



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la sécurité publique et nationale

SECU • NUMÉRO 013 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 3 mai 2016

Président

M. Robert Oliphant

Comité permanent de la sécurité publique et nationale

Le mardi 3 mai 2016

•(1215)

[Traduction]

Le président (M. Robert Oliphant (Don Valley-Ouest, Lib.)): Je déclare la séance ouverte, et j'aimerais d'entrée de jeu m'excuser auprès de nos témoins qui sont ici pour nous aider dans le cadre de notre étude sur les blessures de stress opérationnel et le syndrome de stress post-traumatique chez les agents de la sécurité publique et les premiers intervenants.

Nous accueillons aujourd'hui Lori MacDonald et Michael DeJong du ministère de la Sécurité publique, ainsi que Ruth Lanius de l'Université Western.

Nous donnerons la parole en premier à la Dre Lanius, qui témoigne par vidéoconférence, puis nous entendrons Mme MacDonald et M. DeJong.

Docteure Lanius, vous avez 10 minutes.

Dre Ruth Lanius (professeur de psychiatrie, Université Western, à titre personnel): Bonjour à tous. C'est un honneur de participer à votre réunion.

J'aimerais vous présenter une vue d'ensemble du syndrome de stress post-traumatique en mettant bien entendu l'accent aujourd'hui sur les blessures de stress opérationnel. Comme nous le savons, le syndrome de stress post-traumatique a diverses causes, mais nos premiers répondants sont grandement touchés par cet état de santé. Ils sont souvent témoins de scènes horribles, et nous constatons donc un grand nombre de cas de troubles liés à un traumatisme dans cette population. Nous entendons aussi souvent l'exemple de nos anciens combattants qui sont bien entendu aussi grandement touchés par le stress traumatique. De plus, nous ne parlons pas souvent des mauvais traitements subis durant l'enfance; nous avons peur d'en parler. Cela peut être très répandu et être un important facteur de risque concernant le développement plus tard du syndrome de stress post-traumatique, si l'enfant vit d'autres situations traumatisantes à l'âge adulte.

J'aimerais vous résumer les symptômes du syndrome de stress post-traumatique, même si je suis persuadée que vous les connaissez déjà. À mon avis, l'élément principal du stress post-traumatique, c'est que la personne ne fait pas que se remémorer des souvenirs traumatisants; elle les revit. Lorsqu'elle revit ses souvenirs traumatisants, elle a en fait l'impression d'être de retour sur les lieux du traumatisme. Elle peut avoir des épisodes hallucinatoires relativement à ce qu'elle a vu ou entendu, comme des crissements de pneus ou des gens qui crient, ou même sentir ce qui est survenu au moment des événements traumatisants. Elle revit vraiment ces épisodes hallucinatoires sensoriels; ce ne sont pas que des souvenirs. Elle a réellement l'impression d'être de retour sur les lieux du traumatisme.

Les gens qui présentent un syndrome de stress post-traumatique évitent aussi souvent ce qui leur rappelle le traumatisme. Par

exemple, si une personne a été victime d'un grave accident de la route, elle peut éviter d'emprunter certaines routes ou tout simplement de conduire. Les émotions que ces personnes ressentent sont souvent tellement intenses qu'elles deviennent paralysées, parce qu'elles ne sont plus capables de les endurer.

Les gens ont également beaucoup d'émotions négatives; ils ressentent beaucoup de colère, de remords et de honte. Par exemple, j'ai vu l'autre jour un ambulancier paramédical des soins avancés qui s'était occupé d'un adolescent sur le point de mourir, et l'adolescent l'avait supplié d'appeler sa mère, mais l'ambulancier n'a pas pu le faire. Il était donc rongé de remords après cet événement traumatisant.

Les personnes peuvent également présenter des symptômes d'hyperexcitation. Elles sont sur le qui-vive; elles sont sur leurs gardes en tout temps; elles sont souvent hypervigilantes.

Voilà en gros ce qu'est le syndrome de stress post-traumatique. Nous en avons énormément entendu parler dans les médias dernièrement. Même si nous en avons fait beaucoup pour sensibiliser la population, il reste encore des personnes qui pensent que c'est dans la tête des gens. En réalité, nous commençons à découvrir que c'est en grande partie dans le cerveau des gens.

J'aimerais dire quelques mots au sujet des nouvelles technologies, notamment la neuroimagerie, qui nous ont permis de transformer une blessure invisible, soit le stress traumatique, en une blessure visible. La neuroimagerie permet d'examiner les régions du cerveau qui s'activent lorsque des personnes se remémorent des souvenirs traumatisants, par exemple. Je crois qu'il est très important de dissiper les préjugés qu'ont les gens relativement aux syndromes de stress traumatique et aux autres maladies mentales.

J'aimerais vous donner l'exemple d'un couple qui a récemment été victime d'un accident de voiture. Le couple était parti de London, en Ontario, pour se rendre à Détroit. Sur l'autoroute 401, il a frappé un épais banc de brouillard. Le conducteur était le mari, et la femme était passagère. Lorsque le couple a frappé le banc de brouillard, le mari a freiné brusquement. Quelques secondes plus tard, un énorme semi-remorque a embouti l'arrière de leur voiture. Quelques minutes plus tard, un carambolage impliquant des centaines de véhicules s'était formé, et une camionnette a été poussée contre la voiture du couple. La camionnette a pris feu. Une adolescente prenait place à bord, et le couple l'a entendu crier pendant qu'elle brûlait vive.

C'était un horrible accident, mais cela nous a permis de vraiment étudier les différentes réactions que les gens peuvent avoir en réponse à un traumatisme et la manière dont cela se manifeste dans le cerveau. Pendant l'accident, le mari était très anxieux et hyperexcité et cherchait des moyens de sortir lui et sa femme de la voiture. Il a fracassé le pare-brise et a été capable d'extirper sa femme du véhicule. Après l'accident de voiture, il a souffert du syndrome de stress post-traumatique, qui a par la suite été traité. Il s'en est remis.

Nous avons été en mesure d'examiner ce qui se produisait dans son cerveau lorsqu'il se remémorait les événements traumatisants et l'accident de voiture un mois après les faits.

