



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 064 • 2^e SESSION • 41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 26 mai 2015

Président

M. Ben Lobb

Comité permanent de la santé

Le mardi 26 mai 2015

•(1530)

[Traduction]

Le président (M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC)): Bon après-midi, mesdames et messieurs. Nous sommes prêts à commencer notre séance de cet après-midi.

Nous avons deux témoins qui comparaissent par vidéoconférence et nous commencerons par eux, comme nous en avons l'habitude.

Néanmoins, je voudrais d'abord obtenir le consentement des membres du comité. Nous aurons des votes, ce soir, à 17 h 15. Si c'est possible, nous allons sans doute raccourcir de quelques minutes les questions posées à chacun des deux groupes afin que leur témoignage soit relativement complet, après quoi nous irons vite voter à 17 h 15. Ai-je votre consentement?

Des voix: D'accord.

Le président: Merci beaucoup. Très bien.

Aujourd'hui, nous allons commencer par le témoin le plus éloigné en donnant la parole à M. Lalonde, professeur de psychologie à l'Université de Victoria.

Dr Chris Lalonde (professeur de psychologie, University of Victoria, As an Individual): Merci de m'avoir invité à comparaître devant le comité.

Je vous parle à partir du territoire des Salish de la côte et du détroit que je désire saluer avant de commencer.

Cela fait plus de 20 ans que j'étudie la formation de l'identité chez les adolescents et les jeunes adultes. Mes travaux se sont orientés sur le lien entre la formation de l'identité et le bien-être des jeunes des Premières Nations en Colombie-Britannique et au Manitoba. Plus précisément, j'ai étudié le rapport entre la difficulté à développer son identité et le suicide chez les jeunes. Nous avons essayé de comprendre pourquoi les taux de suicide varient autant dans les communautés des Premières Nations, allant d'un taux nul dans certaines d'entre elles à des taux beaucoup plus élevés que la moyenne provinciale dans d'autres.

Nous avons réussi à recueillir des données sur chacun des suicides qui ont eu lieu en Colombie-Britannique entre 1987 et 2006. Nous avons calculé le taux de suicide dans près de 200 communautés des Premières Nations de la Colombie-Britannique. Nous avons constaté que certaines communautés semblaient avoir résolu le problème du suicide chez les jeunes. En fait, notre première série de collectes de données a montré que plus de la moitié des communautés n'avaient enregistré aucun suicide chez les jeunes. D'autres avaient des taux inférieurs à la moyenne provinciale et une minorité, des taux largement supérieurs à la moyenne de la Colombie-Britannique.

Nos recherches ont été guidées par l'idée voulant que les communautés qui ont réussi à préserver leurs traditions culturelles et à prendre en main leur avenir social et politique collectif étaient mieux en mesure de fournir un environnement protégeant leurs jeunes contre le risque de suicide.

Nous avons établi une série d'indicateurs pour mesurer ce que nous avons appelé la « continuité culturelle », les choses que nous pouvions évaluer et vérifier à propos de chacune des Premières Nations de la province. Nous avons évalué si les communautés avaient un bâtiment consacré à des activités et des événements culturels, si elles avaient réussi à favoriser l'utilisation de leur langue traditionnelle ou à inclure leur propre culture dans le programme scolaire. Nous avons examiné la participation des femmes dans la gouvernance locale. Nous avons regardé dans quelle mesure les communautés avaient la haute main sur les services civils de base, soit la police, les pompiers, les services de santé et l'éducation. Nous avons examiné l'historique des négociations et du règlement des revendications territoriales ainsi que des efforts visant à l'autonomie gouvernementale.

Nous avons constaté que la variation dans les taux de suicide n'était pas le fruit du hasard. Les communautés qui avaient les meilleurs résultats sur le plan de la continuité culturelle avaient les plus bas taux de suicide chez les jeunes.

On peut s'attendre à ce que les niveaux les plus élevés d'autonomie et de préservation de la culture de la communauté soient associés à de meilleurs résultats pour les jeunes, mais il faut le prouver avec des données objectives. C'est ce que nous avons fait en Colombie-Britannique, et que nous faisons maintenant au Manitoba.

Je pourrais continuer à vous parler de mes recherches, mais je désire aborder les deux dernières questions soulevées dans l'invitation que j'ai reçue.

La première concerne la disponibilité des statistiques sur le suicide et la deuxième, les pratiques exemplaires en matière de soins de santé mentale et de prévention du suicide.

Étant donné que c'est le gouvernement fédéral qui détient les données concernant les membres des Premières Nations ou les Indiens inscrits, nous avons eu énormément de difficulté à obtenir les données sur le suicide dont nous avons besoin pour la Colombie-Britannique. Nous avons bénéficié des relations de coopération entre le B.C. Coroners Service, le bureau du médecin-hygiéniste provincial et ce qui était alors Affaires indiennes et du Nord Canada. Nous sommes confrontés aux mêmes difficultés au Manitoba.

Les deux projets de recherche que j'ai menés sont des projets spéciaux ponctuels. Il n'y a pas de surveillance permanente du suicide au niveau des communautés. Ces dernières ne savent même pas où elles se situent sur le plan du suicide ou de tout autre résultat sanitaire par rapport aux autres communautés, la province ou l'ensemble du pays.

Je crois que nous avons besoin d'un système qui créera des bulletins de santé annuels pour chaque communauté des Premières Nations. Chacune d'elles devrait recevoir un rapport montrant où elle se situe sur le plan du suicide, de la santé mentale, des toxicomanies et autres aspects de la santé par rapport aux autres Premières Nations, à la province et à l'ensemble du pays.

Je dois souligner que ces rapports ne devraient pas être publiés. Il n'y a rien à gagner en annonçant en première page de tous les quotidiens canadiens quelle est la communauté où le taux de suicide est le plus élevé au pays, mais si les communautés n'ont pas accès à leurs propres données, comment peuvent-elles planifier ou créer des interventions?

Ces rapports pourraient aussi servir à mieux diriger les ressources vers les communautés qui en ont désespérément besoin et éviter de les gaspiller dans des communautés en bonne santé. Pour le moment, personne ne peut distinguer ces communautés des autres.

La dernière chose que je dirais concerne les pratiques exemplaires.

Nos recherches démontrent qu'un grand nombre de Premières Nations comprennent déjà que les programmes visant à réduire le suicide n'ont pas à cibler le suicide. Si nous soutenons la culture, nous soutiendrons la santé.

Certains aînés des Premières Nations et rédacteurs de journaux nous déconseillent de parler du suicide de crainte que cela ne suscite des suicides. En tant que chercheur, je ne suis pas sûr que les cas de suicide rapportés par les médias ou les programmes de prévention du suicide inspirent des idées suicidaires ou provoquent des suicides. Je suis convaincu que les efforts visant à promouvoir et à soutenir la culture contribuent à prévenir les suicides.

• (1535)

Nous avons des données qui le prouvent. Il faut simplement que nous réussissions mieux à communiquer ce message de même qu'à enregistrer et déclarer les données sur les suicides. À moins de savoir ce qui se passe dans les communautés, nous n'aurons pas de plan d'action. Il ne suffit pas de savoir que le taux de suicide, le taux de diabète ou le taux de blessures est plus élevé dans la population autochtone. Nous devons savoir, mais surtout, les communautés doivent savoir où elles se situent et ce qu'elles peuvent faire. Pour le moment, nous n'avons aucun moyen de le savoir et il faut que cela change.

Merci de votre attention. C'est tout ce que j'ai à dire. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à Janet Smylie, de St. Michael's Hospital.

Pouvez-vous nous entendre, Janet?

Dre Janet Smylie (directrice, Well Living House, Centre for Research on Inner City Health, St. Michael's Hospital, à titre personnel): Oui, je vous entends.

Le président: Allez-y.

Dre Janet Smylie: Bon après-midi.

Je tiens à saluer mon collègue, le Dr Lalonde.

[*Le témoin s'exprime en cri.*]

Je m'appelle Janet Smylie. Je suis médecin de famille et chercheuse en santé publique à Toronto, le territoire du peuple Mississauga.

Je vais aborder quatre thèmes.

Il s'agit d'abord des problèmes de santé mentale et des inégalités auxquels les Autochtones du Canada sont confrontés par rapport aux non-Autochtones. Je suis contente de faire suite au Dr Lalonde, car il a parlé du suicide en le présentant dans un contexte qui nous est utile. La plupart des Canadiens sont au courant, je pense, des taux de suicide très variables chez les Autochtones et les jeunes Autochtones.

Je voudrais parler des nouvelles données que nous avons pu recueillir en collaboration avec les fournisseurs de services de santé autochtones provinciaux et locaux en Ontario. Comme la majorité des Autochtones vivent maintenant en milieu urbain, au cours des deux dernières années, nous avons pu nous servir d'un échantillonnage en fonction des répondants dans le cadre d'un partenariat avec un centre de santé pour les Autochtones vivant en milieu urbain, le « De dwa da dehs nye's Aboriginal Health Centre », pour établir des estimations représentatives de la population en examinant les déterminants de la santé des Autochtones vivant en milieu urbain ainsi que les indicateurs de l'état de santé et de l'état de santé mentale.

Pour la recherche sur la santé en milieu urbain, l'échantillonnage en fonction des répondants est devenu une importante source de données représentatives de la population pour les groupes de gens difficiles à trouver. Malheureusement, dans les régions urbaines, les statistiques fédérales réussissent très mal à fournir un décompte réel des Autochtones et le transfert de la question sur l'identité autochtone du questionnaire détaillé de recensement à l'enquête nationale auprès des ménages a aggravé la situation. J'ai publié récemment un article sur ce sujet dans un journal international de statistiques.

En ce qui concerne cette étude, qui fait l'objet d'un examen final en vue de sa publication dans le *Canadian Journal of Public Health*, nous avons constaté que 42 % des adultes des Premières Nations qui se sont identifiées comme tels, à Hamilton, s'étaient fait dire par un fournisseur de soins de santé qu'ils souffraient d'un trouble psychologique ou mental. Je dois mentionner que la communauté autochtone est propriétaire de ces données et qu'elle nous a autorisés à les partager.

En utilisant un outil reconnu, l'échelle de Kessler, nous avons constaté des taux élevés de dépression et d'angoisse. Néanmoins, le plus surprenant est qu'en utilisant les filtres pour le dépistage du TSPT, nous avons aussi constaté que 33 % de la population adulte, soit un Autochtone auto-identifié sur trois du centre urbain en question, répondait aux critères du trouble de stress post-traumatique. D'autre part, 41 % avaient des pensées suicidaires et plus de la moitié avaient fait une tentative de suicide. Ensuite, ce qui n'a rien d'étonnant, je pense, étant donné le poids de ces problèmes de santé mentale, la moitié de l'échantillon a déclaré avoir fumé de la marijuana au cours des 12 derniers mois, une personne sur cinq a dit avoir consommé de la cocaïne et une sur cinq, des opiacés.

Fait étonnant, étant donné ces problèmes et d'autres — par exemple, 16 % des adultes d'un échantillon non ajusté selon l'âge étaient diabétiques, plus de la moitié des répondants ont dit avoir fait une tentative de suicide et un sur trois avait des symptômes de TSPT actif — nous avons constaté, en utilisant l'instrument mis au point pour les anciens combattants, que 25 % des répondants se déclaraient en excellente ou très bonne santé et 33 % en bonne santé générale. Lorsque nous les avons interrogés sur leur santé mentale, 21 % ont dit avoir une excellente ou très bonne santé mentale et 43 % une bonne santé mentale. Si vous leur demandez s'ils pensent être en bonne santé, les trois quarts des gens vous disent que oui.

Je voudrais mentionner certaines choses. Je vais approfondir un peu la question du trouble de stress post-traumatique, simplement parce que je pense qu'il faut vraiment s'y attarder si l'on veut trouver des solutions adéquates pour résoudre les inégalités entre Autochtones et non-Autochtones sur le plan de la santé mentale.

