne d'aide pour les pairs et les familles; tous les premiers répondants et tous les membres de leur famille peuvent appeler ce numéro sans frais. Cette ligne a le mandat de s'assurer que, lorsque les gens nous appellent, ils sont en sécurité et qu'ils n'ont pas de tendances suicidaires. Plus important encore, nous orientons les gens. Nous essayons grandement de les encourager à consulter un professionnel de la santé mentale qui pourra vraiment les épauler.

Même si le soutien par les pairs est de plus en plus populaire au pays comme méthode pour aider nos collègues — et je suis un grand partisan du soutien par les pairs —, je dois dire qu'il est très important d'encourager nos premiers répondants et en gros tout Canadien qui a une maladie mentale à obtenir des soins de santé mentale adéquats.

J'aimerais vous demander aujourd'hui d'inclure les soins psychologiques dans nos régimes de soins de santé provinciaux et même le régime de soins de santé fédéral. Vous avez entendu nos collègues vous dire aujourd'hui qu'il faut plus de ressources, mais il faut déterminer les endroits où nous les investissons. Je crois que nous avons fait suffisamment de travaux de recherche. À mon avis, il faut vraiment améliorer l'accès aux psychologues au pays.

De plus, j'aimerais me faire l'écho de mon collègue, Scott Marks, en vue de demander la création d'une stratégie nationale concernant l'ESPT. Nous devons vraiment épauler nos premiers répondants. Le milieu des premiers répondants est aujourd'hui en crise. Depuis le 29 avril 2014, nous avons vécu 45 suicides, et je crois que ce nombre est plus élevé, parce que nous avons seulement été en mesure de confirmer 45 suicides, mais je soutiens que ce nombre est plus élevé au Canada. Je m'inquiète que les gouvernements provinciaux et fédéral n'interviennent pas suffisamment pour atténuer cette crise.

• (1650)

Il faut mettre en place un programme pour vraiment sensibiliser à la santé mentale les Canadiens et en particulier le milieu des premiers répondants. Nous avons une attitude à la John Wayne au sein du milieu des premiers répondants. Nos collègues ont peur de se manifester. Ils ont vraiment peur. Ils ont peur, parce que des organismes canadiens ridiculisent, ostracisent et même congédient les premiers répondants qui se manifestent pour demander de l'aide, et cela doit cesser.

Comme vous pouvez le constater, c'est un sujet qui me passionne énormément. Je considère que Tema est un véritable chef de file dans le milieu des premiers répondants. Nous ne recevons pas de financement des gouvernements provinciaux et fédéral. Nos fonds proviennent strictement de dons de la population, et le budget de notre organisme est d'environ 300 000 \$ par année. Si je pouvais vous demander quelque chose, ce serait de bien vouloir envisager d'accorder du financement à notre organisme. Nous aimerions vraiment étendre notre ligne d'aide pour les familles et les pairs. Plus important encore, nous aimerions vraiment faire la promotion partout au pays de nos pratiques exemplaires en matière de soutien par les pairs pour les intervenants en cas d'urgence.

Merci.

Le président: Merci beaucoup.

Le prochain témoin est M. Merali. Allez-y, monsieur.

M. Zul Merali (président et directeur général, L'Institut de recherche en santé mentale du Royal et le Réseau canadien de recherche et intervention sur la dépression, à titre personnel): Merci beaucoup. Je tiens à vous remercier de votre invitation à venir vous entretenir des investissements gouvernementaux dans le Réseau canadien de recherche et intervention sur la dépression et de mes points de vue sur la recherche en santé mentale au Canada.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, les troubles mentaux sont la principale cause d'incapacité en années de vie corrigées dans le monde. Dans la catégorie des troubles mentaux, la dépression occupe la plus grande place. En effet, 500 000 Canadiens n'ont pas été au travail aujourd'hui en raison d'une dépression, et le problème s'accroît. Lors du récent Forum économique mondial qui s'est tenu en Suisse, les participants ont exprimé pour la première fois des préoccupations en ce qui a trait à la santé mentale, et les troubles mentaux sont ressortis comme étant la catégorie qui entraîne le plus de coûts. Nous prévoyons que cela atteindra dans le monde 6 000 millions de dollars annuellement d'ici 2030; c'est une somme inimaginable. C'est plus que le diabète, le cancer et les maladies pulmonaires mis en ensemble.

Pourquoi les troubles mentaux sont-ils un problème aussi important? C'est parce qu'ils débutent normalement tôt dans la vie et que cela augmente le risque d'avoir d'autres maladies concomitantes, non transmissibles liées à la dépression.

Le RCRID, soit le Réseau canadien de recherche et intervention sur la dépression, est un réseau pancanadien qui met l'accent sur la dépression et les problèmes de santé connexes, y compris l'état de stress post-traumatique et le suicide. Nous sommes très reconnaissants envers le gouvernement du Canada de sa contribution de 5,2 millions de dollars dans son budget fédéral pour soutenir la mise en oeuvre de ce réseau.

Grâce à la gestion des trois organismes fondateurs, à savoir l'Institut de recherche en santé mentale du Royal, qui est affilié à l'Université d'Ottawa, la Commission de la santé mentale du Canada et la Société pour les troubles de l'humeur du Canada, je suis fier de dire que le réseau fonctionne à plein régime.

