



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 065



2^e SESSION



41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 28 mai 2015

Président

M. Ben Lobb

Comité permanent de la santé

Le jeudi 28 mai 2015

• (1530)

[Traduction]

Le président (M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC)): La séance est ouverte. Bonjour, mesdames et messieurs. Bienvenue à l'étude du comité.

Nous accueillons trois invités au cours de la première heure. Nous avons d'abord M. Marnin Heisel.

Vous nous entendez bien, monsieur Heisel?

M. Marnin Heisel (directeur de la recherche et professeur agrégé, Département de psychiatrie, University of Western Ontario, à titre personnel): Oui, merci.

Le président: Comme vous témoignez au comité par vidéoconférence, nous commencerons par vous. Allez-y...

M. Young a un rappel au Règlement.

M. Terence Young (Oakville, PCC): Monsieur le président, il y a un témoin que j'aurais aimé voir comparaître par vidéoconférence à partir de l'Europe. Il s'agit du Dr Peter Götzsche. L'explication que j'ai reçue du greffier, M. Chaplin, c'est qu'il a tenté de communiquer avec le témoin, mais qu'il n'était pas disponible, pour une raison quelconque. C'était lié à l'interprétation ou à la vidéoconférence.

Était-ce bien cela?

Pourrais-je avoir une explication?

Le président: La voulez-vous maintenant? Nous avons très peu de marge de manoeuvre.

M. Terence Young: Je tiens à l'avoir maintenant; merci, monsieur le président.

Le président: Bien, d'accord; nous pouvons prendre autant de temps que vous le voulez.

Le greffier du comité (M. Andrew Bartholomew Chaplin): Monsieur, nous n'avons pas le temps d'organiser une vidéoconférence, et pour la deuxième heure — la période à laquelle nous voulions lui demander de comparaître —, nous avons déjà un témoin qui devait comparaître par vidéoconférence, en français. Nous n'avons pas la capacité de tenir des vidéoconférences en anglais et en français en même temps.

M. Terence Young: Ne pourrait-il pas comparaître à une autre date? Est-ce la dernière journée, aujourd'hui?

Le greffier: Oui, monsieur.

M. Terence Young: Je vois. Merci, monsieur le président.

Le président: Allez-y, monsieur Heisel.

M. Marnin Heisel: Merci beaucoup.

Monsieur le président, madame la vice-présidente, monsieur le vice-président, membres du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, je suis très ravi d'être parmi vous aujourd'hui pour parler des soins en santé mentale et de la prévention

du suicide au Canada. Je vous félicite de tenir des consultations sur ces enjeux d'une importance capitale pour la santé des Canadiens, et je salue la décision du gouvernement de maintenir son appui à la Commission de la santé mentale du Canada pour la prochaine décennie, voire plus longtemps.

Je m'appelle Marnin Heisel. Je suis psychologue clinicien, professeur agrégé et directeur de la recherche au Département de psychiatrie de l'University of Western Ontario et chercheur scientifique au Lawson Health Research Institute, à London. Mon champ de compétence en recherche est l'étude du suicide et sa prévention, avec une attention particulière sur les adultes âgés et d'autres populations à risque.

On dit dans le domaine de la prévention du suicide que la prévention du suicide est l'affaire de tous. Chaque année, dans le monde, plus de 800 000 personnes se suicident. Au Canada, chaque année, environ 4 000 personnes se suicident, ce qui représente plus de 10 décès par jour.

Le suicide touche tout le monde, sans distinction de sexe, d'âge et de groupe sociodémographique, mais de façon inégale. La grande majorité des Canadiens qui se sont suicidés sont des hommes, et les taux les plus élevés sont observés chez les hommes d'âge moyen et les hommes plus âgés, en particulier ceux d'origine européenne et américaine. Entre 2000 et 2011, le nombre de personnes âgées — hommes et femmes — qui se sont suicidées au Canada a augmenté de 29 %. Cette augmentation est représentative des changements démographiques, du moins en partie. Nous devons toutefois chercher à réduire le nombre et le taux de suicide, et nous ne pouvons leur permettre de continuer d'augmenter chez les groupes les plus vulnérables.

Le risque de suicide est également élevé chez les Canadiens qui souffrent de troubles mentaux, qui ont des dépendances et des antécédents de traumatisme, entre autres facteurs. Ces faits sont confirmés depuis des décennies. Nous avons une bonne compréhension des divers facteurs de risque psychologiques, sociaux et biologiques relatifs au suicide. Cependant, nous manquons de renseignements sur des modèles fondés sur des données scientifiques concernant le risque de suicide, sur les meilleures méthodes d'intervention en matière de prévention du suicide, et ce manque est peut-être encore plus important pour les enjeux liés à la promotion efficace de la santé mentale, du bien-être et de la résilience psychologique.