Je dirais que c'est une mesure inadéquate, car en réalité, les traumatismes sont complexes. D'éminents chercheurs se sont penchés sur la question, notamment la Dre Renee Linklater, ici, à Toronto, qui a publié un livre sur la nature des traumatismes vécus par les Autochtones. C'est relié à l'impact des traumatismes multigénérationnels et des traumatismes subis dans la famille d'origine, de même que des traumatismes et des insultes répétés dont les gens ont été victimes par la suite. Le test de dépistage du TSPT a été élaboré pour les anciens combattants qui, bien sûr, ont subi un très grave traumatisme, mais sur une période de temps limitée.

• (1540)

J'ajouterais, à propos de ce test de dépistage du TSPT, que dans cette population, un adulte sur trois présente régulièrement au moins trois des quatre symptômes ci-après: cauchemars d'expériences traumatisantes; évitement des souvenirs de traumatismes ou des situations rappelant un traumatisme; constamment sur ses gardes, attentif ou sursaute facilement; se sent détaché des autres et de ce qui l'entoure.

J'estime qu'il s'agit vraiment d'un fardeau énorme et surtout caché. La toxicomanie a été un moyen de gérer soi-même ce très lourd fardeau de traumatismes complexes, de chagrin, de dépression et d'anxiété pendant des générations.

Bien entendu, comme je l'ai mentionné, il est important de souligner qu'il y a des comorbidités physiques qui rendent le problème encore plus complexe. En plus des taux élevés de diabète, nous avons constaté des taux d'hépatite C plus de 10 fois supérieurs aux taux enregistrés dans la population générale. En fait, 52 % des adultes et les trois quarts des personnes âgées de plus de 50 ans font état d'une limitation de leurs activités.

Étant donné ces difficultés, les autoévaluations révèlent un incroyablement degré de résilience, mais j'émettrais des réserves, comme je le fais depuis des années, quant à l'utilisation des mesures fondées sur une autoévaluation. Nous avons donc le tiers de la population qui présente des symptômes actifs comparables à ceux des anciens combattants et dont plus de la moitié a des limitations d'activités, mais une énorme sous-déclaration lorsqu'on demande aux gens comment ils vont. Néanmoins, ce genre de déclaration est encore utilisé dans les rapports que génère le gouvernement fédéral à partir d'études comme l'« Enquête sur les enfants autochtones » ou l'« Enquête auprès des peuples autochtones ».

Pour en revenir aux causes profondes, une autre source que je voudrais porter à votre attention est un rapport que nous avons publié en février de cette année, qui a été commandité par le Wellesley Institute, un institut non partisan de Toronto, intitulé *First Peoples, Second Class Treatment: The role of racism in the health and well-being in Indigenous peoples in Canada*. Dans ce rapport, ma coauteure, Billie Allan, une autre chercheuse détenant un doctorat en travail social et moi-même, avons pu nous appuyer sur le travail approfondi de mes collègues chercheurs, les membres de la communauté ainsi qu'un conseil de grands-parents.

Nous avons décrit en détail l'impact des politiques coloniales historiques et actuelles, y compris la Loi sur les Indiens, la dépossession des terres et la persécution politique des Métis, le déplacement forcé des Inuits ainsi que les traumatismes des

pensionnats, la rafle des années 1960 et la surreprésentation continue et contemporaine des enfants autochtones dans le système d'aide à l'enfance. Un bon nombre d'entre vous savent peut-être qu'il y a maintenant plus d'enfants pris en charge qu'à l'époque des pensionnats. En Saskatchewan, par exemple, les enfants autochtones représentent 80 % des enfants pris en charge.

Dans le rapport en question, nous avons pu décrire en détail le caractère omniprésent du racisme comportemental et épistémique systémique et ses répercussions néfastes sur la santé mentale, y compris les traumatismes et la nouvelle traumatisation qu'une personne subit lorsqu'elle essaie d'avoir accès à des services.

Les répercussions néfastes du racisme sur la santé et la santé mentale ont été bien démontrées dans la littérature, au niveau international, pour d'autres populations victimes de racisme. En fait, comme nous avons eu une réunion internationale à l'occasion de la publication de notre rapport, nous avons pu inviter le Dr David Williams, un éminent chercheur qui a mis au point les mesures du racisme aux États-Unis, à Harvard, ainsi que nos collègues autochtones des différents pays. Par exemple, nos collègues de la santé publique autochtone, notamment Ricci Harris, ont pu démontrer — car l'enquête sur la santé de la Nouvelle-Zélande soulève la question du racisme — que si vous faites un contrôle statistique de la classe sociale et du racisme, les inégalités en matière de santé disparaissent. Leurs recherches ont été publiées dans *The Lancet*.

• (1545)

Nous avons moins de données au Canada et dans notre rapport, nous discutons de la forte stigmatisation qui nuit à la reconnaissance du racisme. Néanmoins, nous avons des preuves, par exemple, du déracinement des étudiants autochtones qui doivent lutter contre le racisme à Edmonton et d'un niveau de racisme perçu décrit par ma collègue, la Dre Annette Browne, dans son étude sur une salle d'urgence du centre-ville, qui a été si élevé que les clients avaient l'habitude de préparer une stratégie pour gérer le racisme du personnel de la salle d'urgence avant de s'y rendre. Dans l'étude de Hamilton que j'ai déjà citée, l'étude de l'échantillonnage urbain en fonction des répondants, nous avons constaté que la moitié des adultes qui s'étaient auto-identifiés disaient avoir été traités injustement à cause du racisme.

Pour ce qui est des autres voies, bien entendu, il faut aussi réfléchir à l'impact sexospécifique des politiques coloniales et de son lien avec...

Le président: Excusez-moi, madame Smylie, mais je dois vous interrompre. Les 10 minutes sont maintenant dépassées. Pensez-vous pouvoir conclure en une minute environ?

Dre Janet Smylie: Oui.

Le président: Très bien. Merci.

Dre Janet Smylie: Pour ce qui est de la cause profonde de ces problèmes, il y a aussi les répercussions sexospécifiques, la pauvreté, les logements surpeuplés, l'éloignement des territoires traditionnels et la scolarisation de membres de la famille dans des pensionnats, qui ont également été reliés à des effets négatifs sur la santé mentale.

En ce qui concerne l'insuffisance des services et programmes existants et des prochaines mesures à prendre, compte tenu de ce que j'ai déjà dit à l'égard du racisme systémique et comportemental, il est évident qu'il n'y a pas suffisamment de services non stigmatisants et adaptés à la culture. En fait, la majorité des patients risquent fort d'être de nouveau traumatisés.

Si vous le permettez, je voudrais approfondir brièvement. Si les tiers des adultes du pays présente un traumatisme complexe répondant aux critères du TSPT que j'ai déjà décrits, cela donne 300 000 personnes que tout fournisseur de soins de santé ou membre de la communauté souhaiterait diriger vers un soutien urgent, y compris l'accès à des conseillers et thérapeutes compétents ainsi que des conseillers et des soutiens appartenant à leur culture. Nous avons entendu mon collègue, le Dr Lalonde, parler d'efficacité et nous savons que c'est important pour l'identité et les mesures de soutien adaptées à la culture. Pourtant, dans le cadre de mon travail clinique, ici, à Toronto, il n'y a pas un seul thérapeute à qui je peux adresser des gens. Je travaille donc à temps partiel comme médecin de famille en mettant l'accent sur le soutien et la thérapie en santé mentale. Il n'y a pas une seule personne vers qui je puisse diriger les patients, et pourtant, je dirais qu'il y a plus de 10 000 Autochtones qui ont besoin de ce genre de soutien.

Pour résumer, les traumatismes complexes subis sur une période de plusieurs centaines d'années ont eu des effets sur des centaines de milliers de personnes qui auront besoin, pendant toute leur vie, de systèmes complets. La vérité et la réconciliation exigent une restitution et des recours. Il est important de reconnaître les erreurs, mais le processus de reconnaissance actuel présente des lacunes, même au niveau du soutien, pour les personnes qui déclarent avoir été victimes de traumatismes et leur nouvelle traumatisation est devenue apparente. L'investissement qui a été fait dans la Fondation autochtone de guérison de 1998 à 2014 n'était qu'un début, mais pourtant il a été aboli.

Je crois avoir démontré la nécessité d'un investissement important en santé mentale incluant à la fois des services spécifiques pour les Autochtones et des services pour l'ensemble de la population. Merci.

• (1550)

Le président: Merci beaucoup, madame Smiley.

C'est maintenant au tour de Carol Hopkins, directrice exécutive de la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances.

Madame Hopkins, vous avez également témoigné dans le cadre de notre étude sur l'abus de médicaments d'ordonnance.

Mme Carol Hopkins (directrice exécutive, Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances): Oui. En effet.

Le président: Merci d'avoir pris la peine de revenir.

Mme Carol Hopkins: Oui.

[*Le témoin s'exprime en ojibway.*]

Bon après-midi et merci. Je voudrais d'abord vous remercier de m'avoir invitée à discuter avec le comité. Merci pour votre invitation.

Je voudrais discuter avec vous de la santé mentale du point de vue d'une Première Nation. Je me suis présentée en ce qui concerne mon identité culturelle. Je fais partie de la Première Nation Delaware. C'est une petite communauté du sud-ouest de l'Ontario et j'ai salué le peuple Anishinaabe sur la terre duquel nous sommes réunis.

J'ai grand plaisir à vous parler d'un projet de recherche que nous venons de terminer l'année passée. C'était un projet de recherche financé par les IRSC qui explorait le rôle que peut jouer la culture pour résoudre les problèmes de toxicomanie. Le point de départ de cette recherche a été « Honorer nos forces: Cadre renouvelé du Programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations du Canada » qui disait que la recherche devait être abordée de façon à refléter la culture et les valeurs autochtones.

Nous avons établi une méthodologie pour procéder de cette façon et les priorités de nos recherches sont décrites dans Honorer nos forces. Nous avons appliqué cette méthodologie et mené nos recherches en collaboration avec le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones et le Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes dans l'ensemble du pays. De la côte Est à la côte Ouest, 15 groupes linguistiques et culturels différents ont participé à notre étude. C'était aussi bien les Premières Nations crie Mi'kmaq, Malaseet et Ojibway des quatre coins du pays que les Premières Nations Salish de la côte, Nuu-chah-nulth, Kwakiutl, Carrier Sekani et Chilcotin, de la côte Ouest.

Les aînés, les acteurs culturels et les conservateurs du savoir autochtone ont participé à notre étude. Une de nos priorités était de faire des recherches sur les connaissances autochtones et de démontrer comment le savoir se développe et se manifeste dans une culture. Nous pouvons trouver des données probantes en dehors des revues scientifiques, mais nous avons également étudié les publications sur le sujet et mené une étude exploratoire. Nous avons constaté qu'il existait dans le monde environ 4 500 articles parlant de la culture et du rôle qu'elle peut jouer pour résoudre les problèmes de toxicomanie.

Nous n'avons retenu que 19 de ces études pour notre recherche. Dans les études que nous avons examinées, aucune des mesures visant à démontrer l'impact de la culture n'évaluait le bien-être global de la personne. Neuf des 19 études mesuraient l'impact de la culture et la plupart d'entre elles étaient axées sur le bien-être physique et les changements de comportement. La majeure partie des publications examinaient les changements en fonction des faiblesses. Elles ne parlaient pas du bien-être, mais des changements au niveau des faiblesses. Quelle quantité de substances avez-vous consommée aujourd'hui? Quelle quantité en consommerez-vous demain?

Nous avons été enthousiasmés par les résultats, qui ont donné un instrument d'évaluation du bien-être autochtone. Nous avons aussi élaboré un certain nombre d'autres outils, dont un cadre de bien-être autochtone basé sur le savoir autochtone. Nous avons testé cet instrument dans 18 centres de traitement sur les 54 que compte le pays pour nous assurer de sa validité psychométrique. Lors de l'essai pilote de l'instrument, nous avons constaté qu'il donnait des résultats valides quel que soit l'âge ou le sexe. Nous avons vu que les personnes qui parlaient surtout une langue autochtone faisaient état d'un meilleur niveau de bien-être global. Cet instrument a également démontré que les clients avaient subi un traitement au moins cinq fois avant celui qu'ils étaient en train de suivre. Nous avons également bien démontré une progression du bien-être chez les clients qui suivaient un nouveau traitement et chez les nouveaux clients, ce qui valide l'utilité des admissions répétitives dans le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones et le Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes.

