



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

**SANTÉ MENTALE ET SÉCURITÉS DES
COLLECTIVITÉS : APPUYER NOS AGENTS DE
SÉCURITÉ PUBLIQUE À L'AIDE D'UNE
STRATÉGIE NATIONALE SUR LES BLESSURES
DE STRESS OPÉRATIONNEL**

**Rapport du Comité permanent
de la sécurité publique et nationale**

**Le président
Robert Oliphant**

OCTOBRE 2016

42^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

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>

**SANTÉ MENTALE ET SÉCURITÉS DES
COLLECTIVITÉS : APPUYER NOS AGENTS DE
SÉCURITÉ PUBLIQUE À L'AIDE D'UNE
STRATÉGIE NATIONALE SUR LES BLESSURES
DE STRESS OPÉRATIONNEL**

**Rapport du Comité permanent
de la sécurité publique et nationale**

**Le président
Robert Oliphant**

OCTOBRE 2016

42^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

COMITÉ PERMANENT DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE ET NATIONALE

PRÉSIDENT

Robert Oliphant

VICE-PRÉSIDENTS

Larry Miller

Matthew Dubé

MEMBRES

Pam Damoff

Nicola Di Iorio

Nathaniel Erskine-Smith

Bernard Généreux

Marco Mendicino

Hon. Erin O'Toole

Sven Spengermann

AUTRES DÉPUTÉS QUI ONT PARTICIPÉ

Chandra Arya

Vance Badawey

John Barlow

Pierre Breton

Colin Carrie

Todd Doherty

Cheryl Gallant

Jacques Gourde

Gord Johns

Georgina Jolibois

Yvonne Jones

Peter Julian

Karen McCrimmon

Marc Miller

Michel Picard

Alain Rayes

Adam Vaughan

GREFFIER DU COMITÉ

Jean-Marie David

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Service d'information et de recherche parlementaires

Tanya Dupuis, analyste

LE COMITÉ PERMANENT DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE ET NATIONALE

a l'honneur de présenter son

CINQUIÈME RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(2) du Règlement, le Comité a étudié les blessures de stress opérationnel et le syndrome de stress post-traumatique chez les agents de la sécurité publique et les premiers intervenants et a convenu de faire rapport de ce qui suit :

TABLE DES MATIÈRES

ÉTUDE SUR LES BLESSURES DE STRESS OPÉRATIONNEL ET LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE CHEZ LES AGENTS DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE ET LES PREMIERS INTERVENANTS	1
RÉSUMÉ	1
INTRODUCTION	1
A. Nécessité de prendre en compte la particularité du milieu de travail des agents de la sécurité publique.....	3
B. Nécessité d'utiliser une terminologie claire et uniforme pour le terme « agent de la sécurité publique »	5
C. Nécessité de définir de façon claire et cohérente les blessures de stress opérationnel	8
D. Nécessité de recueillir des données	12
E. Autres besoins particuliers en matière de recherche	14
1. Traumatismes répétés et suicides.....	14
2. Consommation de substances pour obtenir un soulagement temporaire.....	14
F. Nécessité d'élaborer une stratégie de recherche globale sur la prévention, la sensibilisation, le dépistage, l'intervention et le traitement	15
G. Besoin d'établir un Institut canadien de recherche sur la santé des agents de la sécurité publique, un groupe de travail d'experts et un conseil consultatif qui recueilleront des données, effectueront des recherches, favoriseront la collaboration et communiqueront l'information à l'échelle nationale.....	20
1. Création de l'Institut canadien de recherche sur la santé des agents de la sécurité publique	20
i. Mission et mandat	20
2. Création d'un groupe de travail d'experts.....	23
i. Principales activités du groupe de travail d'experts.....	23
H. Nécessité d'étudier les lois présomptives applicables aux employés fédéraux	27
CONCLUSION	29
LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	31
ANNEXE A : LISTE DES TÉMOINS.....	35
ANNEXE B : LISTE DES MÉMOIRES	39

ANNEXE C	41
DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT	45

ÉTUDE SUR LES BLESSURES DE STRESS OPÉRATIONNEL ET LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE CHEZ LES AGENTS DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE ET LES PREMIERS INTERVENANTS

RÉSUMÉ

Les agents de la sécurité publique sont à risques de souffrir d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) et de blessures de stress opérationnel (BSO) à la suite d'événements traumatiques vécus dans l'exercice de leurs fonctions¹. Tout le monde s'entend pour dire que le bien-être des personnes qui aident à protéger la sécurité des Canadiens est d'une importance capitale. Le Comité permanent de la sécurité publique et nationale de la Chambre des communes (le « Comité »), a décidé d'étudier cette question, d'inviter des témoins, de synthétiser l'information et de présenter des recommandations au gouvernement fédéral qui s'apprête à concevoir un cadre pour s'attaquer aux blessures de stress opérationnel dont souffrent les agents de la sécurité publique.

Les principales recommandations du Comité reposent sur trois assises permettant de recueillir des données exactes et de les diffuser à l'échelle nationale de sorte que les agents de la sécurité publique reçoivent de l'aide, quel que soit le lieu où ils vivent ou travaillent. Le Comité demande la création d'un Institut canadien de recherche sur la santé des agents de la sécurité publique et la tenue d'une enquête sur la prévalence des troubles de santé mentale. De plus, il propose de créer un groupe de travail d'experts chargé d'élaborer une stratégie nationale sur les blessures de stress opérationnel comprenant des politiques sur la prévention, le dépistage, la sensibilisation, l'intervention et le traitement.

INTRODUCTION

Le travail que nos agents de la sécurité publique et nos premiers intervenants accomplissent est essentiel au bien-être et à la sécurité de tous les Canadiens. Le Comité permanent de la sécurité publique et nationale de la Chambre des communes (le « Comité ») applaudit les hommes et les femmes de première ligne et reconnaît le travail difficile qu'ils réalisent. Il croit sincèrement que leur santé mentale et leur bien-être psychologique sont d'importance primordiale. D'ailleurs, il estime que la prévalence de blessures de stress opérationnel (BSO) dans le milieu est très troublante, puisque selon

1 Gouvernement du Canada, [Le secrétaire parlementaire Michel Picard préside une table ronde nationale sur le trouble de stress post-traumatique](#), 29 janvier 2016; Chambre des communes, Comité permanent de la sécurité publique et nationale (SECU), [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 22 mars 2016 (Donna Ferguson, psychologue, programme stress et santé au travail, Centre de toxicomanie et de santé mentale).

les estimations tirées des données disponibles, de 10 à 35 % des premiers intervenants développeront un trouble de stress post-traumatique (TSPT)².

Le TSPT chez les agents de la sécurité publique et les premiers intervenants est maintenant au premier plan des problèmes de sécurité publique. Dans sa lettre de mandat, le ministre de la Sécurité publique et de la Protection civile, l'honorable Ralph Goodale, est chargé d'élaborer un plan d'action national coordonné sur le TSPT³. En janvier 2016, Sécurité publique Canada a tenu une table ronde ministérielle à l'Université de Regina afin d'étudier la question. Plus de 50 personnes, dont des premiers intervenants, des agents de la sécurité publique, des fonctionnaires, des universitaires et des représentants d'organismes sans but lucratif, ont participé à cette table ronde.⁴

Le Comité a convenu, le 25 février 2016, d'entreprendre une étude sur les BSO et le TSPT chez les agents de la sécurité publique et les premiers intervenants⁵. Il s'agit d'une vaste question qui touche les ministères et organismes fédéraux jouant un rôle en matière de protection frontalière, d'application de la loi, de sécurité nationale et de services correctionnels, ainsi que les administrations provinciales, territoriales et municipales et les services d'intervention d'urgence en général.

Le Comité a consacré sept réunions à la question, entendant des experts en médecine, des représentants du gouvernement fédéral, des agents de la sécurité publique et des premiers intervenants, et des porte-parole d'organismes non gouvernementaux⁶. Les chiffres et les données fournis dans ce rapport sont ceux énoncés par les témoins. Ces données n'ont pas été vérifiées par le Comité.

Il y a beaucoup à tirer des initiatives stratégiques mises en place par les Forces armées canadiennes (FAC) et les organisations de vétérans, de même que des examens parlementaires sur les BSO et le TSPT qu'ont déjà menés le Sous-comité des anciens combattants du Sénat⁷ et le Comité permanent de la défense nationale de la Chambre des communes⁸. Cela dit, à l'instar des témoins entendus, le Comité est conscient que le travail accompli par les agents de la sécurité publique et les premiers intervenants, de même que les expériences vécues par ceux d'entre eux qui souffrent du TSPT, ont un caractère particulier.

2 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 3 mai 2016 (Lori MacDonald, sous-ministre adjointe, Secteur de la gestion des urgences et des programmes, ministère de la Sécurité publique et de la Protection civile).

3 Cabinet du premier ministre, [Lettre de mandat du ministre de la Sécurité publique et de la Protection civile](#).

4 Gouvernement du Canada, « [Le secrétaire parlementaire Michel Picard préside une table ronde nationale sur le trouble de stress post-traumatique](#) », communiqué de presse, 29 janvier 2016.

5 SECU, [Procès-verbal](#), 1^{re} session, 42^e législature, 25 février 2016.

6 La liste des témoins et celle des mémoires se trouvent aux annexes A et B.

7 Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense, Sous-comité des anciens combattants, [Rapport provisoire sur les blessures de stress opérationnel des anciens combattants du Canada](#), juin 2015.

8 Rapport du Comité permanent de la défense nationale, [Soins offerts aux militaires canadiens malades ou blessés](#), 2^e session, 41^e législature, juin 2014; [Pour de meilleurs soins : Services de santé offerts au personnel des Forces canadiennes, en particulier dans le cas des troubles de stress post-traumatique](#), 2^e session, 40^e législature, juin 2009.

Le Comité estime qu'il est possible d'en faire plus pour améliorer la recherche fondée sur des données probantes et l'échange d'information sur les meilleures pratiques parmi les ministères et organismes. Il sait que la majorité des agents de la sécurité publique sont des fonctionnaires provinciaux travaillant dans les trois services d'intervention (services d'incendie, d'ambulanciers paramédicaux et d'application de la loi), mais croit que cela n'éclipse pas l'importance et la nécessité d'un leadership fédéral et d'un partenariat efficace entre les ordres de gouvernement.

Le Comité espère que le présent rapport et les recommandations qu'il contient aideront à guider les travaux de Sécurité publique Canada, qui cherche à définir la question et à établir un plan national sur l'évaluation, le traitement et les soins à long terme des BSO chez les agents de la sécurité publique et des premiers intervenants⁹.

A. Nécessité de prendre en compte la particularité du milieu de travail des agents de la sécurité publique

Tous les témoins ont souligné l'importance de reconnaître que les agents de la sécurité publique travaillent dans un environnement particulier. Il existe certaines ressemblances dans la manière dont les BSO touchent les membres de Forces armées canadiennes et les anciens combattants, mais il ne faut pas oublier que leur exposition aux traumatismes diffère en réalité. Selon M. Nicholas Carleton, professeur associé au département de psychologie de l'Université de Regina, les agents de la sécurité publique « ont des milieux de travail uniques, où l'exposition à des événements traumatisants est la règle plutôt que l'exception¹⁰ ». Il a expliqué que l'« exposition n'est pas la même pour les agents de la sécurité publique et le personnel militaire – elle n'est ni meilleure ni pire, seulement différente. Nos agents de la sécurité publique sont déployés au pays dans un milieu où l'incertitude est constante, souvent pendant des décennies¹¹ ».

Par ailleurs, il est essentiel de reconnaître et de comprendre que les diverses professions des agents de la sécurité publique ont certes des points en commun, mais comportent aussi des particularités et des difficultés particulières à chacune. Les témoignages ci-dessous provenant d'agents de la sécurité publique illustrent la complexité des rôles exercés et des difficultés quotidiennes.

9 Gouvernement du Canada, « [Le secrétaire parlementaire Michel Picard préside une table ronde nationale sur le trouble de stress post-traumatique](#) », communiqué de presse, 29 janvier 2016.