Heureusement, les choses évoluent. On observe chez les chercheurs en soins cliniques et en santé publique une augmentation des activités de recherche novatrices sur la prévention du suicide et les mesures d'intervention. Par exemple, mes collègues et moi avons adapté une méthode d'intervention psychothérapeutique pour les adultes âgés qui présentent un risque de suicide. Nous avons mené une étude sur l'application des connaissances et formé des praticiens de première ligne qui interviennent auprès d'adultes âgés à risque. Nous menons une étude d'intervention préventive en amont sur des groupes axés sur le sens qui oeuvrent auprès d'hommes vivant dans la collectivité préoccupés par leur transition vers la retraite. J'animerai un de ces groupes ce soir, et c'est pourquoi je ne peux malheureusement témoigner en personne aujourd'hui. Ce sont là seulement quelques exemples.

On mise de plus en plus sur les thérapies améliorées à l'aide d'outils électroniques pour les personnes à risque, pour les interventions auprès d'anciens combattants, de personnes qui ont des comportements d'automutilation, des antécédents de traumatisme, etc. Il s'agit de travaux nécessaires et très prometteurs qui doivent se poursuivre. Il faut y intégrer de solides éléments d'application et de transfert des connaissances pour les administrateurs et les fournisseurs de soins de santé ainsi que les observations de personnes qui ont une expérience vécue de ce problème.

Pour déterminer la meilleure façon de prévenir le suicide, il convient de miser sur les ressources disponibles: les gens, les idées, le financement et la volonté politique. Je suis très heureux de constater que la Loi sur le code fédéral de prévention du suicide représente une reconnaissance officielle que le suicide est une priorité en santé mentale et en santé publique au Canada et qu'on y souligne la nécessité de sensibiliser la population, d'échanger des informations et de publier des statistiques sur le suicide de façon à favoriser la collaboration et le transfert de connaissances, à définir les pratiques exemplaires et à promouvoir l'adoption d'approches fondées sur des données probantes pour la prévention du suicide.

C'est dans cette optique que s'est tenue à Ottawa, en 2012, une réunion d'un groupe de réflexion sur la prévention du suicide. Il s'agissait de la première réunion du Groupe de collaboration national sur la prévention du suicide, à laquelle ont participé des chercheurs, des cliniciens, des organismes gouvernementaux, des organismes non gouvernementaux et des Canadiens ayant une expérience vécue sur le sujet. J'ai eu l'honneur d'y présenter l'étude sur le transfert des connaissances que nous avons menée avec nos collègues de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. Ces deux dernières années, j'ai représenté la Société canadienne de psychologie au comité directeur du Groupe de collaboration national sur la prévention du suicide.

Actuellement, le Canada n'a pas d'orientation cohérente pour la recherche sur la prévention du suicide ou pour l'intervention. Par conséquent, les fournisseurs et administrateurs de services de soins de santé manquent cruellement de ressources pour déterminer la meilleure façon de répondre au besoin croissant d'approches en matière de détection, de surveillance et de réduction du risque de suicide chez la clientèle. Les hôpitaux sont maintenant tenus d'avoir des mécanismes pour la détection et la gestion du risque de suicide. Malheureusement, beaucoup n'ont pas l'expertise ou les ressources nécessaires pour les mettre en place de façon plus adéquate et efficace. Même si le Canada peut compter sur une main-d'oeuvre qualifiée et dévouée dans le domaine des soins de santé mentale, il manque de données claires sur des méthodes éprouvées qui

permettraient d'utiliser les connaissances actuelles en prévention du suicide pour assurer la prestation efficace des services.

● (1535)

J'entends trop souvent parler de gens qui consultent un professionnel de la santé, qui se rendent dans une clinique ou à l'urgence, mais qui ne peuvent obtenir des soins rapidement, de gens qui sont envoyés d'un service à l'autre, de gens auxquels on recommande des services en santé mentale qui ne sont pas offerts dans leur collectivité, ou de gens qui obtiennent leur congé sans avoir un plan de traitement clair ou un suivi adéquat.

Souvent, les familles confient leurs proches suicidaires aux établissements de soins de santé afin de les protéger. Or, il arrive que des Canadiens se suicident pendant leur séjour à l'hôpital ou dans un autre établissement, parfois même lorsqu'ils sont sous étroite surveillance. D'autres le font peu après leur sortie de l'hôpital. Certains diront que c'est inévitable. J'espère que vous conviendrez avec moi que c'est inacceptable et que nous travaillerons ensemble pour changer les choses.