Nous avons constaté que le niveau de bien-être variait aussi selon la durée du traitement. Les programmes d'une durée d'au moins 12 à 16 semaines sont ceux qui donnaient les meilleurs résultats tandis que les programmes de 7 à 11 semaines étaient les moins efficaces.

• (1555)

L'instrument d'évaluation du bien-être autochtone est en partie basé sur une autoévaluation de même que sur l'évaluation d'un observateur, et la combinaison de ces deux mesures a démontré une augmentation d'au moins 18 % du bien-être entre l'évaluation faite à l'entrée et celle qui a été faite à la sortie.

L'instrument d'évaluation du bien-être et le cadre de bien-être autochtone mesurent le bien-être global de la personne et nous avons intégré dans ce cadre des indicateurs culturels qui mesurent de façon fiable le bien-être et son évolution avec le temps.

Comme je l'ai dit, la définition culturelle du bien-être se fonde sur la personne tout entière. Par conséquent, elle tient compte du bien-être du point de vue spirituel, émotif, mental et physique et les indicateurs de bien-être sont l'espoir, le sentiment d'appartenance, la raison d'être et le but. Les investissements dans le bien-être spirituel grâce à l'identité, les valeurs et les croyances produisent un niveau d'espoir. Les investissements dans le bien-être émotif — le lien avec la culture par l'entremise de la famille ou les définitions culturelles de la famille, de la communauté, des relations et une certaine attitude vis-à-vis de la vie — produisent un certain niveau et sentiment d'appartenance.

Les investissements dans le bien-être mental qui sont à la fois rationnels et intuitifs et axés sur la culture permettent de comprendre sa raison d'être. Enfin, le bien-être physique provient d'un sentiment de plénitude et du sentiment d'obtenir de sa culture un mode de vie unique, ce qui donne un but.

Lorsque nous avons présenté ce cadre de bien-être autochtone un peu partout au Canada, il a été bien accueilli dans les collectivités et les centres de traitement qui n'ont pas participé à nos recherches. Nous avons aussi constaté qu'il y avait 22 façons courantes de parler de la culture en tant qu'intervention. C'est important, parce qu'il n'y a pas de culture homogène, mais des variations d'une région à l'autre en fonction de la langue et du lien à la terre. Néanmoins, dans l'ensemble de ces cultures, il y a 22 façons courantes de parler de la culture.

Les données limitées du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones révèlent que 90 % des personnes qui ont terminé un traitement ont eu accès à des interventions culturelles. Ce qu'il faut retenir c'est que les centres de traitement se servent de la culture depuis longtemps, mais que cela n'a pas été bien défini et n'a pas été documenté. Cet instrument d'évaluation du bien-être va maintenant être intégré dans une base de données nationale appelée Addictions Management Information System. Ce système a été déployé l'année dernière dans tous les centres de traitement.

La pleine utilisation de la base de données s'est révélée difficile parce qu'il n'y avait pas de ressources au niveau national pour apprendre aux fournisseurs de traitement comment utiliser le système. Nous avons donc eu recours à des moyens comme des webinaires pour enseigner au personnel des centres de traitement comment utiliser pleinement cet outil.

Nous espérons qu'avec le temps nous pourrions démontrer l'importance du système AMIS afin que les fournisseurs de services l'utilisent pleinement. Nous disposerons alors d'une base de données probantes que nous avons constituée dans l'ensemble du pays pour démontrer l'importance de la culture et la capacité du PNLAADA et PNLAS à remédier aux problèmes de toxicomanie et de santé mentale.

Nous avons aussi élaboré une adaptation culturelle des tests de dépistage de la consommation de drogue qui est à la fois un outil de dépistage et d'évaluation adapté pour mesurer les traumatismes du point de vue des Premières Nations qui considère non seulement les effets intergénérationnels à long terme des traumatismes, mais aussi les aspects communautaires des traumatismes qui s'accumulent d'une génération à l'autre.

Comme je l'ai dit, il faut consacrer davantage de ressources au système d'information de la gestion des toxicomanies pour qu'il puisse être utilisé.

• (1600)

Cet automne, nous allons également procéder à un essai pilote de l'instrument d'évaluation du bien-être autochtone dans le cadre du Programme de soutien en santé relatif aux pensionnats indiens et des équipes de bien-être mental.

Un bon exemple de collaboration et de partenariat que je voudrais citer — aussi pour démontrer l'impact des indicateurs de bien-être que sont l'espoir, l'appartenance, la raison d'être et le but — est l'élaboration du Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations. Lorsque nous avons présenté nos recherches, ces indicateurs ont également été bien reçus dans les différentes régions. Ils ont donc été intégrés dans le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations. D'autre part, les gens ont dit que la culture doit être à la base des investissements que nous faisons dans le bien-être et qu'il faut mesurer les résultats sur le plan de l'espoir, de l'appartenance, de la raison d'être et du but.

Je voudrais dire aussi, au sujet de la collaboration...

Le président: Désolé, madame Hopkins. Nous avons dépassé le temps imparti. Pourriez-vous résumer rapidement. Merci.

Mme Carol Hopkins: Certainement.

Ce que nous avons entendu dire, lors de l'élaboration du Cadre du continuum du mieux-être mental, pour ce qui est d'améliorer le bien-être mental et de promouvoir la culture, c'est que nous devons chercher à découvrir les points forts au lieu d'examiner les faiblesses comme le fait actuellement le système. Au lieu d'utiliser des données probantes qui ne tiennent pas compte de la vision du monde, des valeurs et de la culture autochtones, nous devons rechercher les données probantes fondées sur le savoir autochtone. Au lieu de nous intéresser aux données individuelles basées sur des faiblesses, nous devons centrer notre attention sur les résultats pour les familles et les communautés. Ensuite, un service non coordonné et fragmenté doit céder la place à des modèles intégrés pour le financement et la prestation des services.

Je voudrais ajouter, au sujet du suicide, que les jeunes de diverses régions nous ont dit — à l'occasion d'un dialogue que l'APN avait organisé dans le cadre d'un de ses forums sur la santé — qu'il fallait davantage leur parler de la façon de vivre leur vie que du suicide et de la mort. Ils ont donc proposé le concept de la promotion de la vie plutôt que de la prévention du suicide. C'est ce qui a été confirmé lors du forum sur la santé des chefs de l'Ontario, il y a deux ans, en 2013. Les jeunes disent qu'ils veulent parler de la vie et qu'ils veulent davantage de renseignements sur la façon de vivre sa vie.

Nous avons aussi des données probantes provenant du Programme de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes. Les jeunes disent qu'ils n'ont pas l'intention de se suicider, mais qu'ils se suicident accidentellement parce qu'ils voient l'attention portée aux autres jeunes qui font une tentative de suicide. Ils font donc des tentatives de suicide et rentrent vite à la maison pour pouvoir entendre leur nom annoncé à la radio communautaire, par exemple.

Je vais m'arrêter là.

• (1605)

Le président: Merci beaucoup.

Voilà qui termine les exposés.

Nous aurons sans doute assez de temps pour que chacun puisse avoir un tour de questions d'environ sept minutes. Nous allons veiller à ce que ce ne soit pas dépassé.

Monsieur Rankin, allez-y, monsieur.

M. Murray Rankin (Victoria, NPD): Merci, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins. C'était un exposé très émouvant.

Le thème unificateur, selon moi, est l'importance de la culture dans certains des processus que nous pourrions utiliser pour changer ces conclusions très troublantes.

Je voudrais commencer, si possible, par poser une question pratique au Dr Lalonde et à la Dre Smylie. Monsieur Lalonde, vous avez dit qu'il était « extrêmement difficile » d'obtenir des statistiques sur le suicide, surtout du gouvernement fédéral, même s'il a la responsabilité des Indiens inscrits. Également, la docteure Smiley, vous avez dit que la situation s'était aggravée lorsqu'on est passé du Questionnaire détaillé de recensement à l'Enquête auprès des ménages. Je voudrais que chacun de vous nous explique les difficultés auxquelles vous avez été confrontés.

Vous pourriez peut-être commencer, Dr Lalonde.

Dr Chris Lalonde: Comme je l'ai dit, le problème est que les données sur la santé sont détenues à différents endroits. La province a certaines données, le gouvernement fédéral en a aussi et maintenant, les organismes autochtones de la Colombie-Britannique détiennent des données. Le problème est que personne ne pense être autorisé à partager ces renseignements avec les communautés. On nous a dit qu'il fallait créer des relations de travail avec les communautés pour qu'elles aient accès à ces données. En Colombie-Britannique, c'est matériellement impossible. Vous ne pouvez pas entretenir des relations personnelles avec 200 communautés.

Par conséquent, il faut que l'on donne suite aux renseignements obtenus. Le fait que nous n'ayons pas de surveillance du suicide au niveau communautaire est très inquiétant et je pense que c'est une nécessité.

M. Murray Rankin: Docteure Smylie, je dispose de peu de temps. Avez-vous quelque chose à dire à propos de l'accès aux données dont vous avez parlé?

Dre Janet Smylie: Oui. Le Canada se classe derrière les autres pays pour ce qui est des données relatives aux Autochtones.

Il y a deux problèmes. L'un est la nécessité d'établir des partenariats avec les communautés et les organismes dirigeants autochtones. Nous étions bien engagés dans cette voie il y a environ cinq ans, mais nous faisons marche arrière depuis que les ressources de nos organismes autochtones nationaux et des directeurs de la santé aux niveaux provincial et territorial ont été réduites.

L'autre grave problème qui nous distingue des autres pays relativement riches qui ont des populations autochtones minoritaires est que nous n'identifions pas les Autochtones dans les données sur la santé. Sur ce plan-là, je sais pour avoir siégé à un comité international sur la mesure de la santé des Autochtones, que nous nous classons loin derrière la Nouvelle-Zélande, l'Australie et les États-Unis. Tous les autres pays relativement riches peuvent identifier leurs Autochtones. Nous sommes cachés dans nos ensembles de données.

Pour établir des bonnes statistiques, il faudrait que l'identité autochtone soit indiquée dans les registres de l'état civil et des services de santé. Nous sommes cachés dans ces registres.

M. Murray Rankin: Merci. C'est déconcertant. Je dis cela car, comme l'a souligné M. Lalonde, il y a beaucoup de variations d'une communauté à l'autre et si nous ne pouvons pas cerner le problème, nous ne pourrions probablement pas le résoudre. Cet élément de votre exposé m'a déconcerté

Je voudrais m'adresser à Mme Hopkins, si possible. Je vous remercie de votre excellent exposé. Vous avez parlé de l'investissement dans le bien-être spirituel. J'aime cette expression. Vous avez raconté comment vous aviez examiné les communautés des quatre coins du pays. Je suppose que les Inuits faisaient également partie de votre étude, dans le Nord?

Mme Carol Hopkins: Non, cela portait sur les Premières Nations.

M. Murray Rankin: Seulement les Premières Nations, les peuples autochtones.

Un grand nombre de ces Autochtones des Premières Nations vivent dans nos grandes villes — par exemple, Vancouver, Regina, Montréal, Toronto et Winnipeg — et sont séparés des racines culturelles que vous avez dites si importantes pour résoudre certains de ces problèmes de bien-être spirituel. Je voudrais savoir si vous avez une solution à proposer, si vous êtes d'accord pour dire qu'en ville, il est plus difficile de rejoindre les gens dans leur cadre culturel pour qu'ils bénéficient du genre de guérison dont vous avez parlé. Pourrait-on faire quelque chose, par exemple former des conseillers? S'il n'y a pas beaucoup de gens, dans la communauté autochtone en question, qui peuvent s'occuper de ces personnes, serait-il utile ou non de disposer d'un personnel ayant une formation en counselling, mais qui ne fait pas partie de cette culture?

● (1610)

Mme Carol Hopkins: Tout accès aux services de santé mentale aura un certain effet, mais sans la culture, cet effet ne sera pas aussi positif. Peu importe où vous vivez au Canada, que ce soit dans une réserve d'une Première Nation ou en ville, il est difficile d'avoir accès à un soutien culturel. C'est difficile à cause de l'absence des données probantes que l'on recherche pour accorder le financement voulu.