Voici ce que nous avons vu. Je vais essayer de vous résumer le tout. Nous avons constaté une grande activité émotionnelle dans le cerveau. Lorsque nous réalisons l'examen de neuroimagerie et que l'homme avait un épisode hallucinatoire de courte durée, nous constatons que la partie avant de son cerveau s'activait; cela pouvait être lié à la planification et s'activait peut-être, parce qu'il était [*Note de la rédaction: difficultés techniques*] encore en train de planifier comment sortir lui et sa femme du véhicule. La partie de son cerveau liée à la vue s'activait, parce qu'il était peut-être en train de visualiser l'accident encore et encore pendant l'examen de neuroimagerie.

Sa femme a réagi très différemment. Elle a figé. Elle était paralysée. Elle était pratiquement incapable de bouger pendant l'accident. Elle était pétrifiée. Elle a dit que, si ce n'avait été de son mari, elle ne serait jamais sortie du véhicule. Nous avons également examiné son cerveau, et son activité cérébrale était très différente lors de l'examen de neuroimagerie. Comme lors de l'accident, elle était pétrifiée, paralysée et pratiquement incapable de bouger. Si nous comparons l'image de son cerveau à celui de son mari, c'est très différent. Nous constatons un arrêt complet de l'activité cérébrale, ce qui correspond possiblement à son comportement, à savoir qu'elle a figé et était paralysée.

Je crois que cela nous aide à comprendre que les gens qui vivent le même traumatisme peuvent avoir des réactions très différentes. Certaines personnes sont très émotives après un traumatisme, tandis que d'autres sont paralysées et très peu émotives. Le diagnostic est souvent plus difficile à établir dans le cas des gens qui sont très peu émotifs, et le traitement est aussi plus difficile, parce qu'il faut d'abord rétablir leur capacité d'éprouver des émotions. Qui plus est, les gens passent souvent d'un extrême à l'autre.

Quelles sont certaines options de traitement? Nous avons réalisé de grands progrès en vue d'élaborer de bonnes options de traitement. Il y a deux volets. Il y a les médicaments et la thérapie axée sur la communication ou la psychothérapie. L'efficacité des deux volets est éprouvée. Certains préfèrent l'un ou l'autre, tandis que d'autres préfèrent avoir les deux. Je crois que nous devons davantage mettre l'accent sur une approche médicale personnalisée pour aider les gens à choisir ce qu'ils préfèrent en s'appuyant évidemment sur la recommandation de leur équipe de traitement.

Pour ce qui est des cibles du traitement, je crois qu'il est important de traiter non seulement les symptômes du syndrome de stress post-traumatique, mais aussi les troubles connexes. Les gens qui souffrent du syndrome de stress post-traumatique ont souvent aussi une dépression ou un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie. Ils sont souvent tellement dépassés par les émotions qu'ils vivent qu'ils se tournent vers la drogue ou l'alcool pour les aider à réduire l'intensité de leur état émotif. Il arrive aussi souvent que les personnes développent des troubles de l'alimentation. De plus, un traumatisme cérébral peut souvent être associé au stress post-traumatique. Nous en avons beaucoup entendu parler dans le cas des militaires.

Je crois qu'il est aussi vraiment important de bien entendu traiter l'invalidité, de nous occuper de la qualité de vie et de vraiment aider les gens à ressentir de nouveau du plaisir et du bonheur à la fin du traitement. L'important est que ces personnes se trouvent dans la zone optimale de l'éveil émotionnel. Comme nous l'avons vu dans le cas du couple, les gens peuvent avoir trop ou pas assez d'émotions. Ils peuvent se trouver dans la partie supérieure du graphique et être hyperexcités, être incapables de penser et d'agir de manière

rationnelle ou de prendre du recul et de réfléchir. Ils peuvent aussi se trouver dans la partie inférieure du graphique et être figés et paralysés et ne pas être en mesure de fonctionner.

Si une personne se trouve dans les zones inférieure ou supérieure, elle ne peut pas avoir un fonctionnement optimal au travail ou sur le plan social. L'objectif est donc vraiment que les gens réintègrent la zone optimale de l'éveil émotionnel pour éviter qu'ils aient trop ou pas assez d'émotions ou qu'ils passent d'un extrême à l'autre.

En ce qui concerne les priorités, il y a la sensibilisation, et je crois qu'en particulier avec le nouveau Parlement ce sera fait. Il faut vraiment sensibiliser les gens aux risques liés à leur emploi, les former à détecter les premiers symptômes et vraiment mettre l'accent sur l'intervention précoce. Je crois que nous devons aussi continuer à réduire les préjugés au travail. Je répète que nous avons réalisé d'énormes progrès, mais nous avons encore beaucoup de chemin à faire, parce que nous ne voulons pas que les gens aient la même réaction que l'homme sur la photo. Qu'est-ce qui était le pire pour Phil? Avoir une dépression ou devoir la cacher?

Je crois que nous avons réalisé d'énormes progrès. Il y a beaucoup d'espoir. Nous devons aider les gens à retrouver leurs moyens et continuer de réduire les préjugés à l'égard de ceux qui souffrent de troubles liés à un traumatisme.

• (1220)

Le président: Merci beaucoup, madame Lanius; c'était à la fois utile et intéressant.

Madame MacDonald, monsieur DeJong, vous avez la parole.

Mme Lori MacDonald (sous-ministre adjointe, secteur de la gestion des urgences et des programmes, ministère de la Sécurité publique et de la Protection civile): Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité, je vous remercie de votre invitation à venir discuter de la Table ronde ministérielle sur le trouble de stress post-traumatique.

[Français]

Je m'appelle Lori MacDonald et j'occupe le poste de sous-ministre adjointe, Secteur de la gestion des urgences et des programmes, à Sécurité publique Canada.

Permettez-moi de vous présenter mon collègue Michael DeJong, directeur principal de la Direction générale des politiques et de la sensibilisation, au sein de la Section de la gestion des urgences et des programmes.