Étant donné la nécessité d'améliorer la création et la mise en oeuvre d'approches rigoureuses fondées sur des données probantes en matière de prévention du suicide, je propose la création d'un réseau pancanadien de recherche sur la prévention du suicide. Ce réseau novateur aurait comme principal objectif de créer une coalition de chercheurs, de cliniciens, de spécialistes des politiques, d'intervenants et de personnes ayant une expérience vécue afin d'intégrer et de diffuser rapidement les connaissances sur le suicide et sa prévention, et ce, dans divers domaines et diverses méthodes, populations et approches; de faciliter la tenue d'importantes études multicentriques et études sur la population; de répondre rapidement et efficacement aux besoins des particuliers, des collectivités, des familles et des organismes gouvernementaux; de former les prochaines générations de suicidologues canadiens; d'orienter la mise en place de pratiques adéquates et sécuritaires en matière de soins de santé; d'aider à atteindre l'objectif ultime d'un Canada sans suicide. Un tel réseau permettrait ainsi d'assurer la mise en oeuvre adéquate de la Loi sur le cadre fédéral de prévention du suicide; de favoriser la recherche scientifique collaborative; de favoriser une action concertée pour prévenir le suicide au Canada et, à terme, d'aider à améliorer la santé et le bien-être au pays.

En collaboration avec nos homologues de la Commission de la santé mentale du Canada, de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies des IRSC, nous tiendrons le mois prochain, à Montréal, une réunion d'une journée à laquelle participeront plus de 40 grands spécialistes canadiens du suicide et de sa prévention, dans le but d'entreprendre l'élaboration d'un nouvel ensemble de priorités stratégiques nationales en matière de recherche sur la prévention du suicide. Cette réunion s'inspire des succès d'une réunion tenue en 2003, avec l'appui du gouvernement fédéral, et vise à tirer avantage des connaissances acquises au cours de la dernière décennie et à déterminer la voie à suivre pour les années à venir. J'aborde cette réunion avec un grand optimisme, et je suis conscient que la réussite est tributaire de la mise en oeuvre des priorités qui auront été établies.

Pour terminer, je vous remercie de votre attention et je vous demande respectueusement d'appuyer trois initiatives qui peuvent aider à améliorer la prévention du suicide au Canada.

Brièvement, la première est le financement dédié à la recherche sur la prévention du suicide. Il pourrait être très avantageux de créer un portefeuille national de recherche sur la prévention du suicide assorti de fonds réservés au fonctionnement; aux subventions d'application des connaissances; à l'appui professionnel pour les stagiaires, les boursiers postdoctoraux, les nouveaux chercheurs — par l'intermédiaire d'un mentorat offert par des personnes à mi-carrière ou en fin de carrière —; aux IRSC ou aux chaires de recherche du Canada en prévention du suicide; à la création d'un centre d'excellence national sur la prévention du suicide. Les fonds pourraient être répartis entre divers organismes gouvernementaux et d'autres organismes de financement.

La deuxième est le réseau canadien de recherche sur la prévention du suicide qui devra aussi avoir un financement dédié si on veut assurer sa croissance et son succès. Nous faisons d'excellents progrès quant à l'établissement des priorités stratégiques en matière de recherche, ce que nous n'aurions pu faire sans l'aide et l'appui inestimables des organismes gouvernementaux, mais il reste beaucoup à faire.

La troisième est l'accès aux services psychologiques pour tous les Canadiens. Cette semaine, le quotidien *The Globe and Mail* a publié une série d'articles réclamant un accès accru aux services en santé mentale, y compris aux services psychologiques. À mon avis, le mouvement pour la médecine personnalisée témoigne du besoin d'optimiser les interventions médicales selon le profil spécifique du patient. Or, ce n'est rien de nouveau, en ce sens que les fournisseurs de services de santé mentale le font depuis des années. Les psychologues offrent des services de santé vraiment personnalisés, car ils offrent des services approfondis: évaluation personnelle, plan de traitement, mesures de mise en oeuvre et d'évaluation, en plus de prendre en compte les antécédents personnels et familiaux, le développement et le mode de vie du patient.

● (1540)

Idéalement, ces trois initiatives seraient menées de concert, ce qui permettrait d'établir un réseau de chercheurs, de cerner les principales priorités en matière de recherche et d'appuyer adéquatement la tenue de recherches novatrices et efficaces axées sur le milieu de la santé ainsi que la communication des résultats, en vue d'une application dans le domaine des services de soins de santé. À titre d'exemple, prenons les résultats prometteurs de la recherche sur le rôle de la psychothérapie dans la réduction des pensées et des comportements suicidaires. À mon avis, la psychothérapie est nécessaire pour beaucoup de personnes à risque de se suicider, pour ne pas dire la plupart d'entre eux. Or, de nombreux Canadiens n'ont pas les moyens de s'offrir ses services.

Je vous remercie de votre attention.

Le président: Merci beaucoup.

Nous entendrons maintenant Mme Bonnie Schroeder, qui est directrice de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées.

Allez-y, s'il vous plaît.

Mme Bonnie Schroeder (directrice, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées): Je vous remercie d'avoir invité la coalition à prendre part aux consultations sur la santé mentale au Canada. Je suis très heureuse et honorée de la représenter.