Tout récemment, les membres des Premières Nations ont eu accès à du soutien culturel dans le cadre du Programme de soutien en santé pour les anciens élèves des pensionnats. Ils ont également accès à des thérapeutes de soutien en santé mentale, mais ils ont tendance à recourir davantage aux soutiens culturels.

Que vous viviez dans une réserve ou hors réserve, le Programme des services de santé non assurés vous donne accès à des services de consultation psychologique en cas de crise, ce qui ne règle pas le problème des traumatismes profonds et des traumatismes intergénérationnels. La solution est certainement de tenir compte des preuves qui se trouvent dans notre culture et nos pratiques culturelles.

Voici quelques bons exemples. Par exemple, il y a les programmes hors réserve tels que la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones financée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée en Ontario. Le Centre Wabano offre des programmes et des interventions culturelles. Cela ne veut pas forcément dire que vous pouvez bénéficier de ce genre de soutien si vous vivez dans une réserve. L'accès dépend de l'acceptation des connaissances et des données probantes.

M. Murray Rankin: Puis-je vous poser une question très précise sur la fin de votre exposé, madame Hopkins? Vous avez parlé du système d'information sur la gestion des toxicomanies. Vous avez dit que cela semblait être une base de données utile et un outil qui pourrait être utilisé, mais qu'à part quelques webinaires que vous avez créés, vous n'avez pas les ressources nécessaires pour mettre cet outil à la disposition des personnes qui pourraient l'utiliser. Avez-vous évalué combien d'argent cela coûterait? Quel est le ministère qui apporterait son aide s'il s'agit d'un ministère fédéral?

Mme Carol Hopkins: Certains bureaux régionaux de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada ont investi dans la formation. Par exemple, dans la région du Québec, on a fourni 5 000 \$ à cinq centres de traitement afin qu'ils puissent former tout leur personnel, y compris des membres de la communauté, à se servir du système pour l'aiguillage et l'accès aux outils d'évaluation. Par conséquent, les 25 000 \$ consacrés à la formation de toute une région à l'utilisation de ce système constituent un bon investissement en ce qui concerne les données que nous pourrions recueillir au fil du temps.

M. Murray Rankin: Surtout si vous sauvez des vies.

Mme Carol Hopkins: Oui.

M. Murray Rankin: Merci.

Le président: Merci.

Allez-y, madame McLeod.

Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC): Merci.

Je remercie tous nos témoins d'aujourd'hui. Je pense que nous parlons de questions très importantes.

Je vais vous révéler un peu mon âge, car je suis entrée dans le domaine des soins de santé dans les années 1980. Bien entendu, à l'époque, la carte de santé d'une personne des Premières Nations portait un identifiant spécial et les données étaient donc facilement accessibles. Néanmoins, si je me souviens bien, cela a suscité de sérieuses objections au sujet de la divulgation de renseignements personnels.

À l'époque, on a eu fortement tendance à dire que c'était une mauvaise chose et qu'il fallait supprimer tout identifiant rattaché à notre carte de soins de santé. Cela part du principe qu'une personne doit pouvoir communiquer des renseignements si elle le souhaite et non pas pour répondre au désir des chercheurs et des concepteurs de politique d'obtenir des renseignements. C'est aussi pourquoi, il faut bien le dire, l'Enquête nationale auprès des ménages a été préférée à un questionnaire auquel sont rattachées de lourdes pénalités. C'est le caractère facultatif de la chose qui vous permet en tant que Canadien ou en tant qu'Autochtone de partager des renseignements librement et volontairement.

Comment concilier des préoccupations très légitimes sur le plan de la vie privée et la valeur de ce que les données peuvent apporter?

Madame Hopkins, pourriez-vous répondre à cette question?

Mme Carol Hopkins: La Dre Smylie a parlé de donner aux organismes autochtones un plus grand droit de regard sur les données et on souhaite donc un meilleur accès à l'information et aux données ainsi qu'un contrôle et une protection des données.

Les gouvernements et organismes des Premières Nations s'intéressent depuis 1980 à la façon dont l'information est recueillie et utilisée. Dans les années 1980, ils s'inquiétaient de la discrimination et de la stigmatisation relatives à l'identifiant. Ce genre de renseignement était en grande partie en dehors du contrôle

et de la portée des organismes et des membres des Premières Nations. On s'inquiétait également de l'analyse et de l'utilisation de ce renseignement.

Maintenant, par exemple, avec le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations qui effectue l'enquête longitudinale régionale sur la santé, les Premières Nations assurent une gestion de l'information et des données. Nous avons les principes de PCAP, beaucoup plus de moyens et beaucoup plus d'intérêt pour cette question. Ce n'est certainement pas suffisant.

Des régions se sont associées à des gouvernements et organismes provinciaux pour chercher des moyens de conclure des ententes de partage des données et de structurer la gouvernance de l'information reliée à la santé de façon à ce que les organismes des Premières Nations puissent l'utiliser.

Je dirais que les changements se situent au niveau de la gestion, de l'utilisation et de la protection des données et des renseignements.

● (1615)

Mme Cathy McLeod: Si je comprends bien, nous devons nous orienter vers des partenariats et une collaboration. Un questionnaire obligatoire du gouvernement fédéral, par exemple, n'est peut-être pas une façon respectueuse de procéder. J'ai entendu les réserves du témoin précédent au sujet de l'enquête facultative... mais je dirais franchement qu'en ce qui concerne le partage de renseignements personnels, c'est quelque chose de très confidentiel pour bien des gens.

Cela dit, si nous avons cette audience, c'est en partie parce que la Commission de la santé mentale du Canada a vraiment accordé la priorité à la santé mentale. Comme nous nous sommes engagés, dans le budget, à renouveler le mandat de la commission, pouvez-vous nous dire comment vous pensez que son mandat pourrait appuyer le travail que vous faites?

Mme Carol Hopkins: Je pense que la commission pourrait certainement soutenir la mise en oeuvre du Cadre du continuum du mieux-être des Premières Nations — non pas en s'en chargeant pour nous, mais en collaboration, sous la direction des organismes des Premières Nations. Il y a une équipe nationale qui centre ses efforts sur la mise en oeuvre de ce cadre. C'est une équipe qui reflète les déterminants sociaux de la santé et un certain nombre de ministères fédéraux.

Cela offre une bonne possibilité de collaboration. Je sais que par le passé, les Premières Nations ont participé à la cinquième orientation stratégique de la stratégie nationale. Pour ce qui est des progrès de la mise en oeuvre, on peut les voir dans le Plan d'action stratégique pour le mieux-être mental qui a précédé le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations. Néanmoins, c'est le continuum qui définit ce que les membres des Premières Nations ont dit un peu partout dans le pays au sujet du modèle de lutte contre le suicide, la dépression, l'angoisse et tous les problèmes résultant du placement en institution, que ce soit les pensionnats, les services d'aide à l'enfance ou le système judiciaire. C'est un modèle complexe qui repose sur une approche axée sur la santé de la population et tient compte de la collaboration entre les gouvernements, entre les secteurs des services et entre les organismes nationaux.

La Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, l'Assemblée des Premières Nations et la Metis Mental Health Association of Canada ont eu des entretiens avec la Commission de la santé mentale au sujet du Cadre du continuum du mieux-être mental et elles s'attendent à ce que cela se traduise dans le plan d'action stratégique.

Mme Cathy McLeod: Très bien.

J'ai bien aimé vous entendre dire « la promotion de la vie au lieu de la prévention du suicide ». Ce sont des mots très puissants.

Me reste-t-il du temps, monsieur le président?

Le président: Il vous reste environ 30 secondes.

Mme Cathy McLeod: Dans ce cas, je vais m'arrêter là. Merci.

Le président: Très bien.

Je voudrais souhaiter la bienvenue à M. Easter. Il est si généreux aujourd'hui qu'il a donné ses sept minutes à M. Toet.

Merci, monsieur Easter.

L'hon. Wayne Easter (Malpeque, Lib.): Je ne pense pas.

Le président: Je plaisantais. C'était un petit échantillon de notre sens de l'humour.

Des voix: Oh, oh!

L'hon. Wayne Easter: Lawrence est peut-être mon voisin dans l'édifice de la Justice, mais je ne vais pas lui donner mon temps.

Je remercie tous les témoins d'être venus. Ce n'est pas mon comité habituel — je siège au Comité de la sécurité publique — et je ne peux pas m'empêcher de penser à l'étude que nous avons réalisée sur les paramètres économiques des services de police. Selon cette étude, un des facteurs de coûts est le fait que 70 % des personnes qui sont en prison ont un problème de santé mentale plus ou moins grave.

À mon avis, les dépenses qui sont faites dans ce domaine devraient être considérées comme un investissement dans le bien-être des gens et sans doute une économie sur le plan de l'infrastructure sociale et économique de notre pays. Néanmoins, avant de pouvoir prendre ce genre de décisions, il faut des données sur lesquelles s'appuyer. Les deux principaux arguments de deux des témoins concernaient les données. Je crois que de plus en plus de Canadiens reconnaissent que la perte du Questionnaire détaillé de recensement a été une énorme erreur qui a ramené notre pays plusieurs années en arrière sur le plan des prises de décisions. Quoi qu'il en soit, cette décision a été prise et espérons qu'elle sera modifiée.

Docteur Lalonde, vous avez mentionné la disponibilité des statistiques et le fait que le gouvernement fédéral détient une grande partie des renseignements relatifs à la communauté autochtone. Quelles difficultés avez-vous eues à obtenir ces données? Le gouvernement les détient. Pourquoi ne pouvez-vous pas les obtenir?

• (1620)

Dr Chris Lalonde: C'est à cause des préoccupations qui ont été exprimées au sujet de la protection des renseignements personnels. En tant que chercheurs, nous ne voulons pas de données qui identifient les gens. Nous ne voulons pas connaître le nom des gens. Tout ce que nous voulions vraiment savoir c'était quel était le taux de suicide dans telle communauté par rapport à telle autre.

Un vaste mouvement, que j'appuie vivement, a été amorcé pour que les communautés soient propriétaires de leurs données et puissent en disposer et les détenir. Lorsque les communautés disent: « Nous pensons avoir une épidémie de cancer dans notre communauté, mais nous n'en sommes pas sûrs parce que nous ne pouvons pas avoir accès aux données » c'est extrêmement décourageant pour elles. C'est compréhensible. Nous avons besoin d'un système. Si nous recueillons toutes ces données, si nous détenons toutes ces données, nous devons les utiliser. Nous ne

pouvons pas intervenir en cas de problème à moins de connaître l'ampleur du problème.

Nous avons d'abord besoin des données. Ensuite, nous devons faire les interventions que nous savons être efficaces, par conséquent, des interventions fondées sur la culture et nous avons besoin de toute l'infrastructure nécessaire pour les soutenir. Pour le moment, je ne suis pas convaincu que nous ayons cela.

L'hon. Wayne Easter: À votre avis, le gouvernement fédéral détient-il ces données? Peut-être que non. Docteur Lalonde ou docteur Smylie, a-t-il vraiment les données en question?

Dre Janet Smylie: Non.

L'hon. Wayne Easter: Il ne les a pas.

Dre Janet Smylie: Non. Il y a un écart énorme, au niveau international, en ce qui concerne la collecte de données autochtones et la situation est lamentable, au Canada, pour ce qui est des données réelles d'évaluation de la santé.

Nous pouvons avoir les deux. Nous pouvons avoir des communautés autochtones chargées de la gouvernance de nos données et nous pouvons avoir des données de haute qualité. La santé est gérée par les provinces et les territoires. Dans une province comme l'Ontario, nous avons l'Institut pour les sciences évaluatives cliniques dont je suis membre associé et contrairement au reste de la population ontarienne, en tant qu'Autochtones, nous sommes cachés dans cette base de données.

Je dois aussi rappeler à l'auditoire que 40 % des Autochtones — en fait, 30 à 40 % — ne sont pas identifiés par une carte d'Indien inscrit. Il n'y a aucune raison pour utiliser seulement un registre fédéral provenant d'une loi problématique pour recueillir des données sur la santé de la population.

Nous n'avons pas les données sur la santé. Pour obtenir des taux exacts de maladie et de décès, il faut les statistiques de l'état civil et les données d'hospitalisation. Nous n'en avons pas, au Canada, pour les Autochtones. C'est scandaleux.