La force et le pouvoir de ce réseau sont de faire la promotion des découvertes scientifiques et d'en traduire les résultats en pratiques concrètes par l'entremise de ses carrefours de recherche partout au Canada. Ses carrefours de découvertes scientifiques regroupent les chercheurs, les cliniciens, les personnes ayant vécu des expériences et les jeunes stagiaires les plus qualifiés. Le RCRID compte sept carrefours répartis d'un bout à l'autre du Canada, de la Colombie-Britannique aux provinces maritimes, dont un carrefour autochtone en Saskatchewan; c'est le plus récent.

Nous avons organisé deux conférences couronnées de succès pour échanger des connaissances et trouver des occasions de les appliquer. Par l'entremise des carrefours de recherche du réseau, les plus grands esprits du milieu de la recherche s'unissent pour comprendre les causes de la dépression et trouver des manières plus efficaces de diagnostiquer et de traiter la dépression. Chaque carrefour est l'équivalent d'une grande tente sous laquelle se regroupent des universités, des cliniciens et des personnes ayant vécu des expériences en vue de créer une véritable expérience transdisciplinaire. Les découvertes scientifiques sont communiquées aux autres carrefours, et les approches qui promettent de changer les pratiques seront mises en oeuvre localement, puis à l'échelle nationale.

Les possibilités intersectorielles pour les jeunes chercheurs garantiront la pérennité et la progression de cette initiative. Des relations internationales ont déjà été établies avec des organismes aux vues similaires, notamment le NNDC, soit le National Network of Depression Centers, aux États-Unis et l'European Alliance Against Depression.

Le RCRID prend les devants pour conclure des partenariats avec des personnes ayant vécu des expériences à toutes les étapes du processus de recherche. Nous formons des personnes ayant vécu des expériences pour qu'elles deviennent des participantes actives dans les équipes de recherche, et nous formons des chercheurs pour qu'ils acceptent et incorporent les enjeux et les idées que soulèvent des personnes ayant vécu des expériences. Ce partenariat nous assure que les recherches menées sont pertinentes pour ceux qui ont des troubles mentaux et qu'elles contribueront à transformer le milieu de la maladie mentale au Canada.

Pour ce qui est de la santé des militaires, nous avons l'occasion d'avoir au Royal une clinique des traumatismes de stress opérationnel, et le Royal a la première chaire de recherche en santé mentale chez les militaires de l'OTAN. Le titulaire de cette chaire est le colonel Rakesh Jetly, un psychiatre d'expérience au sein des Forces armées canadiennes et un conseiller en santé mentale du médecin-chef. Cette chaire mettra l'accent sur les soins et les traitements de ceux qui ont un état de stress post-traumatique et d'autres blessures liées au combat. Elle se concentrera sur la dépression, étant donné que cette maladie a un taux de prévalence de 8 % dans les forces armées, ce qui est supérieur au taux de prévalence de l'ESPT, qui touche 5,5 % des militaires. Les travaux de recherche mèneront à de nouveaux traitements pour les gens qui ont un ESPT. Le Canada collaborera avec ses partenaires de l'OTAN et leur communiquera ses recherches.

• (1655)

En ce qui a trait au suicide, comme vous le savez, c'est une grande préoccupation dans notre société. Les jeunes, les adultes en milieu de vie et les autochtones y sont particulièrement vulnérables. Alors que le taux de mortalité attribuable au cancer et aux maladies cardiaques a chuté depuis une décennie, si vous examinez le graphique en ce qui concerne le suicide, les statistiques n'ont pas vacillé. Nous n'avons aucunement progressé à ce sujet. Dans la majorité des suicides, c'est lié à des troubles mentaux, en particulier la dépression. Il importe de toujours établir le lien entre la dépression et les suicides.

Le RCRID a un protocole d'entente officielle avec l'European Alliance Against Depression. Le Dr Ulrich Hegerl, le directeur de l'European Alliance Against Depression, était un conférencier lors des conférences du RCRID. Par ailleurs, nous avons organisé des ateliers avec des collaborateurs, y compris la Commission de la santé mentale du Canada, Santé Canada et l'ASPC. Nous en avons eu deux. L'European Alliance Against Depression est ouverte à collaborer avec nous ici au Canada.

Nous voulons mettre à l'essai le modèle de Nuremberg ici au Canada, étant donné que ce modèle a permis de réduire jusqu'à 20 % les suicides dans la première ou la deuxième année de sa mise en oeuvre dans bon nombre de collectivités européennes. Nous devons mettre à l'essai ce modèle dans le contexte canadien.

Je suis ravi de vous dire que nous avons récemment créé une chaire de recherche sur la prévention du suicide en partenariat avec la fondation Do It For Daron et la Mach-Gaensslen Foundation. Le titulaire de cette chaire sera nommé d'un jour à l'autre.

Au Canada, moins de 5 % des fonds affectés à la recherche vont à la recherche en santé mentale, même si nous savons que les troubles mentaux sont les troubles les plus répandus au pays. Pour chaque 100 \$ que nous investissons dans les soins de santé, le Canada investit moins de 0,04 \$ dans la recherche en santé mentale. Nous investissons 10 fois plus dans la recherche sur le cancer. Nous en avons la capacité, mais nous n'avons pas les ressources adéquates pour mener à bien les activités qui nous mèneront à la prochaine étape. Il faut investir davantage dans la recherche en santé mentale.