En résumé, la CCSMPA, comme on l'appelle, est une coalition nationale parrainée par l'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique. Elle compte environ 2 000 membres au pays qui représentent les aînés, les aidants naturels, les membres de la famille,

de même que les professionnels de la santé et les décideurs dans divers secteurs et à divers échelons de gouvernement. Notre mission consiste à promouvoir la santé mentale des aînés en servant de lien entre les gens, les idées et les ressources. Notre objectif stratégique premier est de faire en sorte que la santé mentale des aînés soit reconnue comme un enjeu fondamental pour assurer la santé et le bien-être des Canadiens.

Comme vous le savez, le Canada est en plein coeur d'un changement démographique important et permanent en raison du vieillissement de la population qui aura de profondes répercussions sur notre bien-être économique, social, mental et physique. Du point de vue de la santé publique, nous constatons que les aînés vivent bien au-delà de l'âge de la retraite et qu'ils se préoccupent davantage de leur santé. Par contre, plus de Canadiens vivent longtemps avec des maladies chroniques, une santé fragile, une déficience cognitive et une maladie mentale.

Le changement démographique continuera d'avoir des répercussions importantes sur le système de soins de santé du Canada, fragilisant d'autant plus les services en santé mentale. Les aînés ont besoin de plus en plus d'une bonne variété de services en santé physique et mentale, que ce soit à la maison, au sein de la communauté ou dans les établissements de soins de longue durée, mais le système de santé actuel n'a pas la capacité nécessaire pour répondre aux besoins d'une population vieillissante.

Les problèmes de santé mentale des aînés sont une source de préoccupations grandissante en raison de leurs répercussions sur les personnes atteintes, les membres de leur famille et la société tout entière. Nous affirmons que la maladie mentale n'est pas un phénomène normal du vieillissement, mais nous savons aussi que le taux de prévalence augmente avec l'âge. Dans son rapport intitulé *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*, la Commission de la santé mentale du Canada rapporte que 65 % des hommes et 70 % des femmes âgés de 90 ans et plus ont eu, ou vont avoir, une maladie mentale au cours de leur vie. Environ 1,6 million d'aînés vivent avec une maladie mentale aujourd'hui. En 2041, ce nombre dépassera les 2,8 millions chez les 60 ans et plus.

En raison des effets néfastes et coûteux de la maladie mentale pour les familles et les gouvernements, il faut donc s'occuper de la santé tant mentale que physique des aînés. En optant pour des interventions ciblées et adaptées permettant d'entrer en contact avec les aînés souffrant de problèmes de santé mentale ou physique et leur famille pour leur offrir du soutien, nous serons mieux à même de prévenir la dépression, de réduire l'anxiété, de réduire la toxicomanie et les maux qui y sont associés, de prévenir le suicide, et de réduire aussi la stigmatisation et les conséquences négatives qui en découlent.

Nous vous soumettrons un mémoire, mais pour les besoins de cet exposé, je me concentrerai sur la toxicomanie et la stigmatisation, et je céderai ensuite la parole à M. Marnin Heisel qui vous parlera de suicide.

Chez les aînés, ce sont les problèmes d'alcoolisme et ceux liés à l'utilisation de médicaments psychotropes contre l'anxiété, les troubles du sommeil et la douleur qui sont les plus préoccupants. Selon l'Enquête sur les toxicomanies au Canada réalisée en 2004, 16 % des adultes de 65 ans et plus déclarent boire beaucoup, soit plus de 14 verres par semaine pour les hommes et de 9 verres pour les femmes. Près de la moitié d'entre eux déclarent prendre plus de cinq consommations à une même occasion au moins une fois par mois. La surconsommation d'alcool chez les aînés affaiblit les facultés mentales et accroît les risques de suicide. Selon d'autres études, les aînés qui consomment à la fois de l'alcool et des médicaments psychotropes sont plus à risque d'avoir un accident de voiture ou de tomber et de se fracturer la hanche ou se blesser.

Pour préparer mon exposé, j'ai consulté des membres du conseil d'administration de l'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique pour savoir quels sont les problèmes au quotidien. Selon un membre qui est médecin:

La toxicomanie, les traitements et le logement sont particulièrement sous-financés. Ceux qui sont aux prises avec des problèmes de toxicomanie persistants souffrent également souvent de séquelles cognitives consécutives à un traumatisme cérébral, de carences alimentaires et de multiples maladies. Ces personnes triplement condamnées — en raison de leur âge, de leurs problèmes de toxicomanie et de leur démence — ne sont pas agréables à servir, mais elles méritent une intervention mieux ciblée.

Il a ajouté que dans sa communauté, ces aînés aboutissent souvent dans la rue ou dans des centres d'hébergement où personne n'est en mesure de voir la complexité de leur situation.