[Traduction]

Comme vous le savez, Sécurité publique Canada a organisé une table ronde ministérielle qui a eu lieu le 29 janvier 2016 à l'Université de Regina. Je vous donnerai un aperçu de cette table ronde, de ses conclusions et des prochaines étapes.

Plus de 50 participants ont assisté à la table ronde, notamment les représentants principaux des services de police, des services d'incendie et des services ambulanciers, ainsi que les représentants syndicaux de ces services.

Parmi les autres représentants présents, mentionnons le secrétaire parlementaire du ministre de la Sécurité publique et de la Protection civile, M. Michel Picard; des membres du Cabinet de la Saskatchewan, y compris la ministre des Services correctionnels et de la Police, le ministre des Relations du travail et de la Sécurité au travail et le ministre de la Santé; et des hauts fonctionnaires de la communauté fédérale notamment du portefeuille de la Sécurité publique, du portefeuille de la Santé, du ministère de la Défense nationale et d'Anciens Combattants Canada.

Nous avons également été heureux d'accueillir des universitaires réputés, et certains d'entre eux ont déjà témoigné devant le Comité.

Le mot d'ouverture du ministre de la Sécurité publique et de la Protection civile a été présenté par vidéo. Il se trouvait, cette journée-là, à La Loche afin d'appuyer une collectivité qui s'efforçait de se relever d'une fusillade ayant fait quatre victimes et sept blessés.

[Français]

La table ronde visait à obtenir les opinions des experts et des intervenants à propos de la définition du problème, ainsi qu'à discuter des options relatives à l'évaluation, au traitement et aux soins de longue durée connexes pour le personnel de la sécurité publique atteint du trouble de stress post-traumatique, ou TSPT.

• (1225)

[Traduction]

En outre, les participants ont souligné que le TSPT s'inscrit simplement comme une composante de la gamme possible de blessures de stress opérationnel, ou BSO, lesquelles se définissent comme toute difficulté psychologique persistante découlant de l'exercice de fonctions opérationnelles.

Nous avons appris qu'un grand nombre d'organismes de sécurité publique, y compris ceux participant à la table ronde, ont mis en oeuvre plusieurs initiatives comme le soutien par les pairs, des programmes d'aide aux employés et le programme de formation En route vers la préparation mentale afin d'aider à aborder cet enjeu. Le gouvernement fédéral a un rôle à jouer lorsqu'il s'agit d'appuyer ces organismes, peu importe leur taille, en vue de régler ce problème complexe au moyen d'une démarche concertée.

Au sein du portefeuille de la Sécurité publique, la GRC a mis en oeuvre de nombreuses mesures pour accroître la compréhension du TSPT et des BSO, et pour réduire les préjugés défavorables qui y sont rattachés. À mesure que nous poursuivrons nos travaux en ce sens, nous chercherons d'autres occasions semblables de réduire les préjugés associés aux problèmes de santé mentale dans l'ensemble des collectivités des agents de la sécurité publique.

[Français]

La prévalence du TSPT chez les agents de la sécurité publique est difficile à suivre, en partie à cause de ces préjugés. Selon les données disponibles, au Canada, on estime que de 10 à 35 % des premiers intervenants seront atteints de TSPT.

Les principales conclusions de cette table ronde peuvent se classer en trois grands thèmes qui ont éclairé les efforts déployés en vue d'amorcer l'élaboration d'un plan d'action national concerté.

[Traduction]

La première conclusion concerne la nécessité de se doter d'une approche de base unifiée permettant de définir et de déceler le TSPT. Les agents de la sécurité publique, et les organismes qu'ils desservent, diffèrent de manière considérable à l'échelle du pays au chapitre de l'emplacement, de la taille et de la culture. D'après le consensus qui s'est clairement dégagé à la table ronde, les agents de la sécurité publique doivent avoir accès à des diagnostics, des traitements et des ressources en matière de soins de santé qui tiennent compte de leurs expériences uniques.

Bien 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. Tout au long de leur carrière, ces agents sont sans cesse exposés à d'éventuels événements

traumatiques et, contrairement au personnel militaire en service ou retraité, ils ne disposent pas d'un système de soins de santé spécialisé vers lequel ils peuvent se tourner pour obtenir des services d'évaluation, de traitement, de prévention et de soutien.

D'ailleurs, l'Association canadienne des chefs de pompiers a soulevé le manque d'uniformité au Canada lorsqu'il s'agit de reconnaître le TSPT comme un risque professionnel pour veiller à ce que les traitements et l'indemnisation soient couverts.

Les agents de la sécurité publique se heurtent à des obstacles qui entravent leur accès à des traitements; songeons notamment aux longues heures d'attente et aux coûts. C'est surtout le cas pour les agents de la sécurité publique travaillant dans des collectivités éloignées et des Premières Nations, où les services peuvent être déficients par comparaison à ceux offerts dans les plus grandes collectivités urbaines.

Le deuxième thème portait sur l'importance de la résilience, du traitement et de la réintégration dans le milieu de travail. Comme l'ont mentionné les représentants des Chefs de services paramédicaux du Canada, il n'existe pas de solution complète clé en main pour prévenir et atténuer le TSPT.

[Français]

La résilience renvoie à la nécessité d'intégrer le TSPT au discours quotidien des organismes de sécurité publique. Il importe de s'assurer que les agents de la sécurité publique et les membres de leur famille disposent des outils nécessaires pour reconnaître les symptômes précoces, qu'ils connaissent les mécanismes de défense et qu'ils savent à quel moment il convient de consulter un spécialiste.

[Traduction]

Les participants ont également appuyé l'élaboration d'options de traitement novatrices, polyvalentes et accessibles, qui sont fondées sur des données probantes. Cela démontre la nécessité d'être à l'écoute des agents de la sécurité publique qui exercent leurs fonctions dans les régions éloignées ou qui doivent avoir accès à des soins de santé à des heures inhabituelles. De surcroît, un grand nombre de participants ont souligné l'importance de soutenir le retour sur le marché du travail après le traitement.