10 SECU, *Témoignages*, 1^{re} session, 42^e législature, 22 mars 2016 (Nicholas Carleton, professeur associé, département de psychologie, Université de Regina, à titre personnel).

11 *Ibid.*

Nous sommes des premiers intervenants dans le véritable sens du terme. Nous sommes à la fois des ambulanciers paramédicaux, des agents de police et des pompiers à l'intérieur des murs des prisons fédérales canadiennes [...] Nous devons souvent compenser pour l'absence de personnel infirmier après les heures normales de travail et les fins de semaine. Nous sommes les premiers intervenants dans les cas de tentative de suicide et d'urgence médicale [...] En milieu correctionnel, où les taux de maladies infectieuses sont plus élevés que partout ailleurs au pays, il revient aux agents correctionnels de prodiguer la RCR aux détenus en détresse, à seulement quelques centimètres de leur visage, habituellement couvert de liquides corporels. De toute évidence, nous sommes les agents de la sécurité publique les plus négligés, qui œuvrent au sein d'un système que la plupart des Canadiens préféreraient oublier. Malheureusement, les effets traumatisants de notre travail ne sont pas souvent reconnus.

Jason Godin, président du Syndicat des agents correctionnels du Canada,
12 mai 2016

Nous sommes les premiers arrivés dans pratiquement toutes les situations d'urgence; nous n'avons qu'à penser à un incendie dans un bâtiment, à un accident sur l'autoroute, à un appel médical urgent, à un incident impliquant des matières dangereuses ou à toute autre urgence [...] Tout le monde sait que combattre les incendies est une profession dangereuse et exigeante physiquement et que les pompiers souffrent davantage d'accidents de travail et de maladies professionnelles. Les exigences psychologiques liées à la profession sont moins connues, y compris les répercussions d'une exposition régulière à des scènes et à des images insoutenables que n'importe qui trouverait perturbantes et pénibles.

Scott Marks, adjoint au président général, Bureau canadien, Association internationale des pompiers, 12 mai 2016

Je pense que ce qui rend les ambulanciers paramédicaux uniques, c'est qu'ils établissent des liens avec leurs patients. Il y a aussi le contexte émotionnel, qui souvent n'est pas présent chez les pompiers [...] C'est à cela que je pense quand je parle de relation unique. Il se crée souvent un attachement émotionnel, ou peut-être un détachement, selon le point de vue qu'on adopte. Nous nous sentons engagés émotivement dans le traitement de nos patients. Dans le cadre de nos interventions, il y a des hauts et des bas. Je crois que cela ajoute à la complexité de notre travail et le rend unique. Nous ne sommes pas meilleurs que quiconque, mais notre situation est différente.

Pierre Poirier, directeur général de l'Association des paramédics du Canada,
10 mai 2016

En ce qui concerne les premiers intervenants autochtones du Canada, il faut savoir que les personnes qu'ils sont appelés à secourir sont très souvent de proches parents, des amis ou à tout le moins des connaissances. Nos communautés autochtones sont « tricotées serrées » et tous s'y connaissent généralement. Cela ajoute assurément aux blessures psychologiques que subissent et que subiront les intervenants.

Richard Kent, président de l'Association des pompiers autochtones du Canada,
17 mai 2016

Le travail qu'effectuent les agents correctionnels et les incidents auxquels ils sont confrontés continuellement sont sensationnels et faciles à comprendre, alors que les effets cumulatifs complexes des traumatismes que vivent les agents de libération conditionnelle et les agents de programme sont insidieux et difficiles à définir [...] Même s'il y a toujours un risque pour la sécurité physique, la plupart des traumatismes sont attribuables aux effets cumulatifs qu'entraîne le fait de prendre connaissance de tous les détails des actes violents perpétrés par des contrevenants. En lisant ces comptes rendus, les employés que nous représentons deviennent des témoins de viols, d'agressions, de violence et de meurtres. Les agents de libération conditionnelle, comme beaucoup d'autres employés que les SESG représentent et qui travaillent à la GRC et dans d'autres organismes, passent la plupart de leurs journées à lire des comptes rendus détaillés d'actes horribles perpétrés par une personne à l'endroit de sa victime. Ces comptes rendus sont truffés de descriptions horribles et explicites des blessures physiques et psychologiques infligées à des personnes, y compris de jeunes enfants. Les agents de libération conditionnelle lisent également les déclarations de la victime et revivent les actes du point de vue de la victime.

David Neufeld, vice-président du Syndicat des employé-e-s du Solliciteur général,
17 mai 2016

B. Nécessité d'utiliser une terminologie claire et uniforme pour le terme « agent de la sécurité publique »

Les témoignages rendus par les agents de la sécurité publique et les premiers intervenants au cours de l'étude ont montré à quel point la question des définitions peut avoir de multiples incidences sur les ministères et organismes fédéraux qui jouent un rôle en matière de protection des frontières, d'application de la loi, de sécurité nationale et de services correctionnels, ainsi que sur les gouvernements provinciaux et les administrations municipales et le milieu d'intervention d'urgence en général. Des témoignages, il appert que la définition d'agent de la sécurité publique devra comprendre un plus large éventail de professions.

L'ampleur de la définition convenue importe, car en fin de compte elle aura une incidence sur l'accès au traitement pour les agents de la sécurité publique et les premiers intervenants. Pour son étude, le Comité a donc décidé d'adopter une définition plus large du terme « agent de la sécurité publique », qui englobe toute personne exerçant des fonctions ou des tâches liées à la sécurité publique. La définition s'applique ainsi aux premiers intervenants, de même qu'aux agents de libération conditionnelle et aux agents de programmes, aux répartiteurs et aux personnes qui côtoient et appuient les agents de la sécurité publique.

Lors de sa Table ronde ministérielle sur le TSPT, Sécurité publique Canada a indiqué que le terme « agent de la sécurité publique » est « employé dans un sens large pour désigner le personnel de première ligne chargé d'assurer la sécurité des Canadiens; il englobe les trois services d'intervention d'urgence (incendie, police et services médicaux d'urgence), le personnel de recherche et de sauvetage, les agents des services correctionnels, les agents des services frontaliers, les agents du renseignement opérationnel et les gestionnaires autochtones des mesures d'urgence¹² ».

Le terme « agent de la sécurité publique » n'apparaît dans aucune loi fédérale. À l'échelon fédéral, une terminologie plus générale est utilisée. Ainsi, à l'article 2 de la *Loi d'interprétation*, le terme « fonctionnaire public » s'entend de tout « agent de l'administration publique fédérale dont les pouvoirs ou obligations sont prévus par un texte¹ ». On trouve une définition de ce terme à l'article 2 du *Code criminel* (le « Code »). Ce même article du *Code* définit également le terme « agent de la paix » de manière non exhaustive de sorte qu'il comprend les personnes à qui il incombe de préserver et de maintenir la paix publique. Par ailleurs, le terme « agent de la sécurité publique » figure dans les lois de la Nouvelle-Écosse, par exemple la loi sur les véhicules automobiles. Le terme « premier intervenant » a été défini de manière plus ou moins précise dans les

12 Document remis au Comité le 3 mai 2016, Table ronde ministérielle sur le trouble de stress post-traumatique au sein des agents de la sécurité publique, 29 janvier 2016; voir aussi la réponse écrite de Sécurité publique Canada envoyée au Comité le 22 août 2016 en réponse à une question soulevée lors de la réunion du 3 mai 2016 : « Dans le contexte de TSPT, la définition du terme « agents de la sécurité publique », englobe tous ceux et celles qui assurent la sécurité des Canadiens, incluant :

- policiers
- ambulanciers paramédicaux
- pompiers (y compris les pompiers volontaires)
- agents de la Gendarmerie royale du Canada
- agents des services correctionnels
- agents des services frontaliers
- agents opérationnels et agents du renseignement
- officiers de la Garde côtière
- spécialistes en recherche et sauvetage (y compris les spécialistes volontaires)

En consultant les intervenants clés, y compris ceux des milieux de la sécurité publique et de l'enseignement, de même que les provinces et territoires, Sécurité publique Canada examinera s'il y a lieu d'ajouter d'autres groupes, dans le contexte de TSPT. »

lois et projets de loi provinciaux lorsque le diagnostic de TSPT est présumé lié au travail (voir l'annexe C).

Par exemple, David Neufeld, vice-président du Syndicat des employé-e-s du Solliciteur général, a expliqué qu'à l'exception des agents de correction, il y a « environ 7 000 employés qui travaillent au sein du Service correctionnel du Canada, dans les pénitenciers fédéraux et ailleurs. Il s'agit de milliers d'agents de libération conditionnelle, d'agents de programme, d'enseignants, d'agents de liaison autochtones, d'ouvriers, de commis, de gestionnaires de cas et bien d'autres¹³. » Il a ajouté que « plusieurs milliers d'autres fonctionnaires, notamment les analystes du registre national de délinquants sexuels [...] sont exposés quotidiennement aux pires cas d'agressions sexuelles; les commis à la transcription, dont le travail quotidien consiste à lire et à transcrire les déclarations et le contenu des dossiers concernant les contrevenants et les crimes qu'ils ont commis¹⁴ ».

Compte tenu de ce qui précède, le Comité croit que la définition établie par Sécurité publique Canada devrait être élargie afin de s'appliquer notamment aux répartiteurs, aux agents de libération conditionnelle, aux agents de programmes et aux autres employés de Service correctionnel du Canada. En outre, le Comité invite Sécurité publique Canada, dans la poursuite de son travail sur la question, non seulement à reconnaître que les agents de la sécurité publique sont touchés, mais aussi à prendre en compte ceux qui les côtoient et les appuient au quotidien. Par conséquent, le Comité énonce les deux recommandations qui suivent :

Recommandation 1

Le Comité recommande que Sécurité publique Canada envisage de définir plus largement le terme « agent de la sécurité publique » de sorte qu'il vise non seulement les pompiers, les policiers (notamment les membres de la Gendarmerie royale du Canada), les ambulanciers paramédicaux, les agents correctionnels, les agents des services frontaliers et les gestionnaires autochtones des mesures d'urgence, mais aussi les employés de Service correctionnel du Canada (notamment les agents de libération conditionnelle et les agents de programmes) et les répartiteurs, et que Sécurité publique Canada prenne en compte les particularités de chaque groupe.

13 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 17 mai 2016 (David Neufeld, vice-président, Syndicat des employé-e-s du Solliciteur général).

14 *Ibid.*

Recommandation 2

Le Comité recommande que, lors de l'élaboration et de la mise en œuvre de la stratégie nationale sur les blessures de stress opérationnel, Sécurité publique Canada reconnaisse que d'autres membres du personnel d'urgence qui côtoient et appuient les agents de la sécurité publique peuvent aussi être victimes de blessures de stress opérationnel et devraient faire partie de la stratégie nationale.

C. Nécessité de définir de façon claire et cohérente les blessures de stress opérationnel

Les FAC et les organisations de vétérans jettent les bases des BSO et du TSPT depuis 15 ans¹⁵. En fait, le terme « blessure de stress opérationnel » a été créé au Canada en 2001 par le lieutenant-colonel (à la retraite) Stéphane Grenier, fondateur du Programme de soutien social aux blessés de stress opérationnel (SSBSO), afin que les « blessures mentales » soient reconnues au même titre que les blessures physiques et ainsi aider à combattre les préjugés associés aux problèmes de santé mentale¹⁶ ». Le D^r Jitender Sareen, professeur de psychiatrie à l'Université du Manitoba, a expliqué au Comité qu'« Anciens Combattants Canada définit les BSO comme « tout problème psychologique persistant découlant de l'exercice de fonctions dans les Forces armées canadiennes ou la Gendarmerie royale du Canada¹⁷ ». M. Carleton a expliqué qu'il s'agit d'« un terme très général qui englobe une variété de choses : l'état de stress post-traumatique, certes, mais aussi la dépression, la toxicomanie et les troubles paniques, pour ne nommer que celles-là¹⁸ ».