● (1545)

Ainsi, les aînés ont souvent de multiples maladies, que vient empirer l'alcool, mais qui ne correspondent pas au profil attendu du buveur invétéré. L'alcoolisme peut aussi s'accroître en vieillissant pour diverses raisons — solitude, chagrin, remède personnel à la souffrance émotionnelle. Les problèmes de toxicomanie diminuent avec l'âge, mais on constate que les hommes sont beaucoup plus nombreux à boire que les femmes, et ce, quel que soit le groupe d'âge. Toutefois, en raison des changements physiques associés au vieillissement, les aînés sont sans doute plus vulnérables aux effets négatifs de l'alcool, même en faible quantité, sur la santé physique, émotionnelle et cognitive. Les coûts économiques et sociaux de la toxicomanie au Canada sont évalués à 39,8 milliards de dollars. On ne sait pas exactement quels sont les coûts chez les aînés.

Malgré les résultats de cette recherche, nous disposons de bien peu de données sur la prévalence de la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les aînés. L'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues de 2013 ne nous renseigne malheureusement que sur deux catégories, les moins de 25 ans et les plus de 25 ans, ce qui nous prive de renseignements sur l'utilisation ou l'utilisation abusive de l'alcool chez les aînés. Cela étant dit, nous sommes ravis de savoir que les données de l'Enquête longitudinale canadienne sur le vieillissement nous fourniront sans doute des renseignements utiles à cet égard.

Les aînés, dont le nombre est en croissance, font l'expérience nouvelle de la double stigmatisation liée à la santé mentale et au vieillissement. Nous savons que l'âgisme et la stigmatisation peuvent créer des barrières à l'obtention de soins, à une bonne évaluation de la condition, et à un bon débat public. Le phénomène a été constaté dans *De l'ombre à la lumière*. Dans le rapport final, on souligne en effet que les symptômes de la maladie mentale chez les aînés sont souvent attribués au vieillissement. En fait, la stigmatisation de l'âgisme est un thème récurrent tout au long du rapport sur le vieillissement préparé par le comité permanent.

J'ajouterais un autre élément de stigmatisation: le sexisme. Les hommes reçoivent souvent un diagnostic d'alcoolisme et de dépendance aux drogues et sont plus à risque de suicide. La dépression et l'anxiété sont souvent des diagnostics comorbides communs, mais comme l'a mentionné l'administrateur en chef de la santé publique dans son rapport *Le sexe et le genre - Leur influence importante sur la santé*, la maladie mentale chez les hommes est sous-diagnostiquée et sous-déclarée. On croit que cela est lié à une multitude de facteurs possibles — sociaux, culturels et biologiques —, de même qu'à la stigmatisation voulant qu'une maladie mentale chez un homme soit perçue comme une faiblesse.

L'âge, la maladie mentale et le genre sont trois facteurs combinés qui nous donnent l'occasion de nous pencher sur les façons d'améliorer la santé mentale des aînés, en particulier les hommes, et de leurs aidants. Tout retard dans le diagnostic et le traitement d'une maladie mentale chez un homme âgé peut avoir des répercussions sur le système de santé. Dans le cadre d'une étude australienne menée récemment auprès d'hommes âgés souffrant de dépression, on a constaté qu'ils étaient plus à risque d'une hospitalisation non liée à leur maladie mentale, de même qu'à un séjour prolongé et des problèmes de santé graves, que les patients ne souffrant pas de dépression. Au Canada, les séjours à l'hôpital pour maladie mentale sont beaucoup plus longs chez ce groupe d'âge que pour les autres groupes. Le séjour moyen est de 29 jours chez les aînés de plus de 60 ans, comparativement à 16 jours chez les adultes de 45 à 60 ans.

Comment se traduit cette stigmatisation dans la vraie vie? Pour vous donner un petit exemple, disons qu'on parle beaucoup du suicide des jeunes et du potentiel qui est perdu, mais que le legs perdu d'un aîné qui se suicide est délibérément passé sous silence. On n'en parle pas.

Vous avez demandé qu'on mette l'accent sur la coordination des efforts au niveau national. Je vais me concentrer sur les pratiques exemplaires. Grâce aux fonds de l'Agence de la santé publique du Canada, la coalition a dirigé les travaux d'élaboration des premières lignes directrices nationales interdisciplinaires sur la dépression, le délirium, les risques de suicide, la prévention de ce dernier, et la santé mentale dans les établissements de soins de longue durée. Elles ont été rédigées par une équipe de chercheurs et de professionnels de la santé provenant de diverses disciplines qui ont passé en revue la littérature nationale et étrangère et en ont fait une synthèse.

● (1550)

Depuis la publication en 2006, des milliers de copies électroniques et imprimées ont été distribuées d'un bout à l'autre du Canada et dans plus de 60 pays. Dans le but de faciliter l'application des connaissances et des recommandations formulées dans les lignes directrices, et encore une fois avec l'aide de l'Agence de la santé publique du Canada, ou ASPC, nous avons créé toutes sortes d'outils d'accompagnement, comme des fiches cliniques et des guides de ressources pour les personnes âgées et leur famille, de même que des modules d'apprentissage et des outils pour les fournisseurs de soins de santé. Nous avons actualisé les lignes directrices sur le délirium, sur la santé mentale et sur les soins de longue durée, et nous sommes en train de mettre à jour celles sur le suicide et la dépression.