Sur ce, merci de votre attention. Je serai ravi de répondre à vos questions.

Le président: Très bien.

Voilà qui conclut les déclarations pour ce panel. Vous avez la première série de sept minutes, madame Leslie.

Allez-y.

Mme Megan Leslie (Halifax, NPD): Merci, monsieur le président.

Merci aux témoins de leur présence.

Je tiens tout d'abord à féliciter vos deux organismes qui s'attaquent à la question de l'ESPT, en particulier étant donné que vous avez souligné qu'il y a beaucoup de stigmatisation et que les gens ont peur d'en parler et de se manifester. C'est vraiment merveilleux de voir vos organismes s'attaquer de front à ce problème.

J'aimerais vous poser quelques questions sur l'ESPT, parce que je crois qu'il est facile de dire que la majorité des questions de santé relèvent des provinces et que le gouvernement fédéral n'a aucun rôle à jouer. Je suis en désaccord pour deux raisons. Premièrement, si nous prenons le temps d'examiner les premiers répondants, nous constatons que bon nombre d'entre eux relèvent du gouvernement fédéral. Il y a notamment les anciens combattants et les agents de la GRC. Par ailleurs, je crois que la santé mentale est un problème de santé publique. Il est question de la santé publique. Nous avons l'Agence de la santé publique du Canada. Le gouvernement fédéral a donc un rôle à jouer dans ce domaine.

En ce qui a trait à l'ESPT, si le gouvernement en reconnaissait la prévalence et la gravité, j'imagine que nous devrions investir pour nous assurer d'une détection précoce, d'une sensibilisation appropriée, de traitements adéquats et de la réduction de la stigmatisation. Ce sont des domaines sur lesquels je crois que nous devrions nous pencher. À mon avis, nous pourrions y arriver grâce à un groupe de travail coordonné qui devrait inclure des premiers répondants, des

anciens combattants, du personnel médical et d'autres groupes pertinents de la collectivité.

Voilà en partie ce que le gouvernement fédéral pourrait faire en la matière.

Qu'en pensez-vous? Voulez-vous ajouter quelque chose? Suis-je à côté de la plaque? Selon vous, que devrions-nous faire?

● (1700)

M. Scott Marks: Non, je pense que c'est exactement le point de vue de l'Association internationale des pompiers. Il y a aussi des pompiers qui relèvent du gouvernement fédéral. Par conséquent, cela a aussi une incidence à l'échelle fédérale, mais je suis tout à fait d'accord avec vous.

Il faut que nous établissions ici une structure, afin que les employeurs et les municipalités, en particulier celles qui sont petites, disposent d'un cadre sur lequel s'appuyer. Vince peut probablement vous en dire davantage à ce sujet, mais il y a tellement d'aspects inconnus à cet égard. Vous savez, j'ai intégré les Services d'incendie de Toronto en 1981. À l'époque, les pompiers recevaient très peu de formation même au sujet de maladies professionnelles que nous connaissons maintenant. Maintenant, grâce à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail de l'Ontario, les pompiers recrutés suivent un programme complet, afin d'être mieux préparés à prendre en charge leur propre santé et sécurité quand ils combattent des incendies. Ainsi, ils peuvent s'assurer qu'ils ont enfilé leurs équipements correctement, et on veille à ce qu'ils comprennent mieux les effets à long terme des situations auxquelles ils sont exposés.

On ne leur communique presque aucun renseignement concernant leur santé mentale. Nous accusons du retard à cet égard, car, à ce que nous sachions, cette maladie a été découverte relativement récemment. Je crois que le gouvernement pourrait favoriser ces efforts, afin que toutes les communautés d'intérêts disposent d'un peu d'information relative aux genres de programmes qu'ils devraient organiser.

Allez-y, Vince.

M. Vince Savoia: Je partage cet avis.

L'un des facteurs qui me préoccupent, c'est que, lorsque j'ai reçu ma formation de paramédical en 1981, je n'ai suivi à aucun moment des cours d'intervention en cas de suicide ou d'intervention en situation de crise. Les choses sont toujours pareilles de nos jours. Nos premiers intervenants répondent à des appels liés à des tentatives de suicide, et ils n'ont reçu aucune formation dans le domaine des interventions en cas de suicide ou des interventions en situation de crise.

J'aimerais qu'on mette en oeuvre un programme visant vraiment à examiner le programme d'études de nos premiers intervenants et que des cours de formation en ce sens soient offerts au niveau collégial ou universitaire. En outre, nous devons nous soucier de les renseigner sur les facteurs de stress psychologique qu'ils affronteront assurément tant dans leur milieu de travail qu'à la maison, ainsi que sur la façon de gérer ce stress d'une façon appropriée.

Mme Megan Leslie: Je vais revenir sur ce que vous venez de dire tous les deux, car ma prochaine question porte sur la prévention ou la prévention du TSPT. Je ne connais pas suffisamment la nature du trouble de stress post-traumatique pour savoir s'il y a une façon de prédire cette maladie ou de la prévenir. Est-ce ce dont vous parlez? Lorsqu'on connaît au moins les symptômes, on sait quand on doit consulter quelqu'un?