Les discussions et les débats se poursuivent dans le milieu médical au sujet du TSPT, de son diagnostic et de son traitement, et il faut encore établir des lignes directrices de pratique clinique au Canada. En l'absence de celles-ci, les médecins se fondent sur les lignes directrices internationales, ce qui peut créer des disparités dans la norme de soins au pays.

Des témoins ont expliqué au Comité que les principales composantes du TSPT sont : vivre un événement stressant ou en être témoin; revivre les symptômes ressentis durant l'événement, sous forme de cauchemars ou de flashbacks par exemple; tenter d'éviter des situations, des endroits ou des personnes qui rappellent l'événement

15 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 10 mars 2016 (Jitender Sareen, professeur de psychiatrie, Université du Manitoba, à titre personnel).

16 Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense, Sous-comité des anciens combattants, [Rapport provisoire sur les blessures de stress opérationnel des anciens combattants du Canada](#), juin 2015, p. 2.

17 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 10 mars 2016 (Jitender Sareen).

18 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 22 mars 2016 (Nicholas Carleton).

traumatisant; présenter des symptômes d'hyperexcitation, comme l'irritabilité, des problèmes de concentration et des troubles du sommeil¹⁹.

L'ESPT [état de stress post-traumatique] fait partie des BSO liées au service militaire les mieux connues. Selon le D^r Greg Passey [de la British Columbia Operational Stress Injury Clinic], les recherches révèlent que de 5 à 15 % des militaires qui reviennent de mission sont touchés par l'ESPT. Le problème avec cet état, explique-t-il, c'est que la partie supérieure du cerveau, qui est habituellement associée à la pensée logique, au comportement rationnel et au langage, « n'exerce plus aucun contrôle ». C'est plutôt la partie inférieure du cerveau, qui « a pour fonction de nous garder en vie, de lutter contre le danger ou de nous inciter à le fuir » (les émotions) qui prend le dessus²⁰.

Outre le contexte militaire, des témoins ont fait valoir qu'« [u]n Canadien sur 10 développera un TSPT [trouble de stress post-traumatique], mais ce nombre est deux fois plus élevé chez les premiers intervenants en raison du risque d'exposition quotidienne aux facteurs de stress traumatiques²¹ ». Ce constat concorde avec les estimations mentionnées dans l'introduction, selon lesquelles le TSPT touchera de 10 à 35 % des premiers intervenants.

Le taux de suicide des premiers répondants est aussi élevé. Entre le 29 avril et le 31 décembre 2014, 27 premiers répondants se sont enlevé la vie. En mars 2015, ce nombre était passé à 40 au Canada. C'est un problème croissant et urgent auquel nous devons trouver une solution²².

Louise Bradley, présidente-directrice générale de la Commission de la santé mentale du Canada, a insisté sur l'importance de reconnaître que « les préoccupations des agents de la sécurité publique en matière de santé mentale ne se limitent pas au trouble de stress post-traumatique. Elles visent tout un éventail de problèmes, allant de la dépression et des troubles somatiques et psychosomatiques à la fatigue chronique, à l'alcoolisme et à la toxicomanie [...] le taux de suicide est environ 30 % plus élevé que celui des autres groupes témoins²³. » Tom Stamatakis, président de l'Association canadienne des policiers, a fait remarquer que « [l]a pire conséquence de ce phénomène est évidemment le suicide, mais elle est loin d'être la seule²⁴ ». Donna Ferguson, psychologue au Centre de toxicomanie et de santé mentale, a expliqué que le TSPT « perturbe le fonctionnement social et professionnel ainsi que d'autres sphères de la

19 D^r Jitender Sareen, FRCPC, « Trouble de stress post-traumatique chez les adultes : l'impact, comorbidité, facteurs de risque, et traitement », *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 59, n^o 9, septembre 2014, p. 460–467 (document de référence remis au Comité par D^r Sareen, 10 mars 2016).

20 Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense, Sous-comité des anciens combattants, [Rapport provisoire sur les blessures de stress opérationnel des anciens combattants du Canada](#), juin 2015.

21 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 22 mars 2016, 1205 (Donna Ferguson).

22 *Ibid.*

23 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 10 mars 2016 (Louise Bradley, présidente-directrice générale, Commission de la santé mentale du Canada).

24 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 10 mars 2016 (Tom Stamatakis, président, Association canadienne des policiers).

vie²⁵ ». Comme l'a indiqué M^{me} Bradley, les agents de la sécurité publique et les premiers intervenants ont deux fois plus de problèmes conjugaux²⁶.

Toutefois, les difficultés inhérentes à l'étude de cette question tiennent notamment du fait qu'il n'existe pas une seule cause aux blessures de stress opérationnel et au syndrome de stress post-traumatique chez les premiers intervenants. Dans certains cas, il s'agit d'un événement traumatisant, qui est souvent suivi d'une analyse intense de la part de superviseurs, de médias et de la population en général, qui bénéficient tous d'un temps de réflexion satisfaisant. Dans d'autres cas, il s'agit d'un traumatisme découlant d'années d'exposition à certaines des pires circonstances imaginables. Il est presque impossible de prévoir ce phénomène et extrêmement difficile de le prévenir²⁷.

Les événements traumatisants susceptibles de causer des BSO et le TSPT ne sont pas les mêmes pour le personnel militaire, les agents de la sécurité publique et les premiers intervenants. Lori MacDonald, sous-ministre adjointe du Secteur de la gestion des urgences et des programmes à Sécurité publique Canada, a insisté sur le fait qu'il est important de comprendre que « [b]ien que l'origine biologique des blessures de stress opérationnel soit semblable à celle des BSO dont sont atteints les membres des Forces armées canadiennes, les agents de la sécurité publique exercent leurs fonctions dans différents environnements, souvent à proximité des collectivités où ils vivent » et que ces personnes sont sans cesse exposées à des événements traumatiques tout au long de leur carrière²⁸. M. Carleton a le mieux illustré cette distinction entre les différents métiers :

Par exemple, lorsque nous déployons nos militaires en Afghanistan, nous les déplaçons d'une zone sécuritaire à une zone non sécuritaire, puis nous les ramenons dans une zone sécuritaire. Il y a une différence importante entre ce cas de figure et ce que nous faisons avec notre personnel de la sécurité publique ou nos premiers répondants. C'est comme si nous les déployions dans une zone non sécuritaire pendant 25 ou 30 ans. Ils vivent dans un état permanent d'incertitude. Le premier jour, ils seront peut-être en train de prendre un café avec la personne qu'on leur chargera le lendemain d'arrêter, de ressusciter ou de réadapter. En fait, nous les déployons dans leurs propres collectivités, ce qui est très différent comme type d'exposition²⁹.

Le Comité a aussi appris que le TSPT représente un diagnostic officiel, contrairement aux BSO. Le D^{re} Alice Aiken, directrice de l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans, a vivement recommandé au Comité de « penser plus loin qu'au seul syndrome de stress post-traumatique et de focaliser son esprit sur toute la santé mentale³⁰ » :

25 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 22 mars 2016 (Donna Ferguson).

26 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 10 mars 2016 (Louise Bradley).

27 *Ibid.* (Tom Stamatakis).

28 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 3 mai 2016 (Lori MacDonald, sous-ministre adjointe, Secteur de la gestion des urgences et des programmes, ministère de la Sécurité publique et de la Protection civile).

29 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 22 mars 2016 (Nicholas Carleton).

30 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 5 mai 2016 (Alice Aiken, directrice, Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans).

Les recherches démontrent que les antécédents de traumatismes vécus pendant l'enfance peuvent prédisposer une personne au SSPT. Il se peut que des problèmes sous-jacents de santé mentale émergent à la suite de BSO. Je dirais que les BSO englobent plus d'éléments, y compris une condition qui existe déjà ou une cause liée à l'emploi. Je crois que le terme est bel et bien plus vaste, et il ne s'agit pas d'un diagnostic³¹.

Les termes « blessure de stress opérationnel » et « trouble de stress post-traumatique » ont été employés indifféremment durant l'étude du Comité, mais le premier est de plus en plus privilégié chez les agents de la sécurité publique. En fait, en adoptant le terme « blessure de stress opérationnel », on répondrait à la demande de bon nombre de témoins qui ont comparu devant le Comité pour parler des préjugés liés au terme TSPT. Comme l'a indiqué le sous-commissaire Daniel Dubeau, dirigeant principal des ressources humaines à la GRC :

Nous n'utilisons pas le terme « trouble » de stress post-traumatique au sein de la GRC. En fait, nous évitons de l'utiliser. Nous parlons plutôt d'une « blessure ». En réalité, il s'agit d'une blessure de stress opérationnel et non pas d'un trouble. Autrement, cela constituerait un stigmate pour les personnes concernées³².

En fait, un grand nombre des participants à la Table ronde ministérielle ont exprimé « le désir de remplacer le terme TSPT, qui selon eux contribue à nourrir des préjugés défavorables, par celui de “blessures de stress opérationnel (BSO)”, qui est plus général et inclusif³³ ».

Puisque Sécurité publique du Canada se penche sur une définition adéquate du problème et l'établissement d'un plan national sur l'évaluation, le traitement et les soins à long terme des BSO chez les agents de la sécurité publique, le Comité invite le Ministère à prendre en considération les recommandations suivantes :

Recommandation 3

Le Comité recommande que Sécurité publique Canada considère que le trouble du stress post-traumatique fasse partie de la problématique de santé plus large des blessures de stress opérationnel et qu'il soit défini comme étant un problème psychologique persistant découlant de l'exercice de fonctions d'agents de la sécurité publique, de même que d'autres problèmes de santé mentale tels que la dépression et la toxicomanie.

31 *Ibid.*

32 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 10 mai 2016 (Daniel Dubeau, sous-commissaire, dirigeant principal des ressources humaines, Gendarmerie royale du Canada).

33 Document remis au Comité le 3 mai 2016, Table ronde ministérielle sur le trouble de stress post-traumatique au sein des agents de la sécurité publique, 29 janvier 2016.

Recommandation 4

Le Comité recommande que Sécurité publique Canada travaille de concert avec Anciens Combattants Canada, le ministère de la Défense nationale et les Forces armées canadiennes ainsi que Santé Canada afin d'élaborer une définition claire, cohérente et exhaustive des blessures de stress opérationnel, qui regroupe à la fois les maladies diagnostiquées et d'autres maladies, et que cette définition soit établie en collaboration avec des experts médicaux et selon les normes internationales.

D. Nécessité de recueillir des données

Les études et les données sur le TSPT chez les militaires ont 15 ans d'avance sur celles portant sur les agents de la sécurité publique. Cette avance pourrait être attribuable en partie à la culture même du milieu dans lequel évoluent ces derniers et les premiers intervenants. M^{me} Ferguson a expliqué que « [c]ertaines personnes ont encore beaucoup de difficulté à parler de leur santé mentale », et encore plus pour « les premiers répondants dont le travail leur demande d'être inébranlables en tout temps³⁴ ».

Les premiers répondants font partie d'une culture qui accepte mal la faiblesse. Nombreux sont ceux qui croient que le travail passe en premier et que leurs vies, leurs sentiments et leurs familles arrivent deuxièmes. Cette attente est accompagnée d'une très forte pression exercée sur les personnes qui sont régulièrement les témoins d'effondrements, de destructions, de décès et de carnages³⁵.

Des témoins ont expliqué que les gens hésitent à s'avancer en raison des préjugés. « Les gens savent que c'est de l'information personnelle, de l'information privée, et ils ne veulent pas que cela se sache³⁶. » Par conséquent, il y a peu très d'information sur le problème, notamment sur l'incidence et la prévalence des BSO parmi les agents de la sécurité publique. Selon les explications du D^r Sareen, malgré une hausse de la sensibilisation aux BSO dont souffrent les agents de la sécurité publique, « nous ne disposons pas d'information canadienne de qualité sur la prévalence, la prévention et le traitement de ces troubles dans le milieu particulier qu'est le Canada³⁷. » Il a ajouté qu'une grande partie de nos connaissances proviennent des États-Unis et d'autres pays³⁸. De nombreux témoins ont corroboré son témoignage. L'Association internationale des pompiers, par exemple, a expliqué au Comité qu'il existe des lacunes dans les statistiques sur la santé et le mieux-être des pompiers comparativement à ce qui se fait aux États-Unis³⁹.