Nous avons également collaboré avec la Commission de la santé mentale du Canada à la rédaction des Lignes directrices de 2011 relatives à la planification et à la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens. Le document recommande un modèle...

Le président: Madame Schroeder, vous parlez depuis 11 minutes déjà. Pourriez-vous s'il vous plaît conclure rapidement?

Mme Bonnie Schroeder: Je vais m'arrêter ici.

Pour ce qui est des recommandations, compte tenu des preuves et des lignes directrices en santé mentale qui préconisent un programme complet, nous nous concentrons sur la stratégie. Nous demandons instamment au gouvernement fédéral de faire en sorte que les problèmes de santé mentale des aînés demeurent prioritaires au sein de la stratégie nationale en santé mentale. De plus, nous lui recommandons d'adopter une stratégie nationale pour les personnes âgées qui insiste beaucoup sur la protection et la promotion de la santé physique et mentale des Canadiens.

Du côté de la capacité du système, la coalition recommande de passer d'une approche de prise en charge des maladies à une approche qui met davantage l'accent sur la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux, des maladies chroniques et des handicaps, et qui distribue adéquatement les ressources à tous les niveaux.

La coalition est déterminée à ce que les personnes âgées aient accès à des soins en santé mentale, y compris à des mesures de promotion de la santé mentale. Elle met avant tout l'accent sur l'aide aux personnes âgées qui souffrent de problèmes de santé chroniques et aux aidants familiaux, ainsi que sur la prévention à un âge avancé.

Merci.

• (1555)

Le président: Excellent. Merci beaucoup.

La prochaine intervenante est la représentante de la Société canadienne de psychologie.

Docteure Karen Cohen, vous pouvez y aller.

Dre Karen R. Cohen (chef de la direction, Société canadienne de psychologie): Merci.

Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du comité, bonjour. Je suis Dre Karen Cohen, chef de la direction de la Société canadienne de psychologie, ou SCP.

La SCP est l'association nationale des chercheurs et des professionnels en psychologie. Quelque 18 000 psychologues sont autorisés à pratiquer au Canada. C'est donc le plus important groupe au pays de fournisseurs de soins de santé réglementés et spécialisés.

Les psychologues sont employés par des établissements publics comme les hôpitaux, les cliniques de médecine familiale et de soins primaires, les écoles, les universités et les établissements correctionnels. Mais compte tenu des compressions imposées aux ressources humaines du secteur public, un nombre grandissant de psychologues travaillent en cabinet privé.

Leur champ d'activité comprend l'évaluation et le diagnostic de troubles mentaux et de la fonction cognitive, la mise au point et l'évaluation de protocoles et de programmes de traitement, l'administration et la supervision du traitement, ainsi que des recherches.

Nous sommes ravis que le gouvernement du Canada ait indiqué, dans le budget de 2015, son intention de renouveler le mandat de la Commission de la santé mentale du Canada pour 10 ans de plus. La SCP est aux côtés de la commission depuis longtemps; elle a appuyé sa création, siège à ses comités consultatifs et donne son point de vue sur les projets passés et présents. Espérons qu'avec le nouvel investissement, la commission aura pour mandat d'appliquer les recommandations de la stratégie en matière de santé mentale. Cette stratégie examine soigneusement les changements que le Canada

doit apporter afin de favoriser la santé mentale et le bien-être des citoyens. Il est temps de changer les choses.

La stratégie préconise un meilleur accès aux psychothérapies fondées sur des données probantes et offertes par des fournisseurs de services qualifiés. Nous espérons que la commission collaborera avec les gouvernements et d'autres intervenants afin de donner suite à cette recommandation clé.

Les recherches démontrent que les traitements psychologiques conviennent à une vaste gamme de troubles mentaux, comme la dépression, l'anxiété, les troubles de l'alimentation et la toxicomanie. Ils sont moins coûteux et aussi efficaces, sinon plus, que les médicaments destinés à un certain nombre de troubles mentaux courants. Ils donnent de meilleurs résultats que les médicaments pour certains types d'anxiété. Dans le cas de la dépression, ils diminuent le risque de rechutes comparativement à un simple traitement médicamenteux. Ils permettent aux patients de mieux respecter le traitement et de se sentir moins accablés par leur condition, et diminuent le taux de suicide des personnes atteintes du trouble bipolaire, si le traitement est combiné à une médication. Les traitements psychologiques aident à prévenir les rechutes lorsqu'ils font partie des services et de l'aide offerts aux personnes atteintes de schizophrénie. Enfin, ils diminuent la dépression et l'anxiété chez les personnes atteintes de maladies cardiaques; le traitement combiné aux médicaments diminue le nombre de décès attribuables aux troubles cardiaques.