L'hon. Wayne Easter: Si vous étiez membre de ce comité, quelle recommandation feriez-vous? Quel genre de recommandation, quel libellé formuleriez-vous pour faire en sorte que le gouvernement fédéral ait d'abord les données et qu'ensuite il mette à votre disposition les renseignements dont vous avez besoin pour résoudre les problèmes?

Dre Janet Smylie: Il nous faut des normes nationales pour la collecte de données sur la santé des Autochtones. Statistique Canada s'était orienté dans cette direction. Je siège au Conseil national de la statistique même si, bien sûr, je suis ici à titre personnel. Lorsque je suis devenue membre du conseil, il y a cinq ou dix ans, il rencontrait nos organismes autochtones nationaux et travaillait en collaboration avec eux. La coopération est encore bonne, mais nous avons besoin de normes nationales.

Je suis devenue coprésidente d'un comité national sur l'issue des grossesses et nous avons été en liaison avec les cinq organismes autochtones nationaux. Cela peut se faire... ce sont les éléments d'un investissement dans les partenariats. Il faut pour cela que les organismes autochtones nationaux soient soutenus et avoir simplement des données de qualité. C'est le premier cours en santé publique que j'ai suivi à l'Université Johns Hopkins, si vous prenez le cours d'informatique de la santé 101. En tant que médecin, c'est comme lorsque je suis dans la salle d'urgence où je vois des gens dans un désarroi incroyable. Je parle de centaines de milliers de personnes qui présentent ces symptômes urgents, mais je n'ai aucun équipement de diagnostic pour les soigner.

C'est une situation lamentable dans un pays riche comme le Canada.

•(1625)

L'hon. Wayne Easter: Vous avez dit que Statistique Canada s'était orienté dans cette direction. Pourquoi le ministère a-t-il arrêté et comment pouvons-nous le ramener dans cette voie afin qu'il tienne ces données?

Ma deuxième question, qui s'adresse à Mme Hopkins, porte sur ce qu'il faut faire. L'investissement de 25 000 \$ pour votre système d'information de la gestion des toxicomanies me semble être un chiffre modeste. Que faut-il faire pour mettre en oeuvre ce système?

Dre Janet Smylie: Il faudrait rétablir les directions de la santé pour nos organismes internationaux. Le financement du portefeuille de la santé a été réduit pour l'Association des femmes autochtones du Canada. Il a largement été réduit pour Inuit Tapiriit Kanatami et le Ralliement national des Métis. Je crois qu'il y a eu des coupes importantes également du côté de l'Assemblée des Premières Nations et du Congrès des peuples autochtones.

Quand j'ai commencé, il y avait des gens, dans un portefeuille, qui possédaient ces compétences. Maintenant, même au niveau provincial et territorial, je vais à des réunions... parce que les données urbaines dont j'ai parlé appartiennent aux communautés. Nous avons négocié cela et c'est donc possible.

Si vous prenez la Nouvelle-Zélande, elle a sept façons d'identifier les Maoris dans son système de santé et les Maoris se sentent habilités. En fait, il y a des protocoles pour interroger les gens de façon respectueuse.

Le président: Très bien.

Dre Janet Smylie: Par conséquent, il faut commencer par réinvestir dans les organismes autochtones nationaux afin qu'ils aient leur mot à dire et ensuite reconnaître qu'il faut des normes nationales, car la DGSPNI et l'ASPC ont décidé que tout cela devait se faire au niveau régional. Néanmoins, je pense que nous avons besoin de normes nationales.

Merci.

Le président: Merci.

Nous sommes arrivés à la fin de ce tour.

Madame Hopkins, avez-vous une dernière chose à ajouter en réponse à la question de M. Easter ou tout a-t-il été dit?

Mme Carol Hopkins: Je suis pour la formation.

Le président: Très bien, c'est bref. Cela me plaît.

Nous allons terminer ce tour de table. Nous allons faire venir le prochain groupe de témoins, dont deux par vidéoconférence. Nous allons suspendre la séance pendant quelques minutes, le temps qu'ils s'installent et nous reprendrons.

•(1625)

(Pause)

•(1630)

Le président: Nous reprenons la séance. Nous avons trois autres invités à présenter.

Il s'agit de Janet Currie, coordinatrice et fondatrice du Psychiatric Awareness Medication Group.

Comme c'est vous qui êtes la plus éloignée, nous vous demanderons de présenter votre exposé en premier. Allez-y.

Mme Janet Currie (coordinatrice et fondatrice, Psychiatric Awareness Medication Group): Merci beaucoup de m'avoir demandé de témoigner devant vous aujourd'hui. Comme l'a dit le

président, je vais parler au nom du Psychiatric Awareness Medication Group, un groupe qui fournit de l'information à partir d'un site Web pour les personnes qui prennent des médicaments psychiatriques. Je suis aussi la coprésidente du Réseau canadien pour la santé des femmes, j'ai participé à de nombreuses audiences de Santé Canada sur la réglementation et j'ai fait partie du Comité consultatif d'experts sur la vigilance des produits de santé pendant cinq ans.

Je vais apporter à la séance d'aujourd'hui l'expérience que j'ai acquise en travaillant auprès des familles, des parents et des enfants en les sevrant de façon sécuritaire des médicaments psychiatriques. Ce sont des personnes qui ont subi toutes sortes d'effets secondaires reliés à des médicaments psychiatriques qui ont aggravé leurs problèmes émotionnels et de santé mentale. Je vais parler des lacunes et des obstacles que présente la stratégie de santé mentale et proposer quelques pratiques exemplaires.

Je voudrais d'abord parler du contexte dans lequel nos services de santé mentale sont fournis et c'est vraiment un contexte unique et sans précédent.

Tout d'abord, nous avons des taux très élevés de prévalence des maladies mentales et des taux élevés de diagnostics dans de nombreux domaines de la santé mentale et ces taux continuent de croître. Je pense qu'au Canada nous estimons maintenant que 20 % des Canadiens risquent de souffrir d'une maladie mentale et dans certains cas, ces taux sont beaucoup plus élevés. L'Organisation mondiale de la Santé dit maintenant que la dépression sera la principale cause d'invalidité à l'échelle mondiale d'ici 2020. Il y a 30 ans, on considérait que la dépression ne touchait qu'un très petit nombre de gens et qu'elle guérissait toute seule.

Par conséquent, sur le plan statistique, comment cela se manifeste-t-il? Nous avons 6 % des garçons de 6 à 14 ans qui prennent des psychostimulants. Le quart des personnes âgées de nos foyers de soins prennent des antipsychotiques même si elles n'ont pas eu un diagnostic de schizophrénie. Nous avons 20 % à 25 % des femmes d'âge moyen et plus âgées qui prennent des antidépresseurs. Le nombre d'enfants à qui l'on prescrit des antipsychotiques, des médicaments très puissants qui ne sont pas approuvés pour ce groupe d'âge, a décuplé. Et nous avons un grand nombre de gens qui prennent des benzodiazépines — 15 % à 25 % dans certains cas. J'ai été très alarmée d'apprendre que le Canada se classe au troisième rang de 22 pays de l'OCDE comparables pour ce qui est de la consommation d'antidépresseurs.

Qu'est-ce que cela signifie pour le patient et sa santé mentale? Tous les médicaments psychoactifs ont des effets secondaires. Ce sont des médicaments très puissants qui affectent la structure du cerveau et les neurotransmetteurs qui sont les substances chimiques du cerveau. Tous les médicaments peuvent exacerber ou créer de nouveaux problèmes de santé mentale ou de nouveaux types de problèmes émotionnels pour l'utilisateur.

Par exemple, une personne qui prend un tranquillisant comme l'Ativan, un médicament très souvent prescrit, finira par être déprimée si elle le prend trop longtemps. Elle retournera alors voir son médecin, se plaindra d'être déprimée et son médecin augmentera le dosage de benzodiazépines ou prescrira un antidépresseur pour remédier à la dépression qui est un effet secondaire du tranquillisant. C'est ce qu'on appelle la cascade médicamenteuse et la personne qui prend un médicament psychoactif pendant un certain temps va prendre d'autres médicaments pour remédier aux effets secondaires du médicament qu'elle prend déjà.

C'est la même chose pour les antidépresseurs. Une personne qui en prend peut devenir agitée et présenter une acathisie qui est l'impossibilité de rester sans bouger les jambes. Elle peut avoir une dépression agitée et se faire prescrire un tranquillisant ou un antipsychotique pour remédier à ces symptômes.

Je veux faire valoir que nous devons prendre très au sérieux les effets indésirables des médicaments psychiatriques. Non seulement ces médicaments ont un impact sur le sentiment de bien-être mental des patients, mais ils ont aussi des effets physiques. Par exemple, les tranquillisants provoquent des vertiges et des chutes qui conduisent à des fractures de la hanche. Les antidépresseurs peuvent conduire au suicide ou à l'idéation suicidaire et au dysfonctionnement sexuel. Les antipsychotiques peuvent causer des déficiences cognitives, des pertes de mémoire et des problèmes de ce genre ainsi que prédisposer au diabète et à l'AVC. Nous devons donc vraiment prendre cela au sérieux.

• (1635)

L'autre chose que nous devons reconnaître est que si une personne prend pendant longtemps un médicament psychoactif ou psychiatrique, son cerveau va s'y adapter et elle va s'y accoutumer. Je sais que c'est un terme fort que nous n'aimons pas utiliser à propos des médicaments que nous prescrivons. Néanmoins, il s'agit du même mécanisme que celui de la dépendance à la drogue. Lorsqu'une personne essaie de réduire son dosage ou de le modifier, elle peut avoir une intensification de ses symptômes qui peuvent être très désagréables, y compris une augmentation de son angoisse et de son agitation, et cela peut même aller jusqu'à des hallucinations et un comportement violent et irrationnel. Je pense que nous voyons, dans les médias, des gens commettre de terribles homicides ou des actes suicidaires qui sont associés à des médicaments prescrits. Nous estimons que les médicaments sont certainement un facteur dans ce genre de cas.

Par conséquent, que devons-nous faire pour y remédier? Nous devons réévaluer la mesure dans laquelle nous prescrivons les médicaments psychiatriques. Une étude récemment réalisée aux États-Unis montre que le taux de prescription de médicaments psychiatriques aux enfants a augmenté d'environ 31 % au cours de la dernière décennie. Pourtant, les enfants à qui on prescrit ces médicaments sont ceux qui ont des problèmes vraiment modérés alors que les enfants ayant des problèmes très graves ne sont pas soignés. Je crois donc que nous devons vraiment réévaluer la mesure dans laquelle nous prescrivons les médicaments psychiatriques. Pour ce faire, nous devons apporter davantage de soutien aux familles, aux femmes enceintes et à celles qui ont des difficultés post-partum, aux jeunes, aux adolescents, aux aînés afin qu'ils puissent remédier à leur sentiment d'isolement et trouver une aide cognitive accessible et raisonnable sur le plan de l'accès. Je pense qu'un bon endroit pour fournir ces services aux familles est l'école où il y avait, par le passé, des conseillers scolaires et des groupes qui aidaient les parents à résoudre leurs problèmes familiaux et à s'occuper de leurs enfants.

Je pense aussi que nous devons vraiment évaluer l'utilisation que les gens font des médicaments et les effets que ceux-ci peuvent avoir sur la santé mentale. Nous parlons de lutter contre la polyprescription, mais je pense qu'à chaque fois qu'une personne consulte un fournisseur de soins de santé pour un problème de santé mentale, il faut évaluer les médicaments qu'elle prend. Ce ne sont pas seulement les médicaments psychiatriques qui causent des symptômes de troubles mentaux. Ce sont également les médicaments communément prescrits en cardiologie, les antibiotiques, les corticostéroïdes, les médicaments pour cesser de fumer et les traitements contre l'acné. Tous ces médicaments peuvent être associés à des problèmes de

santé mentale que l'intéressé ou son médecin n'associe pas aux médicaments. Je dirais aussi que nous avons vraiment besoin de médecins et de fournisseurs de soins de santé qui savent non seulement évaluer les effets secondaires ou les effets indésirables des médicaments psychiatriques, mais aussi de médecins qui savent comment faire le sevrage progressif de ces médicaments, comment concevoir des méthodes de sevrage, comment soutenir les gens, comment comprendre les difficultés que traverse une personne pendant le sevrage. J'ai fait le sevrage de dizaines de gens. C'est une tâche ardue, mais la mesure dans laquelle ils peuvent retrouver la santé est vraiment miraculeuse. Il faut toutefois des fournisseurs de soins de santé qualifiés pour fournir ce genre de service.