34 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 22 mars 2016 (Donna Ferguson).

35 *Ibid.*

36 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 3 mai 2016 (Lori MacDonald).

37 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 10 mars 2016 (Jitender Sareen).

38 *Ibid.*

39 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 12 mai 2016 (Scott Marks, adjoint au président général, Bureau canadien, Association internationale des pompiers).

De nombreux témoins ont déploré le manque de données et de recherches sur les BSO et le TSPT chez les agents de la sécurité publique au Canada. Même si le Comité a obtenu des données statistiques, il est très difficile d'en tirer un portrait représentatif ou des conclusions. Néanmoins, des agents de la sécurité publique ont fourni les statistiques suivantes, qui proviennent d'enquêtes menées au pays :

- L'Ontario compte quelque 8 000 ambulanciers paramédicaux, et certaines études prévoient que 22 % d'entre eux souffriront de TSPT ou de BSO. On estime en outre que plus de 1 700 d'entre eux sont présentement aux prises avec des BSO⁴⁰.
- Un sondage du Syndicat des policiers de Vancouver a révélé que « plus de 30 % de [ses] membres répondent aux critères de diagnostic clinique du syndrome de stress post-traumatique ». Des sondages « réalisés auprès d'autres corps policiers d'envergure au Canada par l'Association canadienne des policiers révèlent des résultats semblables⁴¹ ».
- « Par exemple, grâce aux enquêtes que nous avons menées, nous savons qu'environ 36 % des agents correctionnels de sexe masculin souffrent d'un trouble de stress post-traumatique. À l'autre bout du spectre, nous avons les policiers, avec 7 %, mais les chiffres varient selon l'étude ou l'enquête qui a été réalisée⁴². »
- Les pompiers sont vulnérables ou sont plus susceptibles de souffrir du TSPT, « étant donné qu'[ils sont] constamment exposés à des circonstances traumatisantes au sein de nos collectivités. Même si les statistiques en ce qui a trait [au TSPT] et aux premiers répondants sont limitées, les données montrent que [le TSPT] touche de 15 à 20 % des pompiers⁴³ ».

Le Comité convient avec les témoins qu'il faut des données précises sur la prévalence, la prévention et le traitement des BSO chez les agents de la sécurité publique. Comme l'a dit le D^r Sareen, « on ne peut orienter une politique en l'absence de chiffres précis⁴⁴. » De l'avis du Comité, le manque de données vient étayer la tenue d'une enquête sur la prévalence des troubles mentaux chez les agents de la sécurité publique. En outre, il faudrait recueillir des données sur la prévalence, la prévention et le traitement à l'échelle nationale, dont la coordination serait assurée par un institut central.

40 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 10 mai 2016 (Randy Mellow, président, Chefs Paramédics du Canada).

41 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 10 mars 2016 (Tom Stamatakis).

42 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 3 mai 2016 (Lori MacDonald).

43 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 12 mai 2016 (Scott Marks).

44 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 10 mars 2016 (Jitender Sareen).

E. Autres besoins particuliers en matière de recherche

1. Traumatismes répétés et suicides

Il ressort également de l'étude du Comité qu'il faut faire d'autres recherches et obtenir plus de données sur l'exposition à des traumatismes répétés et le suicide. Le Comité a appris qu'il est difficile de déterminer le nombre exact de suicides parmi les agents de la sécurité publique, et de ce nombre, lesquels sont liés au travail. Par exemple, Don Head, commissaire du Service correctionnel du Canada, a informé le Comité que l'an dernier, 27 employés et ex-employés se sont suicidés ou ont tenté de le faire⁴⁵. Des 27 agents de correction en question, 12 se sont enlevé la vie, dont 7 qui étaient en poste. Lorsqu'on lui a demandé s'il était possible d'établir un lien causal avec son expérience de travail, M. Head, comme d'autres témoins, a expliqué qu'il n'était pas possible de le faire de manière définitive dans tous les cas.

Des témoins ont également fait remarquer au Comité que les entrevues concernant les cas de suicide qui sont accordées aux médias dans un objectif de sensibilisation devraient suivre les lignes directrices déjà en place sur la couverture médiatique; en effet, l'important est de ne pas « glorifier » les cas afin de ne pas pousser d'autres personnes sur la même voie. M^{me} Ferguson a expliqué au Comité qu'au moment de se préparer à une entrevue à la suite d'un suicide, il faut réfléchir à la façon de « faire connaître le sujet et [d']informer les gens sur les TSPT ou les troubles mentaux et les suicides ». Elle a fait observer qu'il faut faire preuve de prudence dans de telles situations⁴⁶.

Le Comité estime que le manque d'études et de données sur l'exposition à des traumatismes répétés et le suicide vient étayer la tenue d'une enquête sur la prévalence des troubles mentaux afin de bien établir les tendances, les causes et les effets liés au TSPT chez les agents de la sécurité publique, notamment les conséquences de l'exposition à des traumatismes répétés.

2. Consommation de substances pour obtenir un soulagement temporaire

Le Comité a entendu que les personnes souffrant du TSPT peuvent parfois consommer des drogues illicites, de l'alcool ou de la marijuana à des fins médicales pour obtenir un soulagement immédiat ou temporaire de leurs symptômes. M. Paul Frewen, professeur et psychologue à l'Université Western Ontario, a expliqué que les gens consomment des drogues récréatives pour se soigner eux-mêmes, en raison des effets qu'elles ont sur le système nerveux. Elles « ont divers effets dissociatifs [...] notamment la suppression de la mémoire et de la détresse immédiate et à court terme⁴⁷ ».

45 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 10 mai 2016 (Don Head, commissaire, Service correctionnel du Canada).

46 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 22 mars 2016 (Donna Ferguson).

47 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 5 mai 2016 (Paul Frewen, professeur, psychologue, Département de psychiatrie, Université Western Ontario, à titre personnel).

Il a également été question de la consommation de marijuana à des fins médicales pour soulager les symptômes. Des témoins, comme la D^{re} Aiken et M. Zul Merali, président et directeur général de l'Institut de recherche en santé mentale du Royal, ont indiqué qu'il n'existe pas d'études à grande échelle sur la marijuana à des fins médicales. À leur avis, à l'heure actuelle, c'est « le soulagement temporaire des symptômes que les gens recherchent, faute d'un traitement convenable⁴⁸ ». Lorsqu'il a témoigné devant le Comité, le D^r Sareen a expliqué que les données semblent indiquer « que la consommation de marijuana peut, dans les faits, aggraver les symptômes de TSPT » et « qu'aucun guide de pratique clinique ne préconise le recours à la marijuana à des fins médicales pour traiter le TSPT⁴⁹ ».

Selon le D^r Sareen, il serait important d'étudier « soigneusement les effets de la marijuana et de la marijuana consommée à des fins médicales sur le TSPT, non seulement à court terme, mais aussi à long terme⁵⁰ ». Par ailleurs, comme l'a mentionné M^{me} Judith Pizarro Andersen, directrice du Health Adaptation Research on Trauma Lab à l'Université de Toronto, les prochaines recherches dans le domaine devraient reposer sur des données biologiques objectives sur la consommation de marijuana comme traitement. « Si nous voulons savoir si la marijuana traite les symptômes, nous ne pouvons pas nous baser uniquement sur des auto-évaluations⁵¹. »

F. Nécessité d'élaborer une stratégie de recherche globale sur la prévention, la sensibilisation, le dépistage, l'intervention et le traitement

Les effets du TSPT sont omniprésents. Ils touchent non seulement la personne qui en est atteinte, mais aussi les collègues, la famille et les amis. M^{me} MacDonald a fait l'analogie suivante pour illustrer le problème :

Lorsqu'une personne souffre d'un trouble de stress post-traumatique, les répercussions ne touchent pas qu'elle, mais aussi son entourage. Si vous lancez un caillou dans l'eau, vous allez créer des rides concentriques qui se propageront sur une bonne distance. Il n'est pas rare de voir l'état des personnes qui souffrent d'un trouble de stress post-traumatique avoir des répercussions sur leur femme, leurs enfants ou toute autre personne qui gravite autour d'elles. La prévention doit donc aussi tenir compte de cet entourage⁵².

48 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 5 mai 2016 (Zul Merali, président et directeur général, Institut de recherche en santé mentale du Royal et le Réseau canadien de recherche et intervention sur la dépression, à titre personnel).

49 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 10 mars 2016 (Jitender Sareen).

50 *Ibid.*

51 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 22 mars 2016, 1215 (Judith Pizarro Andersen, professeure adjointe, Département de psychologie, Faculté de médecine affiliée; directrice, Health Adaptation Research on Trauma Lab, Université de Toronto, à titre personnel).

52 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 3 mai 2016 (Lori MacDonald).

Pour cette raison, les stratégies de prévention ne devraient pas tenir compte seulement de la personne concernée au premier chef. Elles devraient faire partie d'un continuum de soutien offert également aux personnes qui risquent d'être touchées⁵³.

Ainsi, les collègues d'un employé en congé de maladie en raison du TSPT ne devraient être obligés d'assumer une charge de travail supplémentaire. L'employé, pour sa part, devra avoir l'assurance qu'il ne laisse pas ses collègues dans le pétrin et qu'ils n'auront pas à travailler deux fois plus fort à cause d'une vacance au sein de l'unité⁵⁴.

Des témoins ont signalé l'importance particulière de la prévention et de la sensibilisation en milieu de travail. Il faut encourager à cette fin le maintien de milieux de travail respectueux, et inciter les employeurs à fournir de la formation systématique⁵⁵ et du soutien par les pairs. Selon le D^r Jakov Shlik, directeur clinique, Clinique des traumatismes de stress opérationnel du Service de santé Royal Ottawa, le soutien par les pairs est extrêmement utile et il a grand besoin qu'on lui donne plus de poids⁵⁶.

La D^{re} Ruth Lanius, professeure de psychiatrie à l'Université Western Ontario, a expliqué que la sensibilisation devait se faire au moyen d'une « approche descendante⁵⁷ ». Tant les employeurs que les employés devraient être sensibilisés aux conséquences du travail. Cette façon de faire incite les employés à s'auto-identifier et favorise une intervention précoce.

Au cours de l'étude, il a également été question du dépistage des troubles de santé mentale au moment du recrutement. En effet, le dépistage pourrait contribuer à déceler les personnes susceptibles de souffrir du TSPT. Un continuum de soutien pourrait ainsi être mis en place pour aider une telle personne à accroître sa résilience. Selon un témoignage, le Royaume-Uni a mené une étude à grande échelle sur des militaires ayant spécifiquement fait l'objet d'un examen de dépistage pour évaluer, grâce à divers outils de dépistage comme les cas de traumatismes vécus durant l'enfance, la « probabilité » qu'ils souffrent du TSPT. Ceux qui risquaient d'en souffrir n'ont pas été autorisés à être déployés avec leur unité. Ils étaient cependant plus susceptibles d'en être atteints étant donné qu'ils avaient été séparés de leur unité⁵⁸.

Un autre témoin a parlé des dispositifs de dépistage biologique lors du recrutement d'employés pour déterminer lesquels sont le plus à risque. À titre d'exemple, des tests menés sur certaines personnes ont indiqué qu'elles manifestaient un stress extrêmement élevé pendant toute la journée, risquant ainsi d'avoir non seulement des BSO, mais aussi d'autres problèmes de santé. Le témoin a expliqué au Comité que le recours aux

53 *Ibid.*

54 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 10 mars 2016 (Tom Stamatakis).

55 *Ibid.* (Jitender Sareen).

56 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 10 mars 2016 (Jakov Shlik, directeur clinique, Clinique des traumatismes de stress opérationnel, Service de santé Royal Ottawa).

57 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 3 mai 2016 (Ruth Lanius, professeure de psychiatrie, Université Western Ontario).