M. Vince Savoia: Mon collègue, Dr Jeff Morley, qui est psychologue, est très éloquent à ce sujet. Il affirme qu'aucun examen disponible en ce moment ne peut prédire la susceptibilité des gens au trouble de stress post-traumatique. Il n'y a donc aucune façon de savoir s'ils risquent de souffrir de cette maladie, sauf si l'on embauche des psychopathes. Lorsqu'on examine la cause du TSPT, on constate que c'est l'exposition à un événement traumatisant ou à une série d'événements traumatisants, et il est impossible de déterminer les événements qui pourraient déclencher cette maladie.

• (1705)

Mme Megan Leslie: Je suppose que la prévention est une façon de s'attaquer au problème, mais une autre façon consiste à connaître au préalable les symptômes et à savoir quand il faut chercher de l'aide. Je repense à la fusillade qui a eu lieu ici, sur la Colline du Parlement, l'automne dernier. Juste en sachant que la sécheresse de la bouche est l'un de ces symptômes, j'ai été en mesure de déterminer que j'étais toujours sous l'effet de l'adrénaline et que j'aurais peut-être des problèmes après coup. Donc, même en étant seulement capable de reconnaître certains de ces symptômes et de savoir qu'il faut chercher de l'aide, on peut contribuer à réduire la durée du traitement ou obtenir un soutien pendant cette période — même s'il ne s'agit pas vraiment de prévention.

M. Vince Savoia: La Commission de la santé mentale du Canada a lancé son nouveau programme intitulé « En route vers la préparation mentale » qui aborde exactement ces sujets. Le programme a été adopté par divers services de police des quatre coins du pays, et le programme en entier est axé sur la reconnaissance précoce des symptômes.

Mme Megan Leslie: Cette réponse est bien adaptée à ma prochaine question, parce que je me demandais si les commentaires de vos membres qui ont suivi divers programmes offerts en ce moment...

Le président: Madame Leslie...

Mme Megan Leslie: Oh, c'est tout?

Le président: Cela fait sept minutes que vous intervenez. Je suis désolée. Peut-être, au cours de la prochaine série de questions...

Monsieur Lizon, allez-y.

M. Wladyslaw Lizon (Mississauga-Est—Cooksville, PCC): Merci beaucoup.

Je remercie tous les témoins d'être venus cet après-midi.

Monsieur Merali, vous avez parlé longuement de la santé mentale et des maladies mentales. Que se passe-t-il du côté de la recherche sur la prévention de ces maladies? Nous mettons l'accent sur les traitements. Il y a encore beaucoup d'aspects inconnus. Que se passe-t-il du côté de la prévention? Nous cherchons des moyens de prévenir chaque maladie, car, si nous y parvenons, nous n'aurons plus besoin de les soigner.

Je vais vous donner un exemple. Si, à son réveil le matin, le pompier a un pouls de 170, et sa tension artérielle est élevée, que doit-il faire? il appellera le docteur ou ira le visiter. Il n'ira pas travailler, mais il n'y a aucun moyen de déterminer son état d'esprit.

Pouvez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet? Comme vous menez des recherches, j'aimerais savoir où nous en sommes à cet égard.

M. Zul Merali: Vous soulevez en ce moment une question très pertinente et importante relativement à la prévention. Comme vous le savez, le problème de la santé mentale tient au fait que, jusqu'à maintenant, tous nos diagnostics reposent sur des symptômes. Quand

on vous demande comment vous vous sentez, vous décrivez vos symptômes. Il se peut que vous n'énumériez pas tous vos symptômes ou que le clinicien ait une interprétation subjective des symptômes que vous décrivez.

Comme vous l'avez expliqué dans le cas de la tension artérielle et du pouls, nous avons besoin d'indicateurs, de biomarqueurs qui permettent de déterminer votre état de santé mentale. Nous ne disposons pas encore de ces éléments. Nous connaissons les indicateurs d'autres maladies, parce que nous avons consacré beaucoup de temps et d'efforts à nous soucier de ces maladies. Une fois qu'on connaît ces biomarqueurs et qu'on peut mesurer son taux de cholestérol, on sait quelles mesures prendre. On se rend à un centre de sportif ou on prend des statines ou n'importe quelle autre mesure pour réduire son taux de cholestérol et prendre soin de sa santé.

Dans le domaine de la santé mentale, nous ne disposons pas de ces indicateurs. Nous avons besoin d'outils biologiques pour être en mesure d'évaluer votre état mental, sans nous fier exclusivement à vos symptômes. Prenons, par exemple, le TSPT. À l'heure actuelle, de nombreux faits semblent indiquer que, si l'on se sert de certains marqueurs et qu'on effectue une scintigraphie cérébrale, certains ligands du cerveau scintilleront d'une façon très différente, presque comme un arbre de Noël.

Nous commençons donc à comprendre un peu la maladie. Pouvons-nous développer complètement ces marqueurs afin qu'ils nous permettent de vraiment prévoir ce qui se passera? Une fois que ces marqueurs seront connus, nous serons en mesure d'élaborer des stratégies de prévention d'une manière beaucoup plus efficace, car nous saurons ce que nous cherchons à prévenir et comment nous pourrions atténuer les risques de développer la maladie. Nous devons consacrer beaucoup plus de temps à l'atteinte de cet objectif que nous le faisons en ce moment.

M. Wladyslaw Lizon: À cet égard, monsieur, quelle direction, selon vous, la science prendra-t-elle dans les années à venir? Les marqueurs que vous avez mentionnés reposeront-ils sur des scintigraphies cérébrales, des analyses sanguines ou d'autres tests? Qu'en pensez-vous?