Le fait que les participants considèrent la recherche fondée sur des données probantes comme étant essentielle à la mise en oeuvre d'une approche holistique de la résilience, du traitement et de la réintégration a peut-être été la conclusion la plus importante à retenir. Les participants ont insisté sur le fait que les agents de la sécurité publique ne sont pas les seuls à souffrir lorsqu'un diagnostic de TSPT est donné; tous leurs réseaux de soutien, soit la famille, les amis et les collègues, sont également touchés. Il faut donc aussi envisager d'offrir de l'orientation à ces personnes, que ce soit par l'éducation ou la sensibilisation.

Cela introduit bien le troisième volet, c'est-à-dire le besoin d'une recherche coordonnée à l'échelle nationale. Les participants étaient favorables à la mise en place d'un centre spécialisé qui offrirait des connaissances de pointe intégrées aux organismes de sécurité publique au Canada. Selon bon nombre de participants, la présence d'un centre d'expertise spécialisé dans la recherche sur le TSPT pour les agents de la sécurité publique permettrait de mieux éclairer la prise de décision, et ce, à tous les échelons.

D'après ce que nous ont dit les chefs de police, une recherche fondée sur des données probantes s'impose pour aider à élaborer une politique permettant de donner suite efficacement à ces problèmes et de garantir que les chefs de police font de leur mieux pour aider les agents et le personnel civil. Divers moyens permettraient d'y arriver. Par exemple, à la table ronde, la GRC a présenté un compte rendu de son travail visant à concevoir et à entreprendre une étude longitudinale sur les nouvelles recrues dans le but de cerner les causes sous-jacentes du TSPT et des BSO. Il s'agit d'une recherche de base précieuse qui peut également s'appliquer au milieu de la sécurité publique.

• (1230)

[Français]

En définitive, les participants étaient nettement en faveur de l'engagement du gouvernement envers l'élaboration d'un plan d'action national concerté pour aborder la question des blessures liées au stress opérationnel, notamment les blessures de stress post-traumatique.

[Traduction]

La table ronde n'est qu'un point de départ. Depuis janvier, Sécurité publique Canada réalise des progrès dans ce dossier grâce à de solides partenariats avec le portefeuille de la Santé. Au cours des prochains mois, nous organiserons une deuxième table ronde afin de faire avancer nos travaux. Toutes ces discussions contribueront à l'élaboration d'un plan d'action national coordonné.

Je vous remercie, honorables députés, du temps que vous nous avez accordé aujourd'hui.

Le président: Vous avez, toutes les deux, été concises. Très bien.

Nous allons commencer la période des questions par M. Di Iorio.

[Français]

M. Nicola Di Iorio (Saint-Léonard—Saint-Michel, Lib.): J'ajouterai ceci aux propos de notre président: vos présentations étaient non seulement concises, mais très pertinentes. Je vous en remercie, et je vous remercie aussi du temps que vous avez consacré à la préparation de vos témoignages.

Le trouble de stress post-traumatique ne survient pas qu'en milieu de travail. Sa portée ne se limite pas, non plus, au milieu de travail des premiers répondants. Par contre, c'est ce dernier aspect qui fait l'objet de notre étude.

Le stress post-traumatique s'inscrit dans un contexte où des événements survenus en milieu de travail causent des lésions professionnelles et des maladies professionnelles. La règle suprême à suivre en tout temps est celle de la prévention. Il faut constamment agir sur le plan de la prévention. On ne rend service à personne si on laisse des situations dégénérer et des événements perturber la vie des gens, tout en sachant que cela va se poursuivre et en intervenant seulement lorsque le mal est fait.

J'aimerais que vous nous disiez ce qui peut être fait pour prévenir ce trouble. Je voudrais aussi savoir quelles sont, en matière de prévention, les meilleures pratiques que vos activités professionnelles vous ont permis d'établir.

Docteure Lanius, vous pouvez peut-être répondre en premier. Ensuite, ce sera à Mme MacDonald.

[Traduction]

Dre Ruth Lanius: Je crois que la prévention passe par l'éducation, c'est-à-dire la sensibilisation au trouble de stress post-traumatique. Il faut aussi une approche descendante, de sorte que ceux aux commandes — par exemple, les chefs de pompiers ou les

chefs de police — soient sensibilisés aux conséquences du travail, d'où leur adhésion et leur soutien. Ils facilitent l'éducation, ce qui peut, selon moi, favoriser une intervention précoce.

S'agissant de l'éducation, nous avons besoin de programmes qui permettent de sensibiliser les gens dès leur formation. Quels sont certains des symptômes du trouble de stress post-traumatique? Que dois-je savoir? Cela se fait déjà, me semble-t-il. Un tel programme existe dans le contexte militaire. On travaille maintenant à l'adapter aux ambulanciers paramédicaux et aux services de police. Ainsi, chefs et travailleurs sont bien au courant des symptômes et ils peuvent surveiller leur propre état de bien-être. Si, un jour, ils ont des ennuis, ils auront très vite accès à des traitements.

À mon avis, si les pompiers ou les agents de police avaient à leur disposition un service spécial, auquel ils pourraient accéder très rapidement et par lequel on leur offrirait, à eux et à leur famille, du soutien, cela contribuerait grandement à réduire les risques d'invalidité et de mortalité associés à cette terrible maladie.

[Français]

M. Nicola Di Iorio: Docteure Lanius, dans le cadre de votre travail, avez-vous pu déterminer si certaines entreprises avaient plus de succès que d'autres en ce qui touche la prévention?

[Traduction]

Dre Ruth Lanius: J'ai vu certains services de pompiers faire preuve de plus d'ouverture que d'autres à l'égard des troubles liés à un traumatisme. Je crois que, pour l'instant, cela dépend vraiment de l'ouverture du chef d'une installation. Si le chef fait preuve d'ouverture d'esprit relativement à ces problèmes, l'ambiance sera bien plus propice au rétablissement et au retour au travail. À mon sens, pour accroître l'efficacité de ces efforts, nous devons d'abord former les chefs, et ce n'est qu'ensuite que les effets se feront ressentir dans l'ensemble de l'organisme.

Cela a-t-il du bon sens?

• (1235)

[Français]

M. Nicola Di Iorio: Oui. Je vous remercie, docteure.

Qu'en est-il de vous, madame MacDonald?