58 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 5 mai 2016 (Alice Aiken).

dispositifs de dépistage biologique lors du recrutement d'employés fait toujours l'objet d'un débat. « [O]n ne peut pas refuser un emploi à une personne en raison de son rythme cardiaque très élevé ou pour une autre raison semblable sans soulever des préoccupations éthiques⁵⁹. »

Je crois que si on s'abstenait de le faire au moment du recrutement, on pourrait le faire au début de l'entraînement. On pourrait tenter de personnaliser les interventions en fonction des caractéristiques psychologiques. Si ce n'était pas possible, on pourrait alors recommander que la personne choisisse un emploi différent, peut-être au sein du service policier, mais pas dans le service de première ligne⁶⁰.

Un témoin a expliqué que, pour savoir si la recherche et la technologie peuvent aider à déterminer l'existence d'une prédisposition, il faudrait mener une étude longitudinale qui recueillerait pendant de nombreuses années des données sur les paramètres d'origine biologique, psychologique et cérébrale des gens afin d'en vérifier l'exactitude pour établir quels sont ceux qui développent le TSPT⁶¹.

De l'avis du Comité, faire subir des tests de dépistage à une personne pour savoir si elle est susceptible de souffrir d'une maladie mentale soulève des questions d'éthique et de protection de la vie privée. Bien que l'intention générale soit d'aider les personnes visées à accroître leur résilience grâce à des interventions ciblées, à de la sensibilisation et à de l'entraînement, le peu de témoignages entendus n'incite pas le Comité à formuler une recommandation en ce sens. Il estime toutefois justifié de mener plus de recherches sur la question.

M. Stamatakis a noté que les solutions à l'égard du TSPT chez les agents de la sécurité publique n'ont pas nécessairement à venir du gouvernement fédéral. Il a expliqué qu'il ne faut « pas oublier le rôle que jouent les politiques et les pratiques organisationnelles dans ce dossier⁶² ». Des témoins ont expliqué qu'il peut y avoir, dans un même lieu de travail, différents facteurs de stress organisationnel et que, même s'ils sont à distinguer des événements traumatisants, ces facteurs ont un effet aggravant. Ils ont donné les exemples suivants :

- dans le milieu correctionnel : les quarts de travail et les rôles conflictuels, c'est-à-dire la sécurité par opposition à la prestation de soins⁶³;
- dans le milieu policier : le travail excessif d'une semaine à l'autre; par exemple, des agents font entre 10 et 20 heures supplémentaires, en plus des 40 heures habituelles⁶⁴;

59 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 22 mars 2016, 1215 (Judith Pizarro Andersen).

60 *Ibid.*

61 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 5 mai 2016 (Zul Merali).

62 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 10 mars 2016 (Tom Stamatakis).

63 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 12 mai 2016 (Jason Godin, président, Syndicat des agents correctionnels du Canada).

64 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 10 mars 2016 (Tom Stamatakis).

- dans le milieu pompier : la composition du service d'urgence lui-même peut s'avérer un défi; il existe des services à temps plein, mais aussi des services composites et volontaires. Dans certains cas, les services volontaires n'ont pas les ressources nécessaires pour administrer correctement les programmes de soutien et le manque de personnel, comme on peut l'imaginer, exclut la possibilité de prise en charge par les pairs⁶⁵.
- dans le milieu paramédical : l'âge de la population soignée entraîne une hausse de la demande, tant en ce qui concerne le nombre d'appels que le niveau plus élevé de soins; et le travail des paramédics est, « comparativement aux autres premiers intervenants, l'une des professions les plus réglementées⁶⁶.

Le Comité apprécie que le milieu policier tente de s'éloigner des structures organisationnelles qu'on dit propices au stress. Il croit cependant qu'on peut en faire plus. Dans la mesure du possible, il faudrait prévenir les BSO et le TSPT au moyen d'une approche collective, c'est-à-dire par le biais de politiques et de stratégies réfléchies. Nous devons aussi veiller à ce que les BSO et le TSPT soient diagnostiqués le plus rapidement possible chez les agents de la sécurité publique, et à ce que ceux qui en souffrent reçoivent tout le soutien dont ils ont besoin pour demeurer productifs et continuer de s'épanouir dans leur vie professionnelle et privée.

Pour sa part, Randy Mellow, président, Chefs Paramédics du Canada, a fait valoir que le continuum de soutien devrait être axé sur le bien-être général de la personne⁶⁷. Il devrait comprendre de la sensibilisation dès le recrutement, de l'entraînement à la résilience et d'autres programmes touchant, par exemple, la relation entre l'exposition et la réaction, la préparation de la retraite et la réintégration de l'effectif dans un rôle autre que celui de premier intervenant.

Les témoignages entendus viennent étayer la nécessité d'avoir une stratégie de recherche globale visant des interventions en matière de prévention, de sensibilisation, de dépistage et de traitement. De l'avis du Comité, une telle stratégie permettrait d'améliorer la vie des agents de la sécurité publique, de leurs collègues et de leurs familles. La recherche pourrait être menée à l'échelle nationale, puis diffusée aux agents de la sécurité publique et communiquée aux administrations responsables de la sécurité publique.

Le besoin d'estimer les coûts et le fardeau économique de la situation ont également retenu l'attention du Comité. Il a été mentionné que le Canada n'a pas d'estimations exactes du coût des BSO. Une grande partie de nos connaissances à cet égard provient d'autres pays qui ont calculé les coûts des soins de santé et qui les ont

65 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 12 mai 2016 (Paul Boissonneault, président, chef de pompier, Service d'incendie du Comté de Brant, Association canadienne des chefs de pompiers).

66 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 10 mai 2016 (Randy Mellow).

67 *Ibid.*

jugés importants; les montants payés en prestations d'invalidité sont énormes⁶⁸. Cela peut être dû au fait que « [l]es personnes souffrent et partent en congé d'invalidité. Comme elles n'ont pas accès rapidement aux traitements psychologiques et médicaux nécessaires, elles craignent de retourner au travail parce que leur rendement pourrait être insuffisant. Elles restent donc en congé d'invalidité et sont incapables de reprendre leur emploi⁶⁹. »

VIA Rail Canada inc. agit de manière proactive à cet égard, ce qui lui a permis de réduire considérablement le nombre de demandes de prestations d'invalidité présentées par des conducteurs de locomotive à la suite d'incidents critiques. Il peut s'agir de suicides ou d'accidents à un passage à niveau. Marc Beaulieu, chef, Transport et sécurité, a expliqué que les conducteurs doivent parfois offrir des soins et superviser en attendant l'arrivée des secours. VIA Rail a travaillé avec la Commission canadienne de la santé mentale du Canada et adopté la norme nationale sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail, un ensemble de lignes directrices volontaires visant la promotion de la santé mentale des employés. Les employés peuvent suivre une thérapie et un protocole prévoit un congé immédiat et obligatoire à la suite d'un incident critique. Ils ont aussi droit à deux jours de congé supplémentaires sans explication. Jose Pastor, chef de cabinet, Cabinet du président à VIA Rail Canada inc., a indiqué que, bien que le nombre d'incidents critiques est demeuré stable, le nombre de demandes de prestations d'invalidité et leur durée a connu une réduction considérable, notamment au cours des dernières années⁷⁰.

D'autres facteurs financiers, comme la perte de productivité et le coût des maladies chroniques liées aux BSO, pourraient aussi être examinés. M^{me} Bradley, par exemple, a indiqué que les « pertes de productivité engendrées par » les blessures psychologiques « coûtent chaque année 51 milliards de dollars au Canada⁷¹ ». Pour sa part, M^{me} Pizarro Andersen a expliqué que les BSO et le TSPT sont associés à de lourds coûts en soins de santé, à des maladies physiques et à une mortalité précoce. En fait, « les policiers courent deux ou trois fois plus de risques d'être atteints de maladies chroniques, comme les maladies cardiovasculaires, le diabète et même le cancer, comparativement à la population générale⁷² ».

Le coût du traitement pourrait aussi figurer dans les estimations futures. Des recherches du département américain des Anciens Combattants ont révélé que « le coût des soins de santé pour le traitement d'un premier intervenant souffrant du TSPT s'élève à presque cinq fois le coût du traitement d'un premier intervenant n'en

68 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 10 mars 2016, 1110 (Jitender Sareen).

69 *Ibid.*

70 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 17 mai 2016 (Jose Pastor, chef de cabinet, Cabinet du président, VIA Rail Canada inc.).

71 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 10 mars 2016 (Louise Bradley).

72 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 22 mars 2016 (Judith Pizarro Andersen).

souffrant pas, en raison des frais associés au traitement des maladies physiques et mentales concomitantes⁷³ ».

G. Besoin d'établir un Institut canadien de recherche sur la santé des agents de la sécurité publique, un groupe de travail d'experts et un conseil consultatif qui recueilleront des données, effectueront des recherches, favoriseront la collaboration et communiqueront l'information à l'échelle nationale

1. Création de l'Institut canadien de recherche sur la santé des agents de la sécurité publique

Dans son rapport, le Comité souligne la nécessité de recueillir des données, d'élaborer une stratégie de recherche globale, de mener une enquête sur la prévalence des maladies mentales et de reconnaître la particularité du milieu de travail des agents de la sécurité publique. Il faut donc un mécanisme pour entreprendre de telles tâches essentielles et veiller à ce qu'elles soient exécutées à l'échelle nationale. Afin d'atteindre un tel objectif, le Comité recommande principalement la création de l'Institut canadien de recherche sur la santé des agents de la sécurité publique.

Le Comité estime que le nouvel institut pourrait reposer sur le modèle de l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans (ICRSMV)⁷⁴, mais des témoins ont recommandé d'en faire un institut voué aux agents de la sécurité publique. Il semble se dégager un consensus clair de la table ronde ministérielle selon lequel les agents de la sécurité publique devraient avoir un traitement distinct de celui des Forces armées. En outre, comme l'a indiqué la D^{re} Aiken, « les premiers intervenants ne se considèrent pas comme des militaires et des anciens combattants, et inversement. Chacun comprend qu'il y a un chevauchement, mais personne ne considère que les deux situations sont pareilles⁷⁵ ».

Recommandation 5

Par conséquent, le Comité recommande que le gouvernement fédéral collabore avec l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans afin de créer l'Institut canadien de recherche sur la santé des agents de la sécurité publique.

i. Mission et mandat

L'énoncé de mission du nouvel institut devrait mentionner qu'il cherche à améliorer la santé et le bien-être des agents de la sécurité publique du Canada grâce

73 *Ibid.*

74 Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans (ICRSMV), [À propos de nous](#); l'ICRSMV a pour mission d'« [o]ptimiser la santé et le bien-être du personnel militaire canadien, des vétérans et de leurs proches en mobilisant et en exploitant les ressources nationales en recherche ». Leur santé est optimisée « grâce à une recherche mondiale reconnue s'intéressant aux pratiques, aux politiques et aux programmes scientifiquement fondés ».

75 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 5 mai 2016 (Alice Aiken).

à des recherches fondées sur des données probantes, à des pratiques, à des politiques et à des programmes.

Dans le cadre de son mandat, l'institut devrait favoriser une stratégie de recherche globale et valoriser la collaboration en mobilisant les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Les témoins entendus voyaient l'institut comme une pièce maîtresse, absolument nécessaire pour accroître la résilience des agents de la sécurité publique et leur fournir du soutien. On croit que grâce à ses travaux fondamentaux, il pourra rassembler les recherches et les données fédérales, provinciales et municipales qui ont été fragmentées et séparées de manière involontaire⁷⁶.

L'institut devrait d'abord réaliser une enquête sur la prévalence des maladies mentales auprès des agents de la sécurité publique. Ainsi, les données si nécessaires sur la prévalence, la prévention et le traitement seraient recueillies et coordonnées à l'échelle nationale, puis conservées dans un répertoire central où elles pourraient être consultées facilement. Le Comité espère que cette enquête permettra de connaître les taux exacts de prévalence de BSO chez les agents de la sécurité publique. À l'heure actuelle, le taux varie de 10 à 40 %⁷⁷. La collecte de données exactes permettra d'orienter les pratiques, les politiques et les programmes futurs dans ce domaine.