• (1710)

M. Zul Merali: Nous prenons en considération toutes ces possibilités. Nous envisageons d'effectuer un EEG, comme nous faisons subir des ECG pour le cœur. Nous examinons l'activité cérébrale à l'aide d'appareils relativement peu coûteux, afin de mesurer l'activité électrique du cerveau et de déterminer les motifs qu'elle reproduit. Nous envisageons d'employer l'imagerie cérébrale et d'analyser les gènes des gens. Nous étudions d'autres changements ou marqueurs biochimiques qui s'ajouteront aux symptômes cliniques, dont nous tiendrons également compte.

Où trouverons-nous des solutions? Nous ne le savons pas encore. Je pense que nous devons nous atteler à cette tâche. Nous devons trouver ces marqueurs. Il est très important que nous le fassions.

M. Wladyslaw Lizon: En ce qui concerne le TSPT ou tout autre trouble de santé mentale, du temps s'écoule entre le moment où la personne développe un trouble mental et le moment où il est diagnostiqué. Pendant cette période, la plupart des gens n'ont aucune idée de ce qui cloche chez eux.

Comment pouvons-nous ou, plutôt, comment le milieu médical peut-il aider ces gens à distinguer correctement leurs symptômes, qu'ils soient atteints du TSPT ou d'une autre affection? Il y a un moment où les gens ignorent ce qui ne va pas. La semaine dernière, nous avons déjeuné avec d'anciens combattants. Deux d'entre eux étaient atteints du TSPT et ont témoigné à ce sujet. L'un d'eux a indiqué très clairement que, pendant un certain temps, il n'avait aucune idée de ce qui clochait chez lui. Il a tenté de se suicider. Au cours de sa deuxième tentative de suicide, il s'est arrêté et s'est rendu compte qu'il avait un problème. C'est alors qu'il a commencé à chercher de l'aide.

M. Zul Merali: Je pense que vous soulevez une excellente question.

En collaboration avec la Société des troubles de l'humeur du Canada et le CEDRIN, nous avons, entre autres, élaboré un programme d'études — je demanderai peut-être à Dave de vous communiquer les détails du programme — qui aide, en fait, les cliniciens à diagnostiquer un TSPT beaucoup plus rapidement dans un établissement de soins primaires. Voilà une façon de procéder. L'autre façon consiste à — vous avez tout à fait raison, en ce sens que les gens doivent connaître les signes et les symptômes précoces, afin qu'ils puissent, ou que leur famille puisse commencer à reconnaître un problème avant qu'il atteigne un point critique.

En ce moment, des appareils, comme des téléphones cellulaires, sont en voie d'élaboration. À l'aide de votre téléphone cellulaire, vous pouvez accéder à des programmes qui peuvent vous aider à répondre à quelques questions simples. Ces programmes vous indiqueront si vous courez le risque de développer le TSPT, ou si vous en souffrez déjà. Ensuite, vous devez consulter votre médecin ou votre clinicien pour connaître les prochaines étapes à suivre.

Le manque de sensibilisation et le manque de connaissances à propos des signes et des symptômes représentent un problème majeur pour le TSPT et la dépression.

Lors d'un récent colloque, nous avons invité des gestionnaires du milieu de travail. Nous leur avons demandé combien d'entre eux pourraient reconnaître une personne dépressive si elle entrait dans la salle. Seulement trois des 100 gestionnaires présents ont levé la main. Les gens ne savent simplement pas comment repérer ces problèmes. Je pense que le travail accompli par la Commission de la santé mentale du Canada, en vue d'élaborer quelques outils de travail et des stratégies d'intervention précoce, est extrêmement important.

Le président: D'accord. Votre synchronisation est parfaite.

M. Zul Merali: Vraiment?

The Chair: Oui, monsieur.

Monsieur Vaughan, allez-y.

M. Adam Vaughan: Merci.

Vous avez déclaré que tout le monde était susceptible de développer le trouble de stress post-traumatique. Je me demande si des conditions préalables peuvent rendre quelqu'un plus susceptible de souffrir de cette maladie. Par exemple, d'après le temps que j'ai passé au sein d'une commission de police à m'occuper des mesures disciplinaires, je sais que, très souvent, les policiers font l'objet d'une audience disciplinaire parce qu'ils ont réagi d'une manière extrême à une situation très normale dans leur emploi. Toutefois, ce sont les stress antérieurs, comme un divorce ou un décès dans la famille, que les policiers avaient vécus hors de la force policière qui les rendaient susceptibles d'agir ainsi ou qui créaient un précédent.

Des mesures ont-elles été prises afin d'examiner les premiers intervenants qui pourraient être particulièrement susceptibles de développer plus rapidement un trouble de stress post-traumatique?

M. Vince Savoia: C'est une question à laquelle il est très difficile de répondre, parce que je connais des gens qui, par exemple, ont été agressés physiquement et sexuellement pendant leur enfance. Ils travaillent en tant que premiers intervenants et gèrent ce genre d'appels très efficacement, parce qu'ils ont été en mesure de composer avec ces problèmes eux-mêmes.