En dernier lieu, je dirais que lorsque nous considérons la santé mentale en général, nous devons la voir comme un problème sociospécifique. Les deux tiers des patients chez qui des problèmes de santé mentale sont diagnostiqués et qui reçoivent des médicaments sont des femmes. Les femmes sont l'objet de nombreux facteurs de stress reliés au rôle qu'elles jouent dans la société et aux attentes auxquelles elles doivent répondre. Je pense que nous devons vraiment en tenir compte pour évaluer le traitement le plus efficace des problèmes de santé mentale.

Merci.

• (1640)

Le président: Très bien, merci beaucoup.

Nous allons maintenant entendre, par vidéoconférence, à partir de Toronto, le directeur du Centre de toxicomanie et de santé mentale, Jürgen Rehm.

Allez-y, monsieur.

Dr Jürgen Rehm (directeur, Recherche sociale et épidémiologique, Centre de toxicomanie et de santé mentale): Merci beaucoup de me permettre de vous présenter le point de vue du Centre de toxicomanie et de santé mentale, le plus grand hôpital pour les maladies psychiatriques.

Je voudrais commencer par une définition de « dépendance » étant donné qu'on nous a demandé de parler des dépendances. En général, ce terme comprend les toxicomanies, mais aussi, depuis plus récemment, les troubles liés aux paris et aux jeux. Par exemple, le DSM-5 et le CIM-11 actuellement en préparation incluront également ce genre de troubles.

Si vous prenez l'ensemble des dépendances, nous devons dire que l'abus d'alcool représente la dépendance la plus répandue. Le tabagisme soulève un point d'interrogation, car les troubles qui y sont liés ne sont généralement pas évalués dans les enquêtes auprès de la population générale comme l'ESCC. Pour ce qui est du nombre de personnes touchées par des dépendances, l'alcool arrive encore au premier rang. Au Canada, environ un homme sur vingt — et c'est pour tous les groupes d'âge — présente des troubles liés à la consommation d'alcool et ce taux est de 1,7 % pour les femmes.

Les troubles liés à la consommation de cannabis représentent la deuxième dépendance la plus importante et pour toutes les autres dépendances à la drogue, le taux est d'environ la moitié de celui du cannabis, soit à peu près 0,7 %. Là encore, la prévalence est plus importante pour les hommes que pour les femmes par un facteur de 2:1 pour la plupart de ces dépendances.

Pour ce qui est des méfaits, un grand nombre de troubles résultant des substances licites sont associés à beaucoup plus [Note de la rédaction: *inaudible*] sur le plan de la mortalité et de la morbidité, mais aussi de l'invalidité que les substances illégales. Et toutes ces dépendances sont fortement associées à d'autres troubles mentaux. Cela veut dire qu'en général, elles s'accompagnent de troubles de l'humeur. Environ une personne sur cinq ayant une dépendance présente en même temps des troubles de l'humeur et si vous incluez les troubles anxieux généralisés, ils touchent environ une personne sur dix. Bien entendu, les troubles de l'humeur sont ce que nous appelons normalement la dépression et comprennent toute une gamme d'états dépressifs.

Pour passer à vos questions concernant la stratégie sur la santé mentale et la façon dont les dépendances sont traitées, dans l'ensemble, les dépendances sont couvertes par la stratégie sur la santé mentale, et il y a beaucoup de choses très importantes à dire à leur sujet. Néanmoins, en pratique, si vous examinez les politiques nationales et les approches stratégiques, vous verrez que beaucoup de choses ont été réglementées par la Stratégie nationale antidrogue du gouvernement du Canada et que cela entraîne un conflit d'objectifs et un conflit entre les principales approches.

Lorsque nous examinons la Stratégie nationale antidrogue, l'ajout récent de l'usage non médical d'opiacés délivrés sur ordonnance et l'usage non médical d'autres drogues est un pas dans la bonne voie. Comme vous l'avez entendu dire dans le premier témoignage, bien entendu, c'est en partie le résultat de dépendances causées par le système médical.

Néanmoins, les deux substances les plus coûteuses du point de vue de la santé et de l'économie sont le tabac et l'alcool qui restent entièrement en dehors de la stratégie. Même si c'est un problème de moindre envergure et moins coûteux, je mentionnerai de nouveau que les paris et les jeux ne sont pas non plus inclus dans la Stratégie nationale antidrogue.

Nous soulignons que toutes les dépendances et les toxicomanies devraient être considérées comme des problèmes de santé et faire l'objet d'une approche de santé publique. Cela veut dire que nous devrions avoir pour les drogues illicites une approche reposant sur quatre piliers, soit la prévention, la réduction des méfaits, le traitement et l'application de la loi. Le même principe s'applique aux substances licites.

●(1645)

Nous devons dire également que l'approche en cours au Canada à l'égard des substances illicites est trop axée sur la répression. Autrement dit, si nous examinons l'équilibre entre une approche reposant sur quatre piliers et l'approche canadienne actuelle, la balance penche du côté de la répression, tant en ce qui concerne l'argent dépensé que les efforts globaux de la société. Il faudrait ajouter à cela la réduction des méfaits, une approche qui est entièrement absente actuellement. Plus le Canada pourra orienter son approche globale vers la sphère de la santé publique, meilleures seront nos chances de réduire les méfaits globaux.

Pour répondre à la première question, je résumerais en disant qu'au Canada, il faudrait aborder les dépendances avec une approche de santé publique, plus ou moins comme nous l'avons vu dans le cas de la stratégie sur la santé mentale. Si nous adoptons l'approche de la santé publique, nous aurons à modifier certaines choses dans la Stratégie nationale antidrogue, mais nous serons récompensés par de meilleures stratégies pour s'attaquer aux dépendances et réduire les méfaits qui y sont reliés.

Dans la deuxième partie de mon exposé, je voudrais examiner la question de la stigmatisation. Vous avez parlé de la stigmatisation à l'égard des dépendances et malheureusement, la dépendance entraîne une forte stigmatisation dans notre société. Nous ne sommes pas le seul cas au monde. Les dépendances sont les troubles mentaux les plus stigmatisés dans tous les pays riches, en Amérique du Nord, en Europe et au Japon.

D'après les enquêtes, nous savons que même si la stigmatisation globale associée à la santé mentale a diminué au cours des dernières décennies, pour ce qui est des dépendances, ce n'est malheureusement pas le cas. Les personnes qui ont des dépendances sont jugées imprévisibles et dangereuses. En général, les gens considèrent qu'elles ont une moralité défaillante et sont seules responsables de leur assuétude. Bien entendu, cela pose un problème non seulement pour les intéressés, mais aussi pour le système de soins de santé dans son ensemble, car de tous les troubles mentaux, ce sont ceux pour lesquels le taux de traitement est le plus bas.

Le taux de traitement des troubles mentaux reste en dessous du taux de traitement des troubles somatiques, mais le taux est particulièrement bas pour les dépendances. Par exemple, pour les troubles liés à la consommation d'alcool, seulement une personne sur dix reçoit un traitement adéquat ou est soignée en Ontario.

Un facteur qui y contribue est notre tendance à voir le monde en noir et blanc, généralement à considérer qu'une personne est malade ou n'est pas malade et non pas comme un continuum. Malheureusement, à cause de cette approche dichotomique qui ne voit pas la dépendance comme une forte consommation de substance au fil du temps, comme une étape d'un continuum — que nous partageons tous — ces personnes sont plus stigmatisées et davantage exclues de notre société. Elles ne cherchent donc pas à se faire soigner, parce qu'elles ne veulent pas avoir à reconnaître leur dépendance. Cela entraîne des problèmes dans tout le système de santé, autant dans les soins primaires que les soins spécialisés.

La stigmatisation fait obstacle à un continuum de soins sans faille et cela fait partie des problèmes touchant les dépendances.

Je vais m'arrêter là. Je dispose de 10 minutes et comme je les ai utilisées, je voudrais simplement résumer.

●(1650)

Toutes les dépendances devraient être considérées comme un problème de santé publique et être abordées du point de vue de la santé publique. La stigmatisation est l'un des principaux obstacles, non seulement pour la santé mentale en général, mais également pour le traitement des dépendances.

Merci beaucoup.

Le président: Très bien, merci.

C'est maintenant au tour des Services de santé Royal Ottawa représentés par M. George Weber, président et chef de la direction.

Allez-y, monsieur.

M. George Weber (président et chef de la direction, Services de santé Royal Ottawa): Merci beaucoup, monsieur le président.

Mesdames et messieurs, bon après-midi. Bonjour.

Comme le président l'a mentionné, j'ai le plaisir de comparaître devant vous en tant que président et chef de direction des Services de santé Royal Ottawa pour vous faire part de nos opinions à l'égard de la stratégie sur la santé mentale pour le Canada.

[Français]

Je vous remercie de m'avoir invité à participer cet important forum.

[Traduction]

J'applaudis aussi vos efforts qui portent sur une question de santé cruciale, les soins de santé mentale pour nos familles et nos collectivités. Au Royal Ottawa, on ne peut pas parler de la santé à moins de soutenir la santé mentale. Il est essentiel de comprendre le lien entre la santé mentale et physique pour comprendre la complexité du cerveau.

Je suis chargé, avec mon équipe de direction, de diriger et de gérer les activités d'un centre universitaire de sciences de la santé qui se spécialise dans le traitement de la santé mentale, des maladies mentales et des dépendances. Nous desservons un vaste éventail de clients qui reçoivent des services dans le cadre de plus de 15 programmes spécialisés au Royal. Nous avons pour mission de traiter des patients, aussi bien des jeunes de 16 ans qui ont des besoins complexes sur le plan de la santé mentale, que des patients gériatriques ayant des problèmes reliés au vieillissement, comme la démence, des problèmes de comportement et des maladies chroniques. Nous gérons, à Ottawa, un centre de traitement de 222 lits qui a soigné plus de 1 600 patients internes et 14 000 patients externes au cours de l'année écoulée.

[Français]

Nous tenons également plus de 1 000 consultations de télémédecine chaque année.

[Traduction]

Nous nous sommes également servis de la technologie grâce à la création d'applications pour la sensibilisation à la santé mentale, la détection précoce de problèmes de santé mentale et un outil d'autogestion. À Brockville, nous gérons un établissement de psychiatrie légale, y compris deux lits pour le Service correctionnel du Canada.

[Français]

Depuis cette année, nous traitons également des femmes incarcérées ayant des besoins accrus en matière de santé mentale.

[Traduction]

Nous fournissons aussi des services de traitement et des services cliniques en santé mentale à 100 détenus du sexe masculin qui purgent une peine provinciale au Centre correctionnel et de traitement St. Lawrence Valley pour le gouvernement de l'Ontario.

Nous sommes très fiers du travail que nous faisons dans notre clinique pour les blessures de stress opérationnel. Nous sommes le seul centre universitaire de sciences de la santé à faire partie du réseau de cliniques BSO d'Anciens Combattants Canada. Nous offrons des soins et des recherches spécialisés en santé mentale aux anciens combattants, aux soldats et aux agents de la GRC. Ce sont des hommes et des femmes qui rendent un grand service à notre pays ainsi que pour la paix et la sécurité dans le monde. Qu'ils soient déployés pour des missions de combat, des missions de maintien de la paix ou des opérations sur le territoire national, un grand nombre de nos anciens combattants et des membres des Forces canadiennes sont victimes de conséquences psychologiques à la suite de leur service courageux. Le nombre de soldats qui demandent de l'aide est en hausse. L'année dernière, nous avons enregistré 238 % de renvois de plus qu'il y a cinq ans. Nous faisons de notre mieux pour fournir les soins nécessaires et aider ces personnes à retrouver une qualité de vie.