Mme Lori MacDonald: Merci de votre question.

[Traduction]

J'appuie sans réserve les propos de la Dre Lanius. L'éducation est la clé de la prévention. C'est l'un des principaux éléments sur lesquels nous devons miser pour être en mesure de sensibiliser les gens, et je ne parle pas là uniquement de la collectivité. Bien des gens ne sont même pas conscients de ce qu'est le trouble de stress post-traumatique, y compris ceux-là mêmes qui en souffrent.

Je fais écho aux observations de la Dre Lanius en ce qui concerne la direction. C'est d'ailleurs ce qui est ressorti bien clairement des présentations données par les chefs lors de la table ronde. Ils sont fermement convaincus que les chefs devraient reconnaître et comprendre le trouble de stress post-traumatique et savoir comment aider leur personnel à aller de l'avant.

Je vais vous donner deux exemples très rapidement. La GRC est sur le point de lancer une étude longitudinale, d'une durée de 10 ans, sur le trouble de stress post-traumatique, qui visera entre autres à cerner les domaines où nous pouvons améliorer la prévention. La GRC tiendra compte des domaines où le TSPT s'avère le plus fréquent, afin de déterminer là où nous devons consacrer temps et énergie à la prévention, ainsi qu'aux traitements pour donner suite à ce genre de problèmes.

L'autre exemple concerne les pratiques exemplaires. Je me contenterais de vous mentionner le programme En route vers la préparation mentale, mis en place par le ministère de la Défense. Il s'agit d'un très bon programme éducatif à court terme, qui procure des avantages à long terme et qui aide les gens chez qui l'on vient de déceler un des symptômes du trouble de stress post-traumatique ou qui l'ont détecté eux-mêmes. Certains de nos organismes d'agents de la sécurité publique se sont déjà mis à adopter ce programme.

[Français]

M. Nicola Di Iorio: Madame MacDonald, vous semblez avoir prévu ma prochaine question.

Je veux savoir ce qu'on peut apprendre du travail qui a été fait dans les forces armées, ce dont on peut se servir et quelles sont les meilleures pratiques à retenir. Par ailleurs, parlez-nous de ce qu'on ne peut pas tirer de l'expérience de l'armée parce que ce ne serait pas applicable aux premiers répondants.

Mme Lori MacDonald: Merci.

[Traduction]

Tout d'abord, une chose est bien claire: nous avons besoin d'une approche intégrée. Plus nous travaillons en vase clos, moins nous serons efficaces; nous devons donc collaborer avec le ministère de la Défense nationale, le ministère des Anciens Combattants, le portefeuille de la Santé, notre propre ministère ainsi qu'avec les universitaires. Il faut une approche intégrée très vaste pour que nous puissions apprendre les uns des autres et tirer parti de nos expériences respectives, que ce soit au chapitre de la recherche, des programmes ou des leçons tirées.

Qu'avons-nous appris du ministère de la Défense? Par-dessus tout, nous avons pris connaissance de certains des facteurs biologiques. Nous avons appris qu'il faut agir immédiatement et qu'il faut mettre en place les ressources nécessaires pour régler ce problème. Ce que nous avons appris d'un point de vue peut-être défavorable, quoique positif, c'est que nous ne pouvons plus attendre bien longtemps. Nous observons déjà des répercussions considérables sur notre pays; les premiers intervenants sont traumatisés tous les jours par de graves incidents, et plus nous attendrons, plus leur situation empirera.

Le président: Merci.

Monsieur Miller, allez-y.

M. Larry Miller (Bruce—Grey—Owen Sound, PCC): Merci, monsieur le président.

Docteur Lanius, madame MacDonald et monsieur DeJong, je vous remercie infiniment de ces exposés fort intéressants.

Nous sommes probablement tous d'accord pour dire que le TSPT ou, du moins, sa prévalence semblent avoir été mis en lumière. Il est maintenant bien établi que ce trouble existe depuis longtemps; nous le reconnaissons et tout le reste. Je crois que ce problème a surtout été mis en évidence dans le cas des anciens combattants de l'Afghanistan et, bien entendu, dans le cas des ambulanciers paramédicaux, des pompiers et des agents de police, qui, nous le

savons tous, voient des choses très troublantes tout au long de leur carrière. C'est malheureux, mais c'est la réalité.

Docteur Lanius, en écoutant votre exposé sur une stratégie pour le TSPT — et Mme MacDonald y a également fait allusion à plusieurs reprises —, j'ai constaté qu'une expression semblait revenir souvent, à savoir les blessures de stress opérationnel en milieu de travail. Les stratégies semblent être axées là-dessus.

Docteur Lanius, vous avez parlé du couple qui était impliqué dans un terrible accident. Cela ne s'est pas produit en milieu de travail. Je crois que chaque personne gère différemment le stress et ce genre de situations. Voulez-vous dire que votre stratégie globale ne se limite pas seulement au TSPT? Est-ce là une éventualité que vous voudriez envisager dès le départ, ou cela laisse-t-il plutôt entrevoir la possibilité qu'on s'occupe du TSPT dans la société en général, plutôt qu'en milieu de travail seulement? Pourriez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet?

• (1240)

Dre Ruth Lanius: Merci de votre question. Je pense que c'est un point très important. Nous savons maintenant, et nous avons une quantité incroyable de données à l'appui, qu'une expérience indésirable vécue à un jeune âge constitue un facteur de risque énorme pour toutes les maladies mentales — non seulement le trouble de stress post-traumatique, mais aussi la dépression, l'alcoolisme, la toxicomanie, et j'en passe. Ce facteur est également associé, par exemple, aux 10 principales causes de décès médical aux États-Unis. Je crois que si nous pouvions en tenir compte dès le début, ce serait très utile.

Selon une récente étude très médiatisée, les anciens combattants du Canada sont deux fois plus susceptibles que la population civile d'avoir vécu une expérience indésirable à un jeune âge. Il s'agit d'un facteur de risque. Je crois que les gens ont souvent peur d'en parler. Nos cerveaux se développent à mesure que nous grandissons, et c'est à la base de notre développement affectif. À mon avis, si nous pouvions également mettre en place une certaine intervention précoce pour les soignants à risque élevé, nous pourrions diminuer les risques qu'ils souffrent plus tard de troubles liés à un traumatisme.