M. Adam Vaughan: Ils sont donc immunisés contre ces traumatismes parce qu'ils les ont vécus au début de leur vie.

M. Vince Savoia: Exactement, ils ont déjà traversé ces difficultés.

Je précise encore une fois qu'à mon avis, il est très difficile de comprendre les traumatismes parce que la réaction d'une personne à un événement traumatisant découle de ses expériences passées, de ses principes moraux, de ses valeurs et de sa perception de l'événement. Ils sont le résultat d'une combinaison de facteurs, ce qui les rend très complexes. Je souhaiterais qu'il existe un outil qui nous permettrait d'identifier ces gens, mais...

• (1715)

M. Adam Vaughan: Il y a de nombreux sentiers à analyser.

M. Vince Savoia: Beaucoup trop de sentiers.

M. Adam Vaughan: Des gens ayant emprunté des sentiers semblables peuvent réagir d'une façon complètement différente à un même ensemble d'expériences.

M. Vince Savoia: Je n'ai qu'à penser à l'appel lié à Tema Conter auquel j'ai participé. L'incident n'a pas ébranlé mon partenaire. Nous avons participé au même appel, mais, pour une raison ou une autre, je l'ai perçu d'une façon complètement différente.

M. Adam Vaughan: Examinons le problème qui commence à se manifester dans les quartiers à risque élevé. Dans les régions qui ont connu des crimes de rue très violents, nous remarquons maintenant que de jeunes enfants présentent des symptômes identiques à ceux de premiers répondants, et que cela amplifie, en fait, une partie de la violence. A-t-on examiné ces effets, les effets qu'une exposition constante et persistante à des degrés élevés de violence ont sur les jeunes? Cette exposition nuit-elle à leur capacité d'agir dans la société d'une manière plus positive qu'inquiétante?

M. Zul Merali: Oui. Je pense que c'est exactement le cas, en ce sens qu'une exposition précoce et répétée à des facteurs de stress prédispose assurément les gens au TSPT. Ensuite, la question est de savoir qui développe la maladie et qui est épargné. Nous ne comprenons toujours pas très bien cette dynamique, mais nous connaissons certains des problèmes ou incidents qui déclenchent la réaction.

Lorsque vous parlez des enfants qui sont exposés à des événements traumatisants, le phénomène est le même partout dans le monde, que ces enfants proviennent d'une zone de guerre ou... Plus tôt, une discussion a eu lieu au cours de laquelle on a comparé la susceptibilité des immigrants de développer des troubles de santé mentale à celle des réfugiés. Cette susceptibilité est liée au degré d'exposition à des stress vécus en particulier dans les premières années de la vie, parce que cela semble avoir un effet cumulatif, de telle sorte que, tôt ou tard, une goutte d'eau fera déborder le vase. C'est le résultat d'une accumulation d'expériences stressantes.

M. Adam Vaughan: En se conduisant mal, ils finissent souvent par avoir des démêlés avec la justice, qui recommande des soins en établissement, lesquels apportent leurs propres facteurs de stress.

M. Zul Merali: Précisément.

M. Adam Vaughan: Sur le plan de la recherche, la thérapie entre pairs semble être l'une des formes les plus positives de traitement. Il faut connaître le problème pour être en mesure de le traiter, et la personne peut parler à quelqu'un qui comprend ce qu'elle a vécu. Le contexte social dans lequel travaillent beaucoup de premiers intervenants entre aussi en ligne de compte. Ils travaillent en groupes très serrés, où on leur enseigne presque à dépendre de leurs pairs. Dans ce cas, les premiers intervenants et les jeunes des quartiers difficiles ne pourraient-ils pas s'entraider, plutôt que d'être parfois considérés comme à l'opposé les uns des autres? Serait-il possible pour vous de redéployer les premiers intervenants dans un milieu social dans le cadre d'un traitement, mais aussi de programmes sociaux?

M. Vince Savoia: Je pense que c'est une excellente idée. Toutefois, il faut faire preuve de prudence en ce qui concerne le soutien par les pairs. Au Canada, la plupart des organismes de soutien par les pairs du milieu des premiers intervenants utilisent depuis longtemps un modèle appelé gestion du stress à la suite d'un incident critique, ou GSIC. Ce modèle fonctionne bien s'il est utilisé adéquatement, mais ce que nous constatons souvent, c'est que les premiers intervenants suivent la formation durant trois ou quatre jours et qu'ils se sentent ensuite aptes à fournir une aide psychologique. L'analogie que je pourrais utiliser est la suivante: si vous faites une crise cardiaque, voulez-vous être traité par une personne qui a suivi une formation de deux jours en premier soins ou par un cardiologue? Les pairs ont un rôle à jouer, mais à mon avis, ils doivent davantage jouer un rôle d'agent d'aiguillage et s'assurer que les personnes obtiennent les soins dont ils ont besoin.

M. Adam Vaughan: Ma dernière question s'adresse à Scott Marks. En ce qui concerne les contrats de la fonction publique, l'un des éléments que ciblent les gouvernements, c'est l'invalidité de courte et de longue durée. On tente également d'améliorer la productivité en augmentant les pénalités liées aux congés de maladie. Dans ce contexte, si les premiers intervenants reçoivent le traitement dont ils ont besoin, les contrats de travail doivent-ils tenir compte du fait que les congés peuvent être un moyen d'atténuer les conséquences à long terme du trouble de stress post-traumatique?