Malgré ces données probantes, les services et les soins en santé mentale présentent des lacunes importantes. Au Canada, le financement public des soins n'est pas réparti équitablement entre la santé mentale et la santé physique. D'après la stratégie en matière de santé mentale du Canada, il semble que les dépenses à ce chapitre ne représentent que 7 % des dépenses totales en santé. Les services psychologiques ne sont pas couverts par nos régimes publics d'assurance-maladie. Les Canadiens doivent payer de leur poche ou dépendre du régime privé de leur employeur. Or, la couverture des régimes privés suffit rarement à recevoir un service satisfaisant sur le plan clinique.

Erin Anderssen, du *Globe and Mail*, a frappé en plein dans le mille cette semaine lorsqu'elle a parlé de la crise en santé. Elle demande: si nous avons des données probantes, pourquoi n'offrons-nous pas des soins fondés sur ces données?

L'accès au traitement ne devrait pas dépendre des avantages sociaux ou du revenu d'une personne. Ceux qui n'ont pas les moyens de payer le traitement se retrouvent sur de longues listes d'attente, doivent dépendre de médicaments d'ordonnance, ou n'obtiennent tout simplement aucune aide. Si nous voulons que notre système de santé offre des soins rentables et efficaces sur le plan clinique, il faut revoir les politiques, les programmes et les structures de financement grâce auxquels ces soins sont administrés.

La SCP a commandé un rapport auprès d'un groupe d'économistes du domaine de la santé qui propose plusieurs modèles visant à améliorer l'accès aux services psychologiques pour les Canadiens. Le rapport présente une analyse de rentabilisation sur un meilleur accès aux services psychologiques en démontrant un rendement positif du capital investi et une proposition de services qui donne les résultats voulus. Il examine des pays comme le Royaume-Uni, l'Australie, les Pays-Bas et la Finlande, où des programmes permettent l'accès aux services psychologiques au sein des systèmes de santé publique.

D'après un rapport de 2012 sur le programme du Royaume-Uni améliorant l'accès à la psychothérapie, plus de 1,1 million de personnes auraient été traitées, avec un taux de rétablissement de plus de 45 %. Quelque 45 000 personnes ont cessé de bénéficier des congés de maladie payés et des prestations. En 2015, on estime que le programme a permis au service de santé national d'économiser 272 millions de livres sterling, et 700 millions de livres sterling pour l'ensemble du secteur public. D'ici la fin de l'exercice 2016-2017, les retombées financières nettes du programme sont évaluées à 4,6 milliards de livres sterling, ce qui serait attribuable à la prévention, à l'intervention précoce et à la réduction de l'absentéisme.

Le fait de traiter les troubles mentaux rapidement et efficacement peut compenser le coût des traitements. Cette stratégie peut diminuer le nombre de visites et d'interventions médicales, et diminuer l'invalidité à court et à long terme. En revanche, les troubles qui ne sont pas soignés ou qui sont mal traités coûtent des dizaines de milliards de dollars par année au marché du travail.

L'accès aux soins psychologiques nécessaires a une incidence sur les gens tout au long de leur vie.

● (1600)

Le rapport de mai 2015 de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou ICIS, révèle que les visites à la salle d'urgence et le taux d'hospitalisation d'enfants et de jeunes pour des troubles mentaux ont augmenté depuis 2006, surtout chez les jeunes de 10 à 17 ans souffrant de troubles de l'humeur et d'anxiété. L'usage de psychotropes a augmenté aussi. Un rapport de 2011 du Réseau canadien en politiques publiques et de l'ICIS montre que la meilleure preuve du rendement du capital investi en matière de santé mentale, ce sont les services et le soutien adaptés aux enfants et aux jeunes qui réduisent l'incidence de troubles du comportement et de dépression, qui favorisent les compétences parentales, qui luttent contre l'intimidation et les préjugés, qui font la promotion de la santé à l'école, et qui offrent un dépistage de la dépression et la consommation excessive d'alcool dans un milieu de soins de santé primaires.

La population canadienne vieillit, et les aînés auront eux aussi du mal à recevoir les soins psychologiques dont ils ont besoin. Beaucoup d'entre nous vieilliront relativement en bonne santé, mais d'autres éprouveront toutes sortes de difficultés cognitives, émotives et physiques, y compris la démence, la dépression, l'anxiété, la prise en charge de maladies chroniques et les soins palliatifs. Pas moins de 20 % des aînés vivent avec un trouble mental. La dépression touche environ 40 % des victimes d'accident vasculaire cérébral. Jusqu'à 44 % des résidents de foyers de soins longue durée ont reçu un diagnostic de dépression, et 80 à 90 % d'entre eux présentent un trouble mental ou cognitif.