Recommandation 6

Par conséquent, le Comité recommande que le nouvel Institut canadien de recherche sur la santé des agents de la sécurité publique collabore avec Statistique Canada afin de réaliser une enquête nationale sur la prévalence des maladies mentales en vue d'étudier les tendances, les causes et les effets liés à des problèmes de santé et à des maladies dans une population définie d'agents de la sécurité publique, comme les effets d'une exposition à des traumatismes répétés.

Comme il est connu que les effets du TSPT peuvent être omniprésents, le Comité croit qu'il faut en faire plus en matière de prévention, de sensibilisation, de dépistage, d'intervention et de traitement auprès des personnes atteintes. Il serait important que, dans le cadre de son mandat, l'institut élabore une stratégie de recherche globale axée sur les cinq piliers susmentionnés. De l'avis du Comité, une telle stratégie peut fournir un continuum de soutien visant le bien-être général des agents de la sécurité publique et de leurs familles. Elle devrait aussi contribuer à un milieu de travail positif pour ceux qui souffrent de BSO et leurs collègues qui les côtoient au quotidien.

Comme il a été mentionné précédemment, le dépistage des maladies mentales au moment du recrutement peut contribuer à déceler les personnes susceptibles de souffrir de BSO. Un continuum de soutien pourrait ainsi être mis en place pour aider une telle personne à accroître sa résilience. Cependant, le Comité estime que cela soulève des questions d'éthique et de protection de la vie privée et qu'il n'a pas entendu suffisamment

76 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 10 mai 2016 (Randy Mellow).

77 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 10 mars 2016 (Jitender Sareen).

de témoignages pour formuler une recommandation précise en ce sens. Néanmoins, il croit justifié de mener plus de recherches sur la question et demande à l'institut, lorsqu'il élaborera et mettra en œuvre sa stratégie de recherche globale, d'examiner la question ainsi que les préoccupations éthiques liées à l'utilisation de la technologie pour déterminer l'existence de prédispositions lors de la sélection visant à doter des postes d'agents de la sécurité publique. Par ailleurs, un témoin a expliqué qu'une étude longitudinale pourrait aider à déterminer si la technologie peut s'avérer utile pour dépister des prédispositions aux BSO⁷⁸.

Recommandation 7

Le Comité recommande que l'Institut canadien de recherche sur la santé des agents de la sécurité publique élabore une stratégie de recherche globale visant à améliorer la vie des agents de la sécurité publique et de leurs familles en exploitant les capacités nationales en matière de recherche, en étudiant la nature des blessures de stress opérationnel et en concevant des mesures de prévention, de dépistage, de sensibilisation, d'intervention et de traitement grâce à la réalisation de recherches scientifiques sur ces blessures chez les agents de la sécurité publique, comme l'examen du recours à la technologie servant à déterminer l'existence de prédispositions biologiques lors de la sélection visant à doter des postes d'agents de la sécurité publique.

De l'avis du Comité, la consommation de marijuana à des fins médicales pour soulager les symptômes des personnes atteintes est un autre domaine qui requiert une attention particulière. Comme il a été mentionné précédemment, aucune étude à grande échelle n'a été réalisée sur la consommation de marijuana à des fins médicales dans le traitement du TSPT. Selon des témoins, elle est utilisée pour soulager temporairement les symptômes, faute de traitement convenable⁷⁹. Comme l'a dit le D^r Sareen, il serait important d'étudier « soigneusement les effets de la marijuana et de la marijuana consommée à des fins médicales sur le TSPT, non seulement à court terme, mais aussi à long terme⁸⁰ ». Le Comité croit donc que l'institut devrait envisager de revoir en détail l'ensemble de la littérature sur la consommation de la marijuana à des fins médicales comme traitement des BSO.

Recommandation 8

Le Comité recommande que l'Institut canadien de recherche sur la santé des agents de la sécurité publique inclue dans sa stratégie de recherche un tour d'horizon complet de l'ensemble de la littérature sur la consommation de marijuana à des fins médicales dans les cas de blessures de stress opérationnel et de trouble de stress post-traumatique.

78 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 5 mai 2016 (Zul Merali).

79 *Ibid.*

80 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 10 mars 2016 (Jitender Sareen).

2. Création d'un groupe de travail d'experts

À l'instar des témoins, le Comité convient que les prochaines discussions devraient porter principalement sur les besoins des agents de la sécurité publique. Comme M. Stamatakis l'a fait observer, pour qu'un nouveau projet soit crédible aux yeux des personnes qui en ont le plus besoin, « il doit être piloté par des responsables qui comprennent très bien la culture et le milieu propres aux premiers intervenants⁸¹ ». Le moyen le plus sûr d'atteindre un tel objectif serait la création, par Sécurité publique Canada, d'un groupe de travail d'experts composé de divers organismes d'agents de la sécurité publique, d'universitaires, de parties intéressées, d'agents de sécurité public souffrant ou ayant souffert de BSO et de TSPT et de gouvernements, ainsi que de représentants de provinces, de territoires et de Premières Nations. Les travaux du groupe d'experts seraient menés parallèlement à ceux de l'institut canadien de recherche sur la santé des agents de la sécurité publique, tout en étant complémentaires. Le groupe de travail collaborerait donc avec Sécurité publique Canada et l'institut afin de faciliter l'accès à l'échelle du Canada aux meilleures pratiques et aux avancées dans le domaine de la recherche.

Recommandation 9

Le Comité recommande que Sécurité publique Canada, en collaboration avec Santé Canada et l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans, forme immédiatement un groupe de travail d'experts sur les blessures de stress opérationnel afin de mettre en commun les meilleures pratiques, les avancées, ainsi que la collecte et la diffusion de l'information et des données sur ces blessures. Sa composition devrait être représentative d'une diversité de contextes de travail, comme des acteurs de divers organismes d'agents de la sécurité publique, des universitaires, des agents de la sécurité public souffrant ou ayant souffert de BSO et de TSPT et des gouvernements, ainsi que des représentants de diverses provinces et territoires et des Premières Nations.

i. Principales activités du groupe de travail d'experts

Le ministère de la Sécurité publique du Canada est déjà chargé d'élaborer un plan d'action national sur le TSPT. Par le fait même, il doit travailler avec les provinces et territoires canadiens ainsi qu'avec le ministre de la Santé. Comme le Ministère a déjà établi des relations avec le milieu des agents de la sécurité publique et d'autres gouvernements, le Comité croit que le nouveau groupe de travail d'experts devrait élaborer une stratégie nationale sur les BSO. Celle-ci devrait comprendre des politiques en matière de prévention, de dépistage, de sensibilisation, d'intervention et de traitement. De l'avis du Comité, une telle stratégie est nécessaire pour assurer la sécurité des Canadiens et le bien-être des agents de la sécurité publique du Canada.

81 *Ibid.* (Tom Stamatakis).

Recommandation 10

Le Comité recommande que le groupe de travail d'experts sur les blessures de stress opérationnel ait comme mandat premier d'élaborer une stratégie nationale sur ces blessures, et que cette stratégie comprenne des politiques en matière de prévention, de dépistage, de sensibilisation, d'intervention et de traitement. Le Comité recommande également que le groupe de travail d'experts formule des recommandations quant au financement de ces politiques et remette au ministre de la Sécurité publique et de la Protection civile l'évaluation des coûts liés au financement de la stratégie nationale sur les blessures de stress opérationnel ainsi que les coûts sociaux et financiers de la renonciation à la prise de telles mesures.

Comme il a été mentionné précédemment, la question du dépistage des prédispositions aux BSO à l'embauche soulève des préoccupations en matière d'éthique et de protection de la vie privée. Cela dit, le Comité croit que le groupe de travail d'experts, comme l'institut, devrait étudier cette question. Plus précisément, le Comité souhaiterait que le groupe de travail d'experts examine, lors de l'élaboration de la stratégie nationale sur les BSO, la question du dépistage à l'embauche des agents de la sécurité publique, la question des obligations de divulgation éventuelles à l'embauche et celle des questions d'éthique liées à la présélection des candidats.

Recommandation 11

Le Comité recommande que le groupe de travail d'experts sur les blessures de stress opérationnel examine la question du recrutement lors de l'élaboration de la stratégie nationale sur les blessures de stress opérationnel et fasse le point sur le dépistage des problèmes de santé mentale, la divulgation de l'information à l'embauche et les questions d'éthique connexes entourant la présélection des candidats.

Des témoins ont fait valoir l'importance de reconnaître que la culture et le milieu de la sécurité publique peuvent mener à la stigmatisation. Les agents de la sécurité publique travaillent dans un environnement particulier; la culture même de leur milieu de travail exige qu'ils soient inébranlables en tout temps⁸². Ils font partie d'une culture qui accepte mal la faiblesse⁸³. Le Comité estime que le groupe de travail d'experts sur les BSO devrait, lors de l'élaboration de la stratégie nationale, trouver des solutions possibles pour induire un changement de culture.

82 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 22 mars 2016 (Donna Ferguson).

83 *Ibid.*

Recommandation 12

Le Comité recommande que le groupe de travail d'experts sur les blessures de stress opérationnel intègre des solutions possibles aux mesures de sensibilisation et de formation contenues dans la stratégie nationale afin d'induire un changement de culture relativement à la santé mentale pour réduire la stigmatisation liée aux blessures de stress opérationnel.

La diffusion de l'information aux homologues fédéraux, provinciaux et territoriaux s'avère donc essentielle puisqu'elle permettrait aux agents de la sécurité publique de connaître les programmes qui répondent le mieux à leurs besoins. Une initiative qui donne de bons résultats dans une localité peut ne pas s'appliquer à des régions plus petites ou plus éloignées. De plus, le Comité convient avec M. Boissonneault que « tous les premiers répondants d'un bout à l'autre du pays méritent d'avoir accès aux mêmes programmes, peu importe l'endroit ou la région où ils se trouvent ou leurs circonstances particulières⁸⁴ ».

Il importe de tenir compte des données démographiques de la localité lorsqu'on tente de trouver une solution convenable. Selon M^{me} Bradley, « les problèmes qui existent dans les Territoires du Nord-Ouest sont passablement différents de ceux que l'on rencontre à Toronto⁸⁵ ».

En outre, « les peuples autochtones au Canada sont plus susceptibles que le reste de la population canadienne d'éprouver des événements traumatisants dans leurs vies⁸⁶ ». Par conséquent, « ils ont un risque plus important de développer le SSPT à la suite d'un traumatisme historique, collectif et individuel, aggravé par les conditions de vie actuelles stressantes, conséquences des hauts niveaux de pauvreté et d'abus⁸⁷ ».

M. Kent a expliqué au Comité qu'il faut poursuivre les recherches « sur les facteurs culturels, qui encouragent la résilience, si l'on veut bien comprendre les interactions complexes entre le risque et la résilience dans les communautés autochtones⁸⁸ ». Il a également fait observer que les interventions qui tiennent compte des valeurs et des traditions holistiques autochtones ont plus de chances de réussir. Le Comité convient qu'il est « crucial que des services plus culturellement appropriés soient mis à la disposition des peuples autochtones dans toutes les communautés à travers le Canada⁸⁹ ».

84 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 12 mai 2016 (Paul Boissonneault).

85 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 10 mars 2016 (Louise Bradley).

86 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 17 mai 2016 (Richard Kent, président, Association des pompiers autochtones du Canada); et Sherry Bellamy, M. Sc., B. Sc. et Cindy Hardy, Ph. D., [Le syndrome de stress post-traumatique chez les peuples autochtones du Canada : Examen des facteurs de risque, l'état actuel des connaissances et orientation pour de plus amples recherches](#).

87 *Ibid.*

88 *Ibid.*

89 *Ibid.*

Le Comité croit nécessaire d'apporter des adaptations précises à la stratégie nationale sur les BSO et aux futures politiques en matière de prévention, de dépistage, de sensibilisation, d'intervention et de traitement afin de répondre aux besoins particuliers des communautés autochtones. De l'avis du Comité, cela peut se faire par l'intermédiaire du groupe de travail d'experts.