M. Larry Miller: Parlant de soignants à risque élevé, je songe au personnel infirmier et aux médecins qui essaient d'aider les gens. C'est la raison d'être de leur profession. Malheureusement, dans certains cas, la personne décède — cela se produit régulièrement, par exemple, dans les foyers pour personnes âgées. J'ai des amis qui travaillent dans ce domaine et ils s'avouent très attachés aux pensionnaires; pourtant, la mort est chose courante dans les foyers pour personnes âgées. C'est une réalité. Par conséquent, incluriez-vous ce genre de soins?

On pourrait même transposer cela dans le monde de l'agriculture, surtout en ce qui concerne l'élevage d'animaux. Je viens de ce milieu. Laissez-moi vous dire que j'en ai vécu des situations, et ma femme s'est toujours investie dans ce travail. Elle devait parfois prendre soin de veaux malades pendant plusieurs jours d'affilée, voire pendant toute une semaine. Lorsque l'animal mourait, c'était un coup très dur pour elle.

Cela fait-il partie du TSPT, ou s'agit-il d'une simple réalité ou peu importe? Incluriez-vous ces exemples dans la notion de TSPT? Seriez-vous d'accord ou non là-dessus? Qu'en pensez-vous?

Dre Ruth Lanius: Selon moi, il faut faire attention à la façon dont on définit le stress post-traumatique. Je crois qu'on associe souvent cette notion au deuil aussi. Les gens qui occupent ces emplois souffrent souvent d'épuisement professionnel. À mon avis, il faut faire preuve de prudence au moment de définir le stress post-traumatique, le deuil et l'épuisement professionnel.

M. Larry Miller: Cela se comprend. Je crois que vous venez plus ou moins d'expliquer la différence. J'en suis bien content.

Madame MacDonald, M. Di Iorio a parlé d'une stratégie pour la prévention et tout le reste. Pourriez-vous nous expliquer un peu plus la forme que pourrait prendre une telle stratégie?

Mme Lori MacDonald: Merci beaucoup. Nous avons eu de très bons échanges à la table ronde sur la protection. Quelques points importants ont été dégagés. Il a d'abord été question d'intervention précoce, ce qui vient appuyer ce que disait Mme Lanius: plus tôt on aura fait de mettre en place ces programmes de prévention, plus les résultats seront probants à long terme, ce qui semble couler de source. Quelle que soit la stratégie, nous devons donc mettre l'accent sur les premiers instants de toute forme de stratégie, et cela devrait aussi s'appliquer au plan d'action national en matière de trouble de stress post-traumatique. La stratégie devra tenir compte de tout ce que nous avons mis en place, du recrutement des agents de la sécurité publique de première ligne à la nature du soutien que nous apporterons aux familles et aux amis.

Permettez-moi cette courte analogie. 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 entourage ou de toute autre personne que cela touche.

Alors, en ce qui concerne la question de tantôt au sujet des traumatismes en milieu de travail, la prévention ne devrait pas viser seulement la personne touchée, mais tous ceux autour d'elle qui pourraient subir des contrecoups. Il faut reconnaître l'urgence de l'intervention de première ligne, puis inclure cela dans la stratégie qui sera élaborée.

• (1245)

M. Larry Miller: Combien de temps me reste-t-il?

Le président: Vous avez 10 secondes.

M. Larry Miller: Je crois donc que je vais m'arrêter là.

Merci beaucoup. C'est un sujet très intéressant. J'apprécie vos observations.

Le président: Merci.

Monsieur Julian, soyez le bienvenu.

M. Peter Julian (New Westminster—Burnaby, NPD): Merci beaucoup, monsieur le président.

Le président: C'est un honneur de vous avoir parmi nous.

M. Peter Julian: C'est un honneur pour moi d'être ici. Il s'agit d'une question très importante.

Je veux remercier les trois présentateurs de nous avoir communiqué cette information.

Je m'intéresse au budget global consacré au trouble de stress post-traumatique. Je remarque avec intérêt que la table ronde ministérielle a évoqué la possibilité d'une collaboration entre Sécurité publique,

Santé Canada, la Défense nationale et Anciens Combattants quant à l'élaboration d'options. Un budget est prévu pour la mise au point d'un plan d'action national. Je présume qu'il serait aussi possible de réunir les ressources présentement affectées à la prestation d'aide aux personnes touchées par un trouble de stress post-traumatique.

Pouvez-vous nous donner une idée de l'ensemble des ressources actuelles et du nombre de personnes qui reçoivent un traitement présentement, que ce soient des intervenants de première ligne ou des clients issus du ministère de la Défense nationale ou d'Anciens Combattants? Avez-vous ces chiffres?

Mme Lori MacDonald: Merci de cette question. Je vais vous donner deux réponses.

Premièrement, le budget est réparti dans différents ministères. À la Sécurité publique, qui est mon secteur, certaines ressources sont consacrées à cela. Pour ce qui est du portefeuille proprement dit, la GRC y consacre certaines ressources, comme c'est le cas pour les Services correctionnels, par exemple, ou l'Agence des services frontaliers du Canada. Je n'ai pas ces chiffres avec moi, mais nous pourrions essayer de vous les communiquer.

De façon plus générale, le portefeuille de la santé prévoit aussi des fonds à cette fin par l'intermédiaire des Instituts de recherche en santé du Canada.

Différents montants sont répartis dans un certain nombre de sphères distinctes. Parfois, l'argent est affecté à la santé mentale plutôt que de cibler le trouble de stress post-traumatique de façon particulière. Nous vous donnerons des détails là-dessus.

M. Peter Julian: La première partie de la question concernait le budget global affecté à la mise au point de cette stratégie nationale.

Mme Lori MacDonald: Sécurité publique dispose à l'heure actuelle d'un petit budget à cet égard, et la plupart de nos activités sont axées sur des consultations, comme c'est le cas, par exemple, avec la table ronde. Nous venons tout juste de créer un comité directeur présidé par le sous-ministre adjoint. Nous allons tenir la prochaine table ronde au cours de l'été, puis nous élaborerons un plan. De plus, nous prenons part à un certain nombre de différents forums avec nos vis-à-vis provinciaux et territoriaux.