M. Scott Marks: Je pense que grâce à une sensibilisation accrue à l'égard du trouble de stress post-traumatique, nous avons surmonté certains des principaux obstacles à la reconnaissance de cette maladie par le régime d'indemnisation des travailleurs. En ce sens, plus il y a de sensibilisation et plus on reconnaît qu'il s'agit d'une maladie professionnelle, moins il y a de problèmes liés aux ententes contractuelles.

Ce qui pose le plus problème, et nous l'avons constaté dans certaines des provinces qui ont reconnu la maladie, ce sont les récidives. Il s'agit d'une maladie qui ne disparaît tout simplement pas. Lorsqu'une personne a reçu des traitements contre le cancer, qu'elle est en rémission depuis cinq ans et qu'elle ne présente aucun symptôme, on peut déclarer qu'elle a vaincu ce cancer. Or, on ne peut utiliser le même raisonnement ici, et c'est pourquoi je dis que dans certaines provinces qui ont reconnu le TSPT, il existe un réel problème. Une personne s'inscrit au programme; on considère qu'elle souffre d'un trouble de stress post-traumatique, qui est couvert par le régime d'indemnisation des accidentés du travail. Elle subit une série de traitements, puis elle obtient un bilan de santé favorable et retourne travailler. Toutefois, en cas de récurrence, elle doit passer à nouveau par le même processus afin qu'on détermine encore une fois si elle souffre ou non d'un TSPT. C'est pour elle une autre source de stress.

Sur le plan contractuel, je pense que c'est comme toute autre chose. À mesure que nous améliorons nos connaissances, nous devons reconnaître la maladie dans les conditions du contrat. L'un des enjeux clés, comme l'ont dit Vince et d'autres personnes, c'est la question de la sensibilisation. Si les premiers intervenants peuvent recevoir rapidement un traitement psychologique grâce à des prestations de soins de santé améliorées, même avant qu'un diagnostic ait déterminé que leurs problèmes sont directement liés à un TSPT, ils pourront obtenir de l'aide en santé mentale. La majorité des contrats des premiers intervenants laissent grandement à désirer lorsqu'il est question de services de consultation psychologique; ils offrent à peine de quoi payer une ou deux consultations.

• (1720)

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Wilks, allez-y.

M. David Wilks (Kootenay—Columbia, PCC): Merci, monsieur le président.

S'il me reste du temps, je le partagerai avec le secrétaire parlementaire.

C'est une discussion très intéressante. Je suis retraité de la GRC et j'ai vécu toutes sortes de situations stressantes au fil des ans. Nous avons tous une façon différente d'y faire face.

Ce que vous avez dit m'a beaucoup intrigué, monsieur Savoia. J'ai vécu quelques incidents importants — des périodes de stress dans ma vie —, et une équipe est venue. Nous ne connaissons pas encore les résultats. Cela a peut-être donné de bons résultats pour quelques personnes. J'ignore si cela a fonctionné pour moi, mais c'est la vie.

Je suis d'accord avec vous sur ce que vous avez dit par rapport à l'incident qui vous a perturbé, mais pas votre collègue. Pourquoi n'a-t-il pas perturbé votre collègue? Je l'ignore.

Un jour, j'ai fait le calcul et j'en suis arrivé à environ 112 morts subites durant mes 20 années de service. Pourquoi pas moi? Je l'ignore. Ai-je eu de la chance? Je n'en ai aucune idée.

Mais je sais qu'il y a d'autres problèmes profonds qui en découlent. L'un de ces problèmes, pour moi et pour bon nombre de mes collègues — et je ne peux parler pour tout le monde —, c'est que nous en arrivons à consommer un peu plus d'alcool que nous le devrions, et cela devient une habitude. Pour ma part, je suis allé suivre un traitement, et heureusement, je suis ici aujourd'hui. Encore une fois, j'ai eu de la chance.

C'est là-dessus que j'aimerais entendre M. Marks et M. Savoia. En ce qui concerne les personnes qui servent la population, que ce soit les pompiers, les policiers ou les militaires — et j'ai entendu ce que vous avez dit tout à l'heure à ce sujet, et nous conviendrons d'être un peu en désaccord là-dessus —, je crois fermement que nous sommes passés à côté pour ce qui est du soutien par les pairs; comme vous l'avez dit plus tôt, nous avons une attitude à la John Wayne. Nous craignons de nous manifester, car nous avons peur du jugement du public à notre égard. Or, ce n'est pas nécessairement le cas lorsque nous échangeons avec nos pairs, pourvu que cette situation soit maintenue.

J'aimerais que vous nous parliez tous les deux de la façon dont nous pouvons faire des progrès, en tant que pays, sur le plan de la consultation ou de la discussion entre pairs. Cela a été bénéfique pour moi durant ma carrière: parler à quelqu'un qui pouvait comprendre ce que j'avais vécu, car parler à quelqu'un qui ne peut pas me comprendre, c'est comme parler à un mur.

Allez-y, je vous en prie.

• (1725)

M. Scott Marks: Je vais commencer. Je crois que les pairs ont un rôle de soutien à jouer. C'est ce qu'a dit Vince. Il est important d'offrir aux premiers intervenants une formation sur les interventions en situation de crise, de leur donner cette base de connaissances, non seulement pour qu'ils puissent les utiliser pour la population, mais aussi pour qu'ils commencent à les utiliser entre eux. Je pense que c'est le rôle important qu'ils ont à jouer. Il voit peut-être les choses autrement, mais je crois que c'est le rôle important que doit jouer le soutien par les pairs. Dans les casernes de pompiers ou dans les postes de police, comme l'a dit M. Vaughan, il y a un esprit de camaraderie, une culture; on compte les uns sur les autres et on est en mesure de comprendre des choses.