Recommandation 13

Par conséquent, le Comité recommande que le groupe de travail d'experts sur les blessures de stress opérationnel prenne conscience des besoins particuliers en matière de prévention, de dépistage, de sensibilisation, d'intervention et de traitement des petites localités rurales isolées et des communautés des Premières Nations.

La chef de la police régionale de Peel, Jennifer Evans, a elle aussi souligné la nécessité de transférer du gouvernement fédéral, notamment de l'armée canadienne, à des organismes provinciaux et municipaux du matériel de formation pouvant leur être utile. Elle a indiqué que les services de police ont connu l'existence du programme En route vers la préparation mentale (RVPM) grâce à l'Association canadienne pour la santé mentale qui agit comme « voie de transfert » des connaissances⁹⁰.

Des témoins ont aussi fait observer que l'information diffusée devrait comprendre des études démontrant l'efficacité de tels programmes. À titre d'exemple, le programme de formation RVPM, conçu par le ministère de la Défense nationale, qui vise à réduire la stigmatisation et à accroître la résilience, a été adopté par la GRC et les milieux provinciaux et correctionnels sont en train de le mettre en œuvre. Le Comité a entendu des commentaires positifs sur des programmes de ce type, mais tous les témoins n'étaient pas convaincus de leur efficacité, faute d'études fondées sur des données probantes et d'essais cliniques randomisés⁹¹.

De l'avis du Comité, ces témoignages appuient la nécessité d'avoir un forum où les divers organismes gouvernementaux et non gouvernementaux pourraient mettre en commun les meilleures pratiques et les initiatives locales qui donnent de bons résultats. Le forum devrait servir de courroie de transmission pour transférer les connaissances acquises dans certaines régions ou certains secteurs.

Le Comité partage l'avis de M. Boissonneault, qui a affirmé « qu'il faut un groupe consultatif pour faciliter la diffusion de l'information et le faire à l'échelle du pays⁹² ».

90 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 12 mai 2016 (Jennifer Evans, chef, Peel Regional Police Service, membre, Association canadienne des chefs de police).

91 SECU, [Témoignage](#), 1^{re} session, 42^e législature, 22 mars 2016, 1215 (Judith Pizarro Andersen). « Le Comité envisagera les interventions disponibles et proposées nécessitant un budget de formation limité. Il est donc essentiel que nous considérons ce que nous considérons comme une intervention en résilience fondée sur des données probantes. Des programmes à grande échelle de renforcement de la résilience, initialement créés pour les militaires, sont maintenant appliqués à des organisations policières. Le programme En route vers la préparation mentale en est un exemple. Or, aucune étude fondée sur des données probantes et aucun essai clinique randomisé ne montrent que ces programmes préviennent réellement les BSO et le TSPT chez les premiers intervenants. »

92 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 12 mai 2016 (Paul Boissonneault).

Le Comité souhaiterait que le conseil consultatif appuie les travaux du groupe de travail d'experts dans la mise en commun des meilleures pratiques et la collecte et la diffusion de l'information sur les BSO. Il espère que les fonctions de coordination et le rôle de collaboration du groupe de travail d'expert et du conseil consultatif contribueront à faire connaître à l'échelle nationale les meilleures pratiques et les initiatives locales qui donnent de bons résultats.

Recommandation 14

Par conséquent, le Comité recommande que le gouvernement fédéral crée un conseil consultatif sur les blessures de stress opérationnel afin d'appuyer le groupe de travail d'experts sur les blessures de stress opérationnel, que les membres de ce conseil représentent divers milieux de travail, notamment différents organismes d'agents de la sécurité publique, des universités et des gouvernements, ainsi que diverses provinces et territoires et les Premières Nations.

H. Nécessité d'étudier les lois présomptives applicables aux employés fédéraux

Certains des témoins qui ont comparu devant le Comité ont parlé du fait que plusieurs provinces canadiennes envisagent d'adopter ou ont adopté des lois présomptives qui concernent les policiers et les autres premiers intervenants et qui s'appliquent automatiquement à eux après qu'ils ont reçu un diagnostic de TSPT⁹³. Ils ont fait remarquer que, faute de loi de ce genre, des « premiers répondants ont dû prouver que les événements traumatisants qu'ils ont vécus en milieu de travail avaient contribué directement à leurs symptômes et à leur diagnostic de SSPT, ce qui les a empêchés d'avoir accès rapidement à des soins appropriés⁹⁴ ». Jason Godin a mis en lumière les avantages des lois présomptives provinciales et exprimé l'avis que le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle en s'assurant que la même présomption s'applique à ses employés, « peu importe la province dans laquelle ils travaillent ». Il a ajouté que les programmes d'aide aux employés doivent également « être renforcé[s] et adapté[s] à la réalité de nos membres, de manière à les aider, eux ainsi que leur famille, à passer à autre chose⁹⁵ ».

La *Loi sur l'indemnisation des agents de l'État* s'applique aux fonctionnaires fédéraux qui présentent une demande d'indemnisation à une commission des accidents du travail (CAT). Les « CAT gèrent actuellement les demandes d'indemnisation professionnelle des agents de la paix fédéraux employés par le Service correctionnel du Canada et l'Agence des services frontaliers du Canada⁹⁶ ».

93 Voir l'annexe C.

94 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 22 mars 2016 (Donna Ferguson).

95 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 12 mai 2016 (Jason Godin).

96 Réponse écrite fournie au Comité le 20 avril 2016 par la Gendarmerie royale du Canada (GRC), intitulée « Gendarmerie royale du Canada – Réponses aux questions posées ou soulevées à la réunion du Comité de la sécurité publique et nationale, les 12 et 14 avril 2016 – Objet : Projet de loi – Protection en vertu de la *Loi sur l'indemnisation des agents de l'État* ».

Conformément à l'article 4 de la *Loi*, l'admissibilité, le taux d'indemnisation et les conditions sont les mêmes que ceux prévus dans la loi de la province où l'employé travaille et sont fixés par la même autorité habilitée que celle établie par la loi de la province pour déterminer l'indemnité. Ainsi, différents régimes de prestations s'appliquent, selon le type de travail et la province dans laquelle le travail est exécuté.

Le pouvoir des CAT provinciales leur est conféré par la *Loi*. Il est à noter que la *Loi* ne s'applique pas actuellement aux membres de la force régulière des Forces canadiennes et de la GRC (voir l'article 3 de la *Loi*). Richard Kent, pour sa part, a rappelé au Comité que les lois provinciales ne s'appliquent pas aux communautés autochtones; selon lui, un cadre fédéral pourrait y remédier.

Les CAT provinciales et territoriales sont des leaders en prestation de soins à des travailleurs blessés et ont une expertise reconnue. Elles appliquent des pratiques modernes en gestion des cas axées sur une intervention rapide et un retour au travail rapide et sûr. Elles ont une vaste expérience lorsqu'il s'agit de composer avec les organismes de police, à l'échelle provinciale et municipale, et d'autres groupes de premiers intervenants comme les pompiers et les ambulanciers⁹⁷.

Compte tenu de ce qui précède :

Recommandation 15

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral explore la possibilité de présenter des mesures législatives contenant une présomption de blessures de stress opérationnel en faveur des agents de la sécurité publique dont la santé et la sécurité au travail et l'indemnisation sont de compétence fédérale.

Recommandation 16

Étant donné que l'accès aux soins pour les agents de la sécurité publique et les premiers intervenants varie d'une province et d'un territoire à l'autre, le Comité recommande que le gouvernement fédéral prenne acte de l'adoption par les provinces de mesures législatives contenant une présomption de blessures de stress opérationnel dans le cas des premiers intervenants relevant de leurs compétences respectives, étudie ces mesures législatives et invite les provinces et les territoires ne disposant pas de telles mesures à examiner ce type de politique publique.

97 *Ibid.*

CONCLUSION

Le Comité tient à remercier tous les témoins qui ont comparu, notamment les spécialistes qui travaillent dans le domaine de la recherche et du traitement du TSPT et des BSO ainsi que les agents de la sécurité publique et les organismes qui les représentent et les aident. Grâce à leurs témoignages, le Comité a été en mesure de mieux comprendre la culture et le milieu de travail particuliers des agents de la sécurité publique, « où l'exposition à des événements traumatisants est la règle plutôt que l'exception⁹⁸ ».

Outre ses remerciements, le Comité tient aussi à exprimer son profond respect à l'égard du travail continu, de l'engagement et du courage des agents de la sécurité publique de partout au Canada qui assurent la sécurité des Canadiens. Le rapport porte principalement sur le rôle du gouvernement fédéral à cet égard, mais les témoins s'attendent clairement à ce que tous les ordres de gouvernement agissent rapidement afin d'améliorer la santé et le bien-être des agents de la sécurité publique et d'aider ainsi les Canadiens à vivre en toute sécurité.

La portée de l'examen était limitée, mais le Comité espère que son rapport aidera Sécurité publique Canada, qui s'efforce de concevoir un plan d'action national coordonné sur l'évaluation, le traitement et les soins à long terme des agents de la sécurité publique du Canada.

98 SECU, [Témoignages](#), 1^{re} session, 42^e législature, 22 mars 2016 (Nicholas Carleton).

LISTE DES RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

Le Comité recommande que Sécurité publique Canada envisage de définir plus largement le terme « agent de la sécurité publique » de sorte qu'il vise non seulement les pompiers, les policiers (notamment les membres de la Gendarmerie royale du Canada), les ambulanciers paramédicaux, les agents correctionnels, les agents des services frontaliers et les gestionnaires autochtones des mesures d'urgence, mais aussi les employés de Service correctionnel du Canada (notamment les agents de libération conditionnelle et les agents de programmes) et les répartiteurs, et que Sécurité publique Canada prenne en compte les particularités de chaque groupe. 7

Recommandation 2

Le Comité recommande que, lors de l'élaboration et de la mise en œuvre de la stratégie nationale sur les blessures de stress opérationnel, Sécurité publique Canada reconnaisse que d'autres membres du personnel d'urgence qui côtoient et appuient les agents de la sécurité publique peuvent aussi être victimes de blessures de stress opérationnel et devraient faire partie de la stratégie nationale..... 8

Recommandation 3

Le Comité recommande que Sécurité publique Canada considère que le syndrome du stress post-traumatique fasse partie de la problématique de santé plus large des blessures de stress opérationnel et qu'il soit défini comme étant un problème psychologique persistant découlant de l'exercice de fonctions d'agents de la sécurité publique, de même que d'autres problèmes de santé mentale tels que la dépression et la toxicomanie.....11

Recommandation 4

Le Comité recommande que Sécurité publique Canada travaille de concert avec Anciens Combattants Canada, le ministère de la Défense nationale et les Forces armées canadiennes ainsi que Santé Canada afin d'élaborer une définition claire, cohérente et exhaustive des blessures de stress opérationnel, qui regroupe à la fois les maladies diagnostiquées et d'autres maladies, et que cette définition soit établie en collaboration avec des experts médicaux et selon les normes internationales..... 12

Recommandation 5

Par conséquent, le Comité recommande que le gouvernement fédéral collabore avec l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans afin de créer l'Institut canadien de recherche sur la santé des agents de la sécurité publique..... 20

Recommandation 6

Par conséquent, le Comité recommande que le nouvel Institut canadien de recherche sur la santé des agents de la sécurité publique collabore avec Statistique Canada afin de réaliser une enquête nationale sur la prévalence des maladies mentales en vue d'étudier les tendances, les causes et les effets liés à des problèmes de santé et à des maladies dans une population définie d'agents de la sécurité publique, comme les effets d'une exposition à des traumatismes répétés. 21

Recommandation 7

Le Comité recommande que l'Institut canadien de recherche sur la santé des agents de la sécurité publique élabore une stratégie de recherche globale visant à améliorer la vie des agents de la sécurité publique et de leurs familles en exploitant les capacités nationales en matière de recherche, en étudiant la nature des blessures de stress opérationnel et en concevant des mesures de prévention, de dépistage, de sensibilisation, d'intervention et de traitement grâce à la réalisation de recherches scientifiques sur ces blessures chez les agents de la sécurité publique, comme l'examen du recours à la technologie servant à déterminer l'existence de prédispositions biologiques lors de la sélection visant à doter des postes d'agents de la sécurité publique..... 22