Nous avons un budget modeste et nous utilisons un certain nombre de mécanismes existants pour faire notre travail.

M. Peter Julian: À combien se chiffre ce budget?

Mme Lori MacDonald: Cela fait partie de l'information que nous vous ferons parvenir.

M. Peter Julian: Je crois que cela serait utile pour le Comité.

A-t-on fait une évaluation du nombre de personnes qui ont besoin d'aide aux Anciens Combattants, à la Défense nationale et chez les premiers intervenants?

Mme Lori MacDonald: Je peux vous parler du nombre global de premiers intervenants et vous donner des pourcentages. Je n'ai pas les chiffres d'Anciens Combattants et de la Défense nationale avec moi, mais je peux vous parler de Sécurité publique.

On compte environ 250 000 agents de la sécurité publique: approximativement 69 000 policiers, 110 000 pompiers — dont 80 000 pompiers volontaires —, environ 20 000 ambulanciers et environ 18 000 travailleurs bénévoles pour les opérations de recherche et de sauvetage. Puis, dans une perspective plus vaste de sécurité publique, il faut compter les effectifs de la GRC, soit environ 16 000 membres, approximativement 8 200 agents correctionnels et les employés de l'Agence des services frontaliers du Canada.

• (1250)

M. Peter Julian: Je voulais surtout connaître le nombre de cas de trouble de stress post-traumatique chez ces intervenants. Je présume que vous n'avez pas ces chiffres sous la main, mais vous serait-il possible de les faire parvenir au Comité?

Mme Lori MacDonald: Nous en avons quelques-uns. 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 réalisée.

Nous pourrions dire qu'il y a une lacune de ce côté-là, car la collecte de données est déficiente. Les gens ne s'avouent pas toujours atteints par ce trouble en raison des préjugés qui y sont associés. Les gens savent que c'est de l'information personnelle, de l'information privée, et ils ne veulent pas que cela se sache.

M. Peter Julian: Merci beaucoup.

Madame Lanius, j'aimerais maintenant m'adresser à vous. Vous avez mentionné le fait que nous avons fait beaucoup de progrès quant aux possibilités de traitement et aux cibles connexes. Vous avez aussi dit que les traitements diffèrent selon la façon de chacun de réagir aux événements traumatisants, qu'il s'agisse d'une réactivité exacerbée des sens ou d'un engourdissement.

Pouvez-vous nous dire ce que nécessite un plan de traitement très efficace? Combien de semaines, de mois ou d'années de traitement faut-il, et à quelle fréquence les traitements doivent-ils être administrés? Je comprends que les cas varient entre eux, ainsi que les traitements qui s'y appliquent. Si nous procurions un traitement optimal à ces personnes qui souffrent d'un trouble de stress post-traumatique, comment cela se traduirait-il sur le plan des ressources?

Dre Ruth Lanius: Nous disposons à l'heure actuelle de plusieurs traitements fondés sur des données probantes, et l'on recommande habituellement 12 séances de traitement. Dans la réalité, par exemple, disons que la moitié des anciens combattants qui commencent ces traitements ne vont pas jusqu'au bout. Je crois que les réactions individuelles aux différents traitements sont un élément dont il faut tenir compte. Pour améliorer les résultats, je crois que la prochaine étape sera de mettre au point des traitements individualisés en fonction des symptômes et des difficultés de chacun. De façon générale, à l'heure actuelle, on recommande 12 séances.

M. Peter Julian: S'agit-il de 12 séances par mois ou par année?

Dre Ruth Lanius: Il s'agit de séances hebdomadaires.

M. Peter Julian: D'accord. Lorsque vous dites que la moitié des anciens combattants ne vont pas jusqu'au bout du traitement, est-ce parce qu'ils sentent qu'ils n'en ont plus besoin, parce que les anciens combattants et les professionnels estiment qu'ils n'en ont plus besoin ou parce que le traitement ne fonctionne pas? Quelles sont les raisons qui motivent cet abandon?

Le président: Soyez très brève, je vous prie.

Dre Ruth Lanius: Il y a plusieurs raisons. Certains jugent que le traitement ne fonctionne pas et d'autres ont de la difficulté à s'investir dans leur thérapie. Les traitements normalisés semblent poser problème: les gens ont de la difficulté à aller jusqu'au bout et à s'y investir. Beaucoup d'articles ont été écrits là-dessus.

Le président: Merci beaucoup.

Madame Damoff.

Mme Pam Damoff (Oakville-Nord—Burlington, Lib.): Merci à vous tous d'être venus aujourd'hui.

Madame Lanius, je vais débiter par vous. Nous savons que les premiers intervenants et les agents correctionnels sont plus à risque que d'autres de souffrir d'un trouble de stress post-traumatique ou de subir des blessures de stress opérationnel. Croyez-vous qu'il y a assez de données et qu'il y a eu assez de recherche à ce sujet, et dans la négative, croyez-vous que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer pour améliorer les données que nous avons?

Dre Ruth Lanius: Absolument. Je crois qu'il y a eu très peu de recherche à ce sujet et que nous aurions effectivement davantage à étoffer nos connaissances en la matière.

Mme Pam Damoff: Selon vos recherches et vos découvertes sur les différentes façons de réagir au stress, quel rôle le gouvernement fédéral devrait-il jouer quant à la mise en commun des pratiques exemplaires? Par exemple, il y a beaucoup d'excellents programmes en cours à l'échelle du pays, mais il ne semble pas y avoir d'effort coordonné pour en faire profiter le plus grand nombre. Je me demande si vous croyez que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer pour faciliter la mise en commun des pratiques exemplaires.

Dre Ruth Lanius: Je crois qu'il serait très utile de mettre sur pied un comité chargé d'élaborer des lignes directrices souples en matière de pratiques exemplaires, lignes directrices qui feraient la promotion de l'approche médicale individualisée. L'ensemble du pays pourra ensuite s'y référer pour le traitement de ces troubles.