Aujourd'hui, je voudrais parler de trois obstacles qui posent un problème pour la santé mentale et de la façon dont une stratégie nationale, une défense des intérêts et un financement pourraient changer la vie des gens et leurs résultats cliniques.

Le premier obstacle est l'accès aux soins. Ce n'est pas une nouvelle expression ou un nouveau concept, mais une chose que nous ne pouvons tout simplement pas garantir dans notre système actuel de santé mentale. Il ne fait aucun doute que nos campagnes contre la stigmatisation rejoignent les Canadiens, qu'elles abaissent les barrières sociales et qu'elles incitent les gens à demander de l'aide. Le problème est que les campagnes de sensibilisation ne sont pas reliées à des possibilités de traitement. Se rendre compte que l'on a besoin d'aide est une première étape. La vraie difficulté est d'essayer d'obtenir le bon traitement au bon moment. Comme nos budgets d'exploitation globaux n'ont pas augmenté au cours des six dernières années, nous avons rationalisé nos opérations pour les rendre plus efficaces de façon à traiter davantage de patients; néanmoins, de plus en plus de gens essaient d'avoir accès à nos soins. Les dernières statistiques de l'Agence de la santé publique du Canada révèlent qu'un Canadien sur trois sera touché par une maladie mentale au cours de sa vie. Nous avons toujours cru que ces chiffres étaient de un sur cinq. Ce sont les dernières statistiques. Le nombre des personnes à la recherche de soins augmente au lieu de diminuer.

Je regarde, chaque jour, nos listes d'attente et le nombre de personnes qui désirent se faire soigner. Un financement existe pour aider les gens à naviguer dans le système de santé mentale fragmenté de l'Ontario, mais pas pour les soins spécialisés qui leur permettront de reprendre leur vie en main.

•(1655)

Nous commettons une injustice envers les collectivités lorsque nous cherchons à colmater les brèches dans le système au lieu de bâtir les services qui permettront de retrouver la santé. La façon dont nous abordons l'accès aux soins a des répercussions bien au-delà du patient. La santé mentale touche toute la famille de toutes sortes de façons. Elle touche aussi les amis, les collègues et les employeurs.

[Français]

La maladie mentale nous affecte tous. C'est un problème social qui exige notre attention.

[Traduction]

La semaine dernière, je parlais à une mère qui m'exhortait à admettre son fils de 20 ans, Andy, au Royal parce qu'il continue à se faire du mal. J'ai dû lui dire que le premier rendez-vous disponible pour les troubles concomitants, un programme visant les dépendances, était dans trois mois. Que va faire Andy pendant ce temps? Va-t-il pouvoir rester chez ses parents? Il les a déjà menacés plusieurs fois et la police a été appelée. Il risque fort de se retrouver en prison. Quelles sont les chances qu'il puisse attendre à la maison en s'accrochant à l'espoir d'obtenir de l'aide? Il est plus probable que sans le soutien d'une équipe spécialisée qui sait comment traiter ses troubles complexes il deviendra anxieux et frustré en essayant de gérer ses troubles et ses dépendances.

Il y a une longue liste de gens comme Andy. En fait, hier, nous avons 1 858 patients de l'agglomération urbaine d'Ottawa sur notre liste d'attente, 500 dont nous devons encore faire le triage et nous ne sommes pas les seuls dans cette situation. D'après ce que m'ont dit certains de mes collègues des quatre coins du pays, la situation est à peu près la même dans chaque province et chaque territoire.

Le gouvernement du Canada a enregistré des bons résultats par le passé grâce à sa politique nationale de listes d'attente pour certaines interventions médicales, qui a été adoptée en 2004. De nombreux Canadiens ont bénéficié de cette mesure gouvernementale vraiment nécessaire. Les rapports de l'Institut canadien d'information sur la santé ont clairement montré qu'un investissement de un million de dollars avait nettement réduit les temps d'attente dans tout le pays et amélioré la qualité des soins. Ne pouvons-nous pas faire la même chose pour la santé mentale?

Selon la Commission de la santé mentale du Canada, notre pays consacre à la santé mentale environ 7 % de chaque dollar dépensé pour la santé publique. Des pays comme la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni ont dépensé jusqu'à 10 % ou 11 % de leur budget de la santé publique pour la santé mentale de façon à répondre aux besoins de leurs citoyens.

[Français]

Nous appuyons la recommandation de la commission en vue d'augmenter les dépenses liées à la santé mentale à 9 % sur une période de 10 ans.

[Traduction]

Nous devons nous demander aujourd'hui ce qui nous empêche d'atteindre cet objectif réaliste.

Nous savons que plus de 75 % des maladies mentales se manifestent pendant l'adolescence. Ne pouvons-nous pas montrer à nos jeunes qu'ils comptent vraiment, et qu'ils peuvent avoir accès à des services et à des soins quand ils en ont besoin s'ils souffrent d'une maladie mentale? Ceux qui souffrent d'une maladie mentale ont besoin d'un porte-parole national et d'un financement pour les soins spécialisés, en plus des campagnes de sensibilisation qui sont si nécessaires.

• (1700)

[Français]

Il faut placer la santé mentale des Canadiennes et des Canadiens en priorité.

[Traduction]

Il faut mieux soutenir les soins de santé mentale pour des raisons morales et sociales, mais également pour des raisons économiques. Selon un rapport préparé pour la Commission de la santé mentale du Canada en 2011, les troubles et les maladies psychiatriques coûtent à l'économie canadienne plus de 48,5 milliards de dollars chaque année en coûts directs et indirects. Autrement dit, c'est non seulement la bonne solution, mais la solution intelligente.

Une autre question importante est celle du vieillissement de notre population, comme vous l'avez souvent entendu dire. C'est un facteur qui entraîne d'importants changements démographiques. Comme chacun sait, la proportion d'ânés souffrant de démence va plus que doubler d'ici 2031, au Canada; d'ici 2028, plus de 310 000 ânés souffriront de démence, rien qu'en Ontario.

[Français]

Nous voyons d'importantes augmentations selon les catégories d'âge allant de 65 ans à 90 ans. Il faut changer le parcours à cet égard.

[Traduction]

Nous savons que nous pouvons changer nos perspectives d'avenir grâce à une action ciblée. Les recherches réalisées au cours de la dernière décennie au Canada, aux États-Unis et en Europe ont clairement démontré que l'apparition tardive de la dépression est un prodrome, un symptôme précoce de démence. Si nous nous soucions

de la vie de nos ânés et de l'avenir de nos jeunes générations, nous devons investir dans des traitements précoces qui s'attaqueront à cet important facteur de risque de démence et réduiront ces chiffres alarmants. Nous avons la possibilité d'endiguer la crise avant qu'elle ne déferle sur nous.

La semaine dernière, le Dr Merali vous a parlé des recherches importantes sur la dépression menées à l'Institut de recherche du Royal Ottawa et de son point de vue quant à la nécessité d'une collaboration nationale, en tant que cofondateur du Réseau canadien de recherche et d'intervention sur la dépression. Nous devons investir davantage dans la recherche en santé mentale afin d'améliorer les résultats cliniques pour la dépression. Soignons les gens mieux et plus rapidement.

En troisième et dernier lieu, je parlerai du faible niveau de financement de la recherche en santé mentale et en particulier de la recherche en prévention du suicide. La compréhension du cerveau est le dernier champ de découverte qui permettra d'avoir des traitements personnalisés pour la maladie mentale. Il faut un financement de la recherche sur la prévention du suicide et une coordination nationale pour faire progresser les pratiques exemplaires dans l'ensemble du pays.

En tant que coprésident du réseau communautaire de prévention du suicide, à Ottawa, depuis quatre ans, je connais trop bien les effets du suicide sur les familles. Nous avons fait de la région d'Ottawa une collectivité plus sûre sur le plan du suicide et nous avons réuni les principaux organismes communautaires, les hôpitaux, la police, les organismes gouvernementaux, Centraide, les écoles, les collèges, les universités, les clients, les défenseurs des droits et les jeunes pour qu'ils nous aident à mettre en lumière les lacunes, à décompartmenter les services et à mieux coordonner nos efforts pour sauver des vies.

Nous nous sommes inspirés du modèle de réduction du suicide de Nuremberg, en Allemagne, et nous avons tiré la leçon de l'expérience de cette collectivité. À Ottawa, nous nous sommes fixé comme objectif de réduire le nombre de suicides de 20 % d'ici 2020. Nous avons piloté des nouvelles initiatives qui forment et habilent nos jeunes pour qu'ils s'entraident. Nous avons aussi fait savoir aux jeunes vers qui ils peuvent se tourner pour trouver de l'aide et nous avons créé des sentinelles communautaires pour bâtir un climat de confiance et de sécurité pour tous nos jeunes.

Avec l'aide du DIFD, une initiative dirigée par les jeunes, et de la Fondation Mach-Gaenslenn, le Royal a établi une chaire canadienne en recherche sur la prévention du suicide. Il y a de nombreuses initiatives sur la prévention du suicide au Canada, mais savons-nous vraiment quelles sont les solutions reposant sur des données probantes ou les plus efficaces pour réduire le suicide? Nous voulons trouver la réponse et nous espérons pouvoir diriger un effort de collaboration et de soutien dans l'ensemble du pays. Nous le devons à nos clients...

Le président: Monsieur Weber, nous avons largement dépassé le temps imparti. Je suis désolé de vous interrompre. Pourriez-vous conclure?

M. George Weber: Oui, je suis en train de conclure.

Merci de m'avoir invité à vous faire part de mes réflexions en tant que chef de file dans le domaine de la santé mentale. Nos cerveaux sont des atouts essentiels dans notre économie mondiale basée sur le savoir et je vous invite à tenir compte, dans vos délibérations, de l'intérêt d'investir dans le traitement et la recherche sur les maladies mentales pour modifier le parcours des maladies mentales.

Merci beaucoup.

Le président: Merci, monsieur.

La parole est maintenant à Mme Moore. Comme elle va poser ses questions en français, nous allons procéder à un petit test pour les personnes qui témoignent par vidéoconférence afin d'être sûrs qu'elles reçoivent l'interprétation.

Allez-y, madame Moore.

[Français]

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

Je veux simplement vérifier si Mme Currie me comprend bien en anglais.

[Traduction]

Mme Janet Currie: Oui. Oh non, je n'entends pas.

Le président: Essayez de nouveau.

• (1705)

[Français]

Mme Christine Moore: M'entendez-vous bien en anglais?

Mme Janet Currie: C'est bien.

[Traduction]

Oui, maintenant, j'entends.

[Français]

Mme Christine Moore: D'accord.

Mes questions s'adressent à Mme Currie.

Beaucoup de parents discutent avec moi. Ils sont inquiets en ce qui a trait à tout ce qui entoure le trouble du déficit de l'attention et l'hyperactivité. On voit régulièrement des enfants qui prennent des médicaments à un jeune âge. Parfois, cela commence à la garderie. Beaucoup de parents sont inquiets étant donné que c'est un phénomène nouveau. Quand j'allais à l'école, il n'y avait pratiquement pas d'enfants qui prenaient des médicaments pour aller à leurs cours. On considérait simplement qu'il s'agissait d'enfants et qu'il était normal qu'ils soient un peu plus portés à bouger. On semble offrir très peu de solutions de rechange à la médication dans de tels cas. Selon vous, y a-t-il des solutions de rechange à cet égard? Faites de la recherche pour en trouver?

Récemment, je lisais que des vélos stationnaires avaient été installés sous des bureaux pour que les enfants bougent pendant qu'ils sont en classe. Avez-vous des connaissances à ce sujet afin de réduire l'utilisation des médicaments, en particulier chez les enfants?

[Traduction]

Mme Janet Currie: Je pense que c'est une excellente question et que les parents sont très découragés, car c'est à la famille qu'il incombe de prendre ce genre de décisions. Je crois qu'il y a un certain nombre de possibilités.

Vous m'entendez bien?

[Français]

Mme Christine Moore: Oui.

[Traduction]

Mme Janet Currie: Pouvez-vous m'entendre?

Mme Christine Moore: Oui.