Recommandation 8

Le Comité recommande que l'Institut canadien de recherche sur la santé des agents de la sécurité publique inclue dans sa stratégie de recherche un tour d'horizon complet de l'ensemble de la littérature sur la consommation de marijuana à des fins médicales dans les cas de blessures de stress opérationnel et de trouble de stress post-traumatique..... 22

Recommandation 9

Le Comité recommande que Sécurité publique Canada, en collaboration avec Santé Canada et l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans, forme immédiatement un groupe de travail d'experts sur les blessures de stress opérationnel afin de mettre en commun les meilleures pratiques, les avancées, ainsi que la collecte et la diffusion de l'information et des données sur ces blessures. Sa composition devrait être représentative d'une diversité de contextes de travail, comme des acteurs de divers organismes d'agents de la sécurité publique, des universitaires, des agents de la sécurité public souffrant ou ayant souffert de BSO et de TSPT et des gouvernements, ainsi que des représentants de diverses provinces et territoires et des Premières Nations. 23

Recommandation 10

Le Comité recommande que le groupe de travail d'experts sur les blessures de stress opérationnel ait comme mandat premier d'élaborer une stratégie nationale sur ces blessures, et que cette stratégie comprenne des politiques en matière de prévention, de dépistage, de sensibilisation, d'intervention et de traitement. Le Comité recommande également que le groupe de travail d'experts formule des recommandations quant au financement de ces politiques et remette au ministre de la Sécurité publique et de la Protection civile l'évaluation des coûts liés au financement de la stratégie nationale sur les blessures de stress opérationnel ainsi que les coûts sociaux et financiers de la renonciation à la prise de telles mesures. 24

Recommandation 11

Le Comité recommande que le groupe de travail d'experts sur les blessures de stress opérationnel examine la question du recrutement lors de l'élaboration de la stratégie nationale sur les blessures de stress opérationnel et fasse le point sur le dépistage des problèmes de santé mentale, la divulgation de l'information à l'embauche et les questions d'éthique connexes entourant la présélection des candidats..... 24

Recommandation 12

Le Comité recommande que le groupe de travail d'experts sur les blessures de stress opérationnel intègre des solutions possibles aux mesures de sensibilisation et de formation contenues dans la stratégie nationale afin d'induire un changement de culture relativement à la santé mentale pour réduire la stigmatisation liée aux blessures de stress opérationnel..... 25

Recommandation 13

Par conséquent, le Comité recommande que le groupe de travail d'experts sur les blessures de stress opérationnel prenne conscience des besoins particuliers en matière de prévention, de dépistage, de sensibilisation, d'intervention et de traitement des petites localités rurales isolées et des communautés des Premières Nations..... 26

Recommandation 14

Par conséquent, le Comité recommande que le gouvernement fédéral crée un conseil consultatif sur les blessures de stress opérationnel afin d'appuyer le groupe de travail d'experts sur les blessures de stress opérationnel, que les membres de ce conseil représentent divers milieux de travail, notamment différents organismes d'agents de la sécurité publique, des universités et des gouvernements, ainsi que diverses provinces et territoires et les Premières Nations..... 27

Recommandation 15

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral explore la possibilité de présenter des mesures législatives contenant une présomption de blessures de stress opérationnel en faveur des agents de la sécurité publique dont la santé et la sécurité au travail et l'indemnisation sont de compétence fédérale. 28

Recommandation 16

Étant donné que l'accès aux soins pour les agents de la sécurité publique et les premiers intervenants varie d'une province et d'un territoire à l'autre, le Comité recommande que le gouvernement fédéral prenne acte de l'adoption par les provinces de mesures législatives contenant une présomption de blessures de stress opérationnel dans le cas des premiers intervenants relevant de leurs compétences respectives, étudie ces mesures législatives et invite les provinces et les territoires ne disposant pas de telles mesures à examiner ce type de politique publique..... 28

ANNEXE A

LISTE DES TÉMOINS

Organismes et individus	Date	Réunion
<p>À titre personnel</p> <p>Jitender Sareen, professeur de psychiatrie, University of Manitoba</p> <p>Association canadienne des policiers</p> <p>Tom Stamatakis, président</p> <p>Commission de la santé mentale du Canada</p> <p>Louise Bradley, présidente-directrice générale</p> <p>Services de santé Royal Ottawa</p> <p>Jakov Shlik, directeur clinique, clinique des traumatismes de stress opérationnel</p> <p>Société pour les troubles de l'humeur du Canada</p> <p>Phil Upshall, directeur général national</p>	2016/03/10	7
<p>À titre personnel</p> <p>R. Nicholas Carleton, professeur associé, Département de psychologie, Université de Regina</p> <p>Judith Pizarro Andersen, professeure adjointe, département de psychologie, faculté de médecine affiliée; directrice, Health Adaptation Research on Trauma Lab, Université de Toronto</p> <p>Centre de toxicomanie et de santé mentale</p> <p>Donna Ferguson, psychologue, programme stress et santé au travail</p> <p>Veterans Transition Network</p> <p>Mike Dadson, directeur exécutif et clinique</p>	2016/03/22	8
<p>À titre personnel</p> <p>Ruth Lanius, professeur de psychiatrie, Université Western</p> <p>Ministère de la Sécurité publique et de la Protection civile</p> <p>Michael DeJong, directeur principal, Direction générale de politique et sensibilisation</p> <p>Lori MacDonald, sous-ministre adjointe, Secteur de la gestion des urgences et des programmes</p>	2016/05/03	13
<p>À titre personnel</p> <p>Paul Frewen, professeur, psychologue, Département de psychiatrie, Université Western de l'Ontario</p>	2016/05/05	14

Organismes et individus	Date	Réunion
<p>À titre personnel</p> <p>Zul Merali, président et directeur général, Institut de recherche en santé mentale du Royal et le Réseau canadien de recherche et intervention sur la dépression</p> <p>Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans</p> <p>Alice Aiken, directrice</p>	2016/05/05	14
<p>Association des paramédics du Canada</p> <p>Pierre Poirier, directeur général</p> <p>Chefs Paramédics du Canada</p> <p>Paul J. Charbonneau, président sortant</p> <p>Randy Mellow, président</p> <p>Gendarmerie royale du Canada</p> <p>Sylvie Chateauvert, directrice générale, Direction générale de la santé et sécurité au travail</p> <p>Daniel Dubeau, sous-commissaire, dirigeant principal des ressources humaines</p> <p>Steven White, commissaire adjoint, Programmes et services relatifs à l'effectif</p> <p>Service correctionnel du Canada</p> <p>Don Head, commissaire</p>	2016/05/10	15
<p>Association canadienne des chefs de police</p> <p>Jennifer Evans, membre, Peel Regional Police Service</p> <p>Steve Schnitzer, président, Comité des ressources humaines et du perfectionnement</p> <p>Association canadienne des chefs de pompiers</p> <p>Paul Boissonneault, président, Chef de pompier, Service d'incendie du Comté de Brant</p> <p>Association internationale des pompiers</p> <p>Scott Marks, adjoint au président général, Bureau canadien</p> <p>Syndicat des agents correctionnels du Canada</p> <p>Jason Godin, président</p> <p>Gord Robertson, vice-président</p>	2016/05/12	16
<p>Association des pompiers autochtones du Canada</p> <p>Richard Kent, président</p> <p>Syndicat des employés(es) du Solliciteur général</p> <p>David Neufeld, vice-président</p>	2016/05/17	17

Organismes et individus	Date	Réunion
Syndicat des employés(es) du Solliciteur général Stanley Stapleton, président national	2016/05/17	17
VIA Rail Canada inc. Marc Beaulieu, chef, Transport et sécurité Jose Pastor, chef de cabinet, Cabinet du président		

ANNEXE B LISTE DES MÉMOIRES

Organismes et individus

Insigne de vie

Gregory, Darren

Pizarro Andersen, Judith

Service d'incendie de la Ville de Burlington

Services de santé Royal Ottawa

Société pour les troubles de l'humeur du Canada

Syndicat des agents correctionnels du Canada

ANNEXE C

Le tableau ci-dessous résume les types de prestations de soins de santé mentale reconnues de même que les clauses présomptives pour le trouble de stress post-traumatique (TSPT) par province (en vigueur et proposées). Veuillez noter que dans les provinces, une personne a droit à des prestations pour TSPT lorsqu'il s'agit d'une réaction aiguë à un incident traumatique ou d'une réaction cumulative à une série d'incidents traumatiques.

Province	Réaction aiguë à un incident traumatique	Réaction cumulative à des incidents traumatiques	Apparition progressive /stress chronique	Clauses présomptives - TSPT	Définition des premiers intervenants
C.-B.	Oui	Oui	Oui	Projet de loi M203 présenté le 23 février 2016. Le gouvernement provincial examine le projet de loi et attend les recommandations d'un comité directeur de WorkSafeBC créé en décembre 2015.	Premiers intervenants : <ul style="list-style-type: none"> • policiers • assistants médicaux d'urgence • pompiers • shérifs • agents correctionnels • préposés aux communications du 911
Alb.	Oui	Oui	Oui	En vigueur depuis décembre 2012.	Premiers intervenants de services d'urgence : <ul style="list-style-type: none"> • policiers • techniciens de soins médicaux d'urgence • pompiers • agents de la paix
Sask.	Oui	Oui	Oui	Non	s.o.

Province	Réaction aiguë à un incident traumatique	Réaction cumulative à des incidents traumatiques	Apparition progressive /stress chronique	Clauses présomptives - TSPT	Province
Man.	Oui	Oui	Non	En vigueur depuis janvier 2016.	Tous les postes
ON	Oui	Oui	Non	Projet de loi 163 adopté en avril 2016. Les modifications entrent en vigueur avec la sanction royale.	Premiers intervenants et autres employés : <ul style="list-style-type: none"> • policiers • pompiers à temps plein • pompiers à temps partiel • pompiers volontaires • enquêteurs sur les incendies • membres d'un groupe tactique d'intervention • ambulanciers paramédicaux • préposés aux soins médicaux d'urgence • gestionnaires de services d'ambulance • employés d'un établissement correctionnel • employés d'un lieu de détention ou d'un lieu de détention provisoire • employés s'occupant de la répartition

Province	Réaction aiguë à un incident traumatique	Réaction cumulative à des incidents traumatiques	Apparition progressive /stress chronique	Clauses présomptives - TSPT	Province
QC	Oui	Non	Oui	Non	s.o.
N.-B.	Oui	Non	Non	Projet de loi 39 déposé le 1 ^{er} avril 2016. Deuxième lecture le 6 avril 2016.	Employés des services d'intervention d'urgence : <ul style="list-style-type: none"> • policiers • pompiers • ambulanciers paramédicaux
N.-É.	Oui	Oui	Non	Projet de loi 11 déposé (première et deuxième lectures) en octobre 2014. Le gouvernement surveille la situation dans les autres provinces, fait des recherches et devrait faire une annonce plus tard en 2016.	Intervenants d'urgence : <ul style="list-style-type: none"> • policiers • agents des services à l'enfance et à la famille • praticiens • employés des services correctionnels • pompiers • répartiteurs • infirmières autorisées • premiers intervenants autorisés – soins préhospitaliers • travailleurs sociaux
Î.-P.-E.	Oui	Oui	Non	Non	s.o.
T.-N.-L.	Oui	Non	Non	Non	s.o.

Source : Tableau produit à l'aide du contenu de la réponse écrite fournie par la GRC au Comité, le 20 avril 2016, et intitulée Gendarmerie royale du Canada – Réponses aux questions posées ou soulevées à la réunion du Comité de la sécurité publique et nationale – Les 12 et 14 avril 2016 – Objet : Projet de loi C-7 – Protection en vertu de la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État.

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au présent rapport.

Un exemplaire des *procès-verbaux* pertinents ([réunions n^{os} 7, 8, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25 et 26](#)) est déposé.

Respectueusement soumis,

Le président,

Robert Oliphant