Le Canada a pris des mesures fort importantes pour améliorer la santé mentale des Canadiens. Les campagnes de sensibilisation et les conversations publiques disent aux Canadiens qu'ils peuvent et doivent demander de l'aide pour leurs troubles de santé mentale. Nous combattons collectivement les préjugés relatifs aux troubles de santé mentale et de toxicomanie. Par contre, environ le tiers des Canadiens seulement demandent et reçoivent une telle aide. Les préjugés peuvent constituer un obstacle, mais l'accès aux soins aussi.

Le moment est venu pour le Canada de joindre le geste à la parole et de rendre accessibles les traitements et le soutien nécessaires. Nous avons besoin d'un système de santé qui soit assez souple pour répondre aux besoins en santé de ses citoyens, qui offre des soins fondés sur des données probantes, et qui nous tienne responsables des soins prodigués. Pour y arriver, il faudra innover.

Le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer sur le plan de la santé mentale au Canada. Il doit notamment s'occuper de la prestation de soins dans les territoires sous sa responsabilité, augmenter ou cibler les transferts aux provinces et aux territoires en santé mentale, et collaborer avec les provinces et les territoires à l'adoption d'innovations efficaces relatives à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et à la prestation de soins de santé.

Afin de véritablement stimuler l'innovation en santé mentale, le gouvernement fédéral peut créer un fond d'innovation pour aider les provinces et les territoires à mettre en place des infrastructures durables en santé mentale partout au Canada, qui permettront aux Canadiens de recevoir les soins psychologiques dont ils ont besoin. Les provinces et les territoires pourraient par exemple utiliser l'argent pour adapter à notre réalité les programmes du Royaume-Uni visant à améliorer l'accès à la psychothérapie, et pour accroître le rôle des soins primaires dans la réponse aux besoins en santé mentale.

Enfin, il est également essentiel d'investir dans la recherche et dans la formation des étudiants pour assurer la réussite du système de santé canadien, qui dépendra de la capacité du système à s'adapter efficacement à l'évolution des besoins en santé des Canadiens. Les recherches sur les causes et les traitements biomédicaux des troubles mentaux sont importantes, mais celles sur les déterminants et les traitements psychosociaux le sont tout autant. Comme bien d'autres problèmes de santé à long terme, les troubles mentaux comportent un ensemble complexe de déterminants biologiques, sociaux et psychologiques, et nécessitent toutes sortes d'intervenants, de services et de facteurs pour le traitement et la prise en charge de la maladie.

Le Canada est bien placé pour mieux s'occuper de la santé mentale des Canadiens. La Société canadienne de psychologie est ravie de participer à ces travaux.

Je vous remercie de m'avoir permis de comparaître devant votre comité.

Le président: Très bien, merci beaucoup.

Madame McLeod.

Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC): Monsieur le président, je me demandais si le comité accepterait de procéder à deux séries d'interventions de cinq minutes. Cela permettrait à tout le monde d'intervenir, mais en plus, nous aurions plus de temps, car j'ai cru comprendre que nous terminerons la séance avec les travaux du comité.

Le président: Vous avez lu dans mes pensées.

Monsieur Rankin.

M. Murray Rankin (Victoria, NPD): Je suis d'accord.

Des voix: C'est d'accord.

Le président: Bien. Puisque nous avons le consentement unanime du comité, nous allons poursuivre.

Madame Morin, la parole est à vous pour cinq minutes.

● (1605)

[Français]

Mme Isabelle Morin (Notre-Dame-de-Grâce—Lachine, NPD): Puisque nous avons seulement cinq minutes, mes questions seront brèves.

Madame Schroeder, je m'intéresse beaucoup à la santé mentale des aînés. Vous nous avez donné des chiffres très préoccupants. Plusieurs aînés me parlent des obstacles auxquels ils font face. Vous avez beaucoup parlé de la honte et c'est quelque chose dont on entend souvent parler. Ce n'est pas toujours évident pour les enfants de réaliser que leurs parents sont atteints de problèmes de santé mentale. Ils se demandent comment rencontrer des intervenants et comment ils peuvent aider leurs parents.

Votre approche est beaucoup axée sur la collaboration. Vous avez mentionné quelques pratiques exemplaires. J'aimerais que vous nous parliez, si vous en connaissez, d'initiatives modèles sur la sensibilisation, sur la prévention et sur la diminution de la stigmatisation. Que pourrait-on faire? Quelles sont les initiatives modèles? Quel est le rôle de la Commission de la santé mentale du Canada dans le partage de ces initiatives?

Vous avez aussi parlé de logement, ce que je considère comme très important. Je reçois parfois des gens à mon bureau qui me disent avoir de la difficulté à trouver un logement. Ils éprouvent cette difficulté premièrement parce qu'ils sont des aînés, et deuxièmement parce qu'ils ont des problèmes de santé mentale. C'est très difficile pour eux de trouver un logement. Avez-vous des solutions à nous proposer?

[Traduction]

Mme Bonnie Schroeder: Merci. Je vais répondre dans ma langue.

Vous avez soulevé trois points. Vous parlez des aidants familiaux, des initiatives de collaboration et du logement. Commençons par