Mme Janet Currie: Je peux vous citer l'exemple d'une collègue qui est travailleuse sociale dans une commission scolaire urbaine au Canada. Elle voit des enfants qui ont ce genre de problèmes. Comme c'est une enseignante et une travailleuse sociale expérimentée, elle

peut travailler avec les familles et les enfants pour modifier leur comportement, surtout pour soutenir les parents, parce qu'un grand nombre de ces derniers sont très stressés et que l'enfant est, en quelque sorte, une manifestation de leur stress.

Elle travaille avec la famille pour l'aider à adopter des méthodes de gestion du comportement ainsi qu'avec l'école pour trouver des accommodements, car certains enfants ont beaucoup de difficulté à rester assis sans bouger et beaucoup de difficulté à se concentrer. Je pense que le retour de choses comme l'éducation physique dans les écoles et le maintien d'un haut niveau d'activité physique est particulièrement important, surtout pour les jeunes garçons et je connais des familles qui ont envisagé des solutions comme l'alimentation et fait des efforts sur le plan des relations familiales, car l'enfant a besoin de limites et de soutien.

Toutes ces solutions me semblent possibles. Le problème est qu'elles ne sont pas vraiment offertes dans le système ou dans les écoles parce qu'on s'est tourné vers la médication. C'est un des arguments que j'ai fait valoir. Nous devons examiner et développer ces solutions. Je connais des familles qui ont eu de très bons résultats grâce à ce modèle. Il y a des livres et des ressources et même des fournisseurs de soins de santé qui sont prêts à travailler avec les familles au lieu de prescrire des médicaments.

Lorsqu'on s'en remet aux médicaments, c'est la solution de facilité, bien qu'à mon avis, c'est très risqué. Vous exposez les enfants à préparer leur cerveau à une catégorie de médicaments reliés à la cocaïne et à la méthamphétamine. En tout cas, j'ai parlé à des membres du personnel scolaire qui disent que l'effet est immédiat, mais qu'il n'est pas durable. Si vous examinez les données probantes, vous voyez qu'il n'y en pas énormément démontrant qu'à long terme ces médicaments donnent les résultats que les parents en attendent.

Je ne pense pas qu'il y ait des solutions toutes faites pour le moment, mais je voudrais que les écoles, en particulier, commencent à trouver des solutions au lieu de s'en remettre aux médicaments comme première option de traitement.

Le président: Monsieur Rankin, vous pouvez poser une brève question, après quoi nous passerons au suivant.

M. Murray Rankin: Merci.

Ma question s'adresse aussi à vous, madame Currie. Vous avez parlé de la « cascade médicamenteuse » et dit que ces antidépresseurs obligent parfois à prendre d'autres médicaments qui ont eux-mêmes des effets secondaires. Vous sembleriez hésiter à utiliser le mot « dépendance ». Pourquoi? N'est-ce pas exactement ce qui se passe?

Mme Janet Currie: C'est exactement ce dont nous parlons. Je crois qu'on a hésité, surtout chez les médecins, à reconnaître que le médicament qu'ils prescrivent peut entraîner une dépendance. Néanmoins, il ne fait aucun doute que son action dans le cerveau est semblable à... En fait, des chercheurs très réputés ont fait des comparaisons, par exemple, entre Effexor, un antidépresseur très courant, et d'autres substances comme la cocaïne. Ces médicaments ont un effet sur la structure des neurones. Ils agissent sur les neurotransmetteurs et nous ne savons pas vraiment comment, car le cerveau est très complexe.

Néanmoins, au bout d'un certain temps, et cela peut être une période très courte... À mon avis, les benzodiazépines ne devraient être utilisés que pendant une période de moins d'une semaine. Après un certain temps, même court, le patient a besoin d'une dose plus forte pour avoir le même effet ou il commencera à présenter des symptômes d'anxiété ou d'agitation, ou encore de panique, selon les médicaments, des symptômes révélateurs d'une dépendance. C'est ce que nous appelons la « sensation de manque entre les doses ». De nombreuses personnes sont venues me dire qu'elles ignoraient ce qu'il leur arrivait, qu'elles prenaient un médicament contre l'anxiété et qu'elles avaient des crises de panique. Je commence par voir depuis combien de temps elles prennent le médicament et quel est le médicament qu'elles prennent.

Vous avez parfaitement raison: « dépendance » est bien le mot que nous devrions utiliser.

• (1710)

Le président: Merci.

Monsieur Young.

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

Je remercie tous les témoins pour le temps qu'ils nous consacrent aujourd'hui.

Janet Currie, tout d'abord, quand nous parlons de santé mentale, nous finissons toujours par parler de la drogue ou des médicaments. C'est toujours une question de drogues illicites ou de médicaments prescrits. Dans quelle mesure la prescription excessive et la surconsommation des médicaments psychiatriques contribuent-elles aux souffrances des patients et aggravent-elles leurs maladies ou, autrement dit, aggravent le problème de la santé mentale dans l'ensemble du pays?

Mme Janet Currie: Vous avez bien résumé la situation. Je pense que la mesure dans laquelle nous utilisons les médicaments psychiatriques contribue aux problèmes chroniques de santé mentale et que les gens se considèrent comme des malades chroniques. Je pense que les médicaments psychiatriques y contribuent énormément.

Permettez-moi de vous parler de mon amie Daisy, qui est dans la soixantaine. On lui a prescrit...

M. Terence Young: Puis-je vous interrompre un instant? J'ai seulement quelques minutes et j'espérais pouvoir poser deux autres questions. Pourriez-vous répondre brièvement? Merci.

Mme Janet Currie: Très bien.

On lui a prescrit un sédatif très fort quand elle était étudiante à l'université. Elle a eu toutes sortes de diagnostics psychiatriques et pris de plus en plus de médicaments psychiatriques. Elle a vécu une vie très dysfonctionnelle pendant 40 ans jusqu'à ce qu'elle soit sevrée de chacun de ces médicaments psychiatriques. Elle vit maintenant une vie très positive.

À mon avis, c'est une des raisons pour lesquelles nous voyons tant de maladies chroniques et d'invalidité à long terme chez les patients. J'estime que les médicaments psychiatriques contribuent énormément à prolonger les symptômes et la chronicité.

M. Terence Young: Merci.

Si l'on avertissait clairement les patients des risques que posent les antidépresseurs, que les ISRS et les ISRSN peuvent mener au suicide, cela pourrait-il réduire le nombre de suicides?

Mme Janet Currie: Je ne sais pas à quel point les gens prêtent attention aux avertissements. Je pense que c'est un petit élément de l'innocuité des médicaments. Il faudrait sans doute le faire.

À mon avis, les gens sous-estiment les effets secondaires. Les fournisseurs de soins de santé doivent savoir que lorsqu'une personne commence à prendre un antidépresseur, elle devrait être suivie de très près. Je parle d'une surveillance quotidienne. C'est ce que recommandent les fabricants des médicaments. Qui surveille une personne qui prend un antidépresseur? Le médecin dit-il au patient de ne pas augmenter la dose, de réduire la dose ou d'essayer de s'en passer sans en discuter avec lui? Le médecin dit-il au patient de l'appeler lorsqu'il subit des effets secondaires ou d'en parler à sa famille?

Je pense que ce genre de choses pourrait être plus efficace.

M. Terence Young: Nous savons que le taux de suicide est beaucoup plus élevé chez les jeunes des Premières Nations. Nous savons aussi que l'on prescrit beaucoup plus d'antidépresseurs aux jeunes des Premières Nations. Voyez-vous un lien entre les deux?

Mme Janet Currie: Absolument. Si vous prenez la population autochtone, et surtout les femmes autochtones, ce groupe de personnes se fait prescrire une grande quantité non seulement de médicaments psychiatriques, mais aussi d'opiacés et d'analgésiques opiacés. La combinaison opiacés et médicaments psychiatriques est de la vraie dynamite. C'est certainement quelque chose que nous devrions examiner. Nous ne pouvons pas nier que les facteurs socioéconomiques et les autres problèmes contribuent au suicide. Je ne cherche nullement à le nier. Néanmoins, nous devons vraiment examiner dans quelle mesure les médicaments psychiatriques et les autres médicaments que prend une personne contribuent à la dépression. J'aimerais beaucoup que l'on fasse ce genre d'analyse.

Je dirais aussi, pour avoir travaillé avec des gens qui ont été incarcérés ou qui sont en libération conditionnelle, que les détenus, comme l'a mentionné un autre témoin, forment un autre groupe dont la consommation de médicaments est très importante. Il faut examiner leur capacité de fonctionner malgré les médicaments qu'ils prennent.

• (1715)

M. Terence Young: Merci.

Docteur Rehm, je voudrais vous poser une question au sujet du lien entre la criminalité, l'alcool et la marijuana. Je viens de lire aujourd'hui, dans le journal de l'Université Carleton, qu'un ancien étudiant, âgé de 26 ans, a été condamné à un an de prison parce qu'un soir, il y a plusieurs années, après avoir fumé de la marijuana et bu, il a violé une femme qui dormait, une femme qui avait confiance en lui. Elle souffre du TSPT. Elle a fait une tentative de suicide. Il est allé en prison. C'est une tragédie pour tout le monde.

La marijuana conduit-elle souvent à des troubles psychiatriques, à des actes criminels commis après avoir fumé ce puissant narcotique?

Dr Jürgen Rehm: Il est clairement prouvé que la marijuana et le fait d'en fumer peuvent causer des troubles mentaux — par exemple, des symptômes psychotiques et de la schizophrénie — chez les personnes vulnérables. Cela veut dire que le lien a été fait.

Ce n'est pas très fréquent. Si vous prenez les décès et les incidents très graves reliés à la marijuana, le principal effet sur la mortalité a lieu sur la route — autrement dit, si vous fumez de la marijuana et conduisez — ainsi que le cancer du poumon. Cela a le même effet que la cigarette, bien que ce soit à une échelle beaucoup plus réduite étant donné que moins de gens fument de la marijuana.

M. Terence Young: Merci.

Le président: Merci beaucoup.

La sonnerie est en train de retentir. Les votes n'ont lieu qu'à 17 h 45. Mme Fry n'a pas encore posé de questions. Y a-t-il consentement unanime pour permettre à Mme Fry de poser une question afin qu'elle puisse en inscrire une au compte rendu? Ce ne sera peut-être pas un tour complet, mais au moins une question...

Mme Cathy McLeod: Nous sommes loin de la Colline, alors...

Le président: Très bien, madame Fry, une brève question afin qu'elle soit consignée au compte rendu.

L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.): Merci beaucoup.

Je tiens à remercier le comité de me permettre de poser une question.

Nous avons entendu parler du danger et des effets indésirables des médicaments dans le cas de certaines maladies mentales, mais nous savons aussi qu'il est parfois nécessaire d'avoir les médicaments appropriés pour certaines maladies mentales.

Monsieur Weber, je voudrais parler d'une approche communautaire intégrée où les facteurs précoces de risque seraient décelés, disons, à l'école, après quoi l'enfant bénéficierait de systèmes de soutien, il serait adressé à la personne compétente pour prendre soin de lui, que ce soit un psychothérapeute ou un fournisseur de soins tertiaires.

Vous avez mentionné le modèle allemand de Nuremberg. Pourriez-vous nous en parler un peu? Il semble que ce soit un modèle très innovateur pour résoudre le problème.

M. George Weber: Comme nous l'avons fait ici, dans la région d'Ottawa, c'est un modèle qui rassemble tous les éléments de la collectivité susceptibles d'avoir une influence sur la détection précoce des personnes ayant des idées suicidaires et y remédie en réunissant toutes les ressources étant donné que personne ne les détient en totalité.

En premier lieu, il faut voir où les suicides ont eu lieu, par quels moyens et ce genre de choses afin de commencer à éliminer certains de ces moyens. Cela a également été fait dans les stations de métro de certaines régions du Canada. Il s'agit donc de régler cela. Ensuite, la détection précoce est probablement le domaine d'action le plus important et il s'agit ensuite, pour les personnes qui ont un haut niveau d'idées suicidaires, de veiller à ce que la collectivité rassemble ses ressources pour les aider à s'en sortir et à acquérir la résilience leur permettant d'affronter ce qui les rend vulnérables.

Il s'agit du soutien total de la collectivité.

● (1720)

Le président: Merci beaucoup.

Merci, madame Fry.

Nous ne pouvons pas continuer, car je risque d'être limogé.

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>