• (1255)

Mme Pam Damoff: Je sais que le programme « En route vers la préparation mentale » qui s'adresse aux différents premiers intervenants et aux pompiers a été adapté d'un programme de la Défense nationale. Que pensez-vous de ce programme?

Dre Ruth Lanius: Je crois que c'est un excellent programme, et je crois qu'il a connu un vif succès chez les militaires. Je crois que tous les secteurs où il y a un stress opérationnel en retirent beaucoup. Je suis heureuse de voir qu'il a été adapté aux différentes professions.

Mme Pam Damoff: Je vais maintenant m'adresser à vous, madame MacDonald. Vous avez parlé de la table ronde, et je suis vraiment ravie de voir que le gouvernement fédéral assume un certain leadership à ce sujet. J'aimerais savoir si vous croyez que votre ministère pourrait servir de centre à partir duquel l'on pourrait coordonner certaines de ces pratiques exemplaires.

Mme Lori MacDonald: Merci de cette question.

En fait, le ministère de la Sécurité publique est très chanceux d'avoir une telle responsabilité à l'endroit de nos agents de la sécurité publique. Notre ministre a un rôle très important à jouer aux termes de la Loi sur la gestion des urgences et en ce qui concerne son devoir de collaboration avec les provinces et les territoires, alors nous pensons effectivement que nous sommes dans une position privilégiée pour appuyer cette initiative et en assumer la direction.

Nous disposons d'un certain nombre de forums et d'ouvertures pour soutenir cette démarche auprès des provinces, des territoires et des municipalités, et notre portefeuille nous confère les responsabilités nécessaires pour aller de l'avant. Alors oui, je crois que le ministère de la Sécurité publique peut assumer un certain leadership en la matière.

Mme Pam Damoff: Comment pouvons-nous nous assurer que nos agents correctionnels sont inclus dans cette conversation? J'ai été très surprise et très troublée par les chiffres dont vous nous avez fait part. J'ai l'impression que les agents correctionnels sont un peu comme le groupe oublié des discussions sur les troubles de stress post-traumatique et les blessures de stress opérationnel. Comment pouvons-nous nous assurer qu'ils soient inclus lorsque nous parlons des stratégies? Je sais qu'ils relèvent de votre ministère, mais...

Mme Lori MacDonald: C'est une très bonne question. Lorsque nous avons pris certaines des données concernant les premiers intervenants et les responsabilités prévues dans notre portefeuille, nous avons finalement décidé de les inviter à se joindre à notre comité directeur, car nous avons besoin de connaître leur point de vue.

Ils sont très nombreux et leur situation est unique puisque non seulement c'est la communauté dans laquelle ils vont qui vit des traumatismes, mais en plus les institutions sont comme des communautés au sein des communautés, alors ils y retournent chaque jour pour revivre les mêmes traumatismes. C'est une question qui importe vraiment beaucoup aux agents correctionnels si bien que, de notre point de vue, nous avons besoin qu'ils occupent une place centrale au sein du comité directeur.

Mme Pam Damoff: Si nous devons produire un plan d'action national, est-ce que cela serait utile au sein de votre ministère? Je présume que la réponse est oui.

Mme Lori MacDonald: Ce le serait, oui.

Mme Pam Damoff: D'accord.

Pour en revenir à vous, docteur Lanius, votre collègue, le Dr Frewen, a un cabinet où il offre des traitements axés sur la conscience de soi et les émotions à ses patients en ESPT. Je crois que sa pratique s'appelle « Working Mind ». Pourriez-vous en parler brièvement et nous dire si vous pensez que ce serait une méthode que le gouvernement pourrait diffuser comme pratique exemplaire?

Dre Ruth Lanius: Absolument. Des preuves ont démontré que la conscience de soi est aussi efficace dans le traitement du stress post-traumatique, et le Dr Frewen a créé un site Web que l'on peut

consulter. Je ne peux pas parler pour lui, mais il l'a rendu accessible à bien des populations, et si vous prenez contact avec lui, je suis sûre qu'il...

Je pense que son site a été un outil très utile à bien des gens pour les aider à améliorer leur attention, à rester dans le moment présent, à ne pas succomber aux flashbacks et à rehausser leur qualité de vie.

Mme Pam Damoff: Il y a un terme qu'on utilise pour parler des membres de la famille et des enfants qui souffrent de stress post-traumatique. Je n'arrive pas à m'en rappeler, mais ils finissent par souffrir eux-mêmes de stress post-traumatique.

Pourriez-vous en parler pendant le temps qu'il nous reste?

Dre Ruth Lanius: Oui. Il arrive souvent que lorsqu'une personne en état de stress post-traumatique retourne dans sa famille, elle soit troublée, en colère et incapable de contrôler ses émotions. Cela peut être très traumatisant pour toute la famille, alors parfois les enfants éprouvent des difficultés psychologiques parce qu'ils sont incapables de composer avec les troubles familiaux causés par le caractère intergénérationnel du traumatisme.

Je suis ravie que Mme MacDonald l'ait mentionné. Dans le traitement, on accorde la priorité non seulement à la personne en état de stress post-traumatique, mais aussi à toute la structure familiale.

● (1300)

Mme Pam Damoff: Les membres de la famille doivent en être conscients et rester à l'affût de ce type de chose, n'est-ce pas?

Dre Ruth Lanius: Absolument. Il est primordial d'être conscient de cette réalité.

Le président: J'ai bien peur que nous devons nous arrêter ici pour aujourd'hui.

Madame MacDonald, pourriez-vous faire une chose pour le Comité dans une réponse écrite? Nous nous demandons comment Sécurité publique Canada définit « premier intervenant » et « agent de la sécurité publique ». Qui est visé par chacune de ces définitions et qui ne l'est pas? Nous avons un peu de mal avec certaines de ces définitions en ce qui concerne la responsabilité fédérale, alors cela nous serait utile. Merci beaucoup.

Merci à tous nos témoins. J'apprends des choses ici. Je crois que je vais devoir me rendre dans l'Ouest ontarien.

Merci beaucoup aux membres du Comité. À mardi.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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