Quand je songe à ma carrière et aux rapports que j'ai entretenus avec certains collègues, je me rends compte maintenant qu'ils envoyaient des signaux parce qu'ils avaient besoin d'aide et qu'ils étaient en situation de crise, mais à l'époque, je n'en étais pas conscient. Vous avez tout à fait raison quand vous dites qu'il y a des symptômes qui le confirment, comme les dépendances liées à la drogue et à l'alcool. Je pense à la façon dont cela a commencé. Je me rappelle qu'en 1993, un membre principal du service des incendies est allé voir le chef parce qu'il voulait mettre sur pied un PAE. Il avait souffert d'alcoolisme. Avec le recul, il me semble évident qu'il a souffert d'un trouble de stress post-traumatique. Il était avant-gardiste. De nos jours, il y a des PAE un peu partout. Nous devons maintenant passer à la prochaine étape. Je crois que les pairs ont un rôle à jouer, et ce rôle est peut-être de contribuer à la prise en compte de la condition, d'aider la personne à obtenir une aide plus poussée, ou du moins d'amorcer le processus afin qu'elle obtienne de l'aide. Je suis d'accord avec Vince: à un moment donné, il faut une aide professionnelle. On doit aller chercher de l'aide ailleurs.

Brièvement, je pense que l'autre élément important, c'est d'avoir accès à un réseau de thérapeutes. Comme vous le dites, il est difficile d'entrer en relation avec quelqu'un. C'est plus facile avec le soutien par les pairs, mais nous avons également constaté qu'il y a des thérapeutes qui établissent de très bonnes relations avec les gens. Beaucoup de personnes atteintes d'un TSPT rencontrent deux ou trois thérapeutes professionnels avant d'en trouver un avec qui ils établissent des liens.

Mme Cathy McLeod: Merci.

C'est intéressant. Il y a deux mois, j'ai rencontré les Médecins résidents du Canada, qui ont intégré une formation sur la résilience à leur programme. Ils ont élaboré le programme en partenariat non seulement avec la Commission de la santé mentale du Canada, mais aussi avec les Forces armées.

Vos observations m'ont donc quelque peu intriguée, monsieur Marks. Je pense à ce qu'a fait, dans le cadre de l'exécution de son mandat, la Commission de la santé mentale du Canada sur le plan de la santé et de la sécurité psychologiques en milieu de travail; elle a créé une norme et des outils, et elle a joué un rôle assez vaste. Quand

vous parlez d'une certaine structure, selon moi, la Commission de la santé mentale du Canada pourrait être un bon endroit pour créer ce cadre. Y avez-vous songé?

M. Scott Marks: Il y a deux ou trois ans, l'Association canadienne des chefs de pompiers nous a contactés. Elle avait mis sur pied un programme pour les premiers soins en santé mentale. Il s'agissait d'un programme de formation des formateurs. Nous avons pu y inscrire quelques personnes à titre d'essai. L'association espérait réunir des fonds en vue d'offrir ce programme dans la communauté des premiers intervenants, pour que les chefs de pompiers puissent envoyer des gens afin qu'ils suivent une formation sur les premiers soins en santé mentale et qu'ils puissent ensuite l'offrir dans leur service. Nous étions très favorables à ce programme, mais malheureusement, la commission n'a pu trouver le financement nécessaire pour le mettre en place. Le programme existe.

• (1730)

Le président: Madame Moore, une question et une réponse très brèves.

Mme Christine Moore: Je vais poser ma question à M. Merali, puisqu'il est chercheur. Selon vous, les premiers intervenants qui travaillent dans les régions rurales sont-ils plus à risque? Je le demande parce que dans ces régions, tout le monde se connaît; ils risquent de devoir secourir une personne qu'ils connaissent ou avec laquelle ils ont des liens. J'ai été témoin à plusieurs reprises, à l'hôpital, de situations où ils ont dû secourir des membres de leur familles ou des amis. À votre avis, le risque est-il plus élevé pour les premiers intervenants qui travaillent dans les régions rurales?

M. Zul Merali: C'est une bonne question. Il est difficile de dire s'ils sont plus à risque. Vous décrivez une situation dans laquelle il y a une exposition répétée à des traumatismes. C'est un facteur de risque en soi.

Mais je crois qu'au bout du compte, c'est une interaction entre les caractéristiques biologiques d'une personne et l'environnement auquel elle est exposée. Nous ne comprenons pas encore ce qui fait qu'une personne est résiliente ou vulnérable, mais nous savons que les traumatismes répétés sont associés au TSPT, et c'est là le problème.

La situation que vous décrivez est réelle en un sens, car dans une petite collectivité, l'intervenant est plus susceptible d'arriver le premier sur les lieux et d'intervenir dans plus d'événements traumatiques que s'il était à un endroit où les effectifs sont plus nombreux, où la population est plus vaste, et où chaque personne n'est pas autant exposée à des événements traumatiques.

Mme Christine Moore: Merci.

Le président: Merci beaucoup.

La séance d'aujourd'hui a été très intéressante.

Sur ce, la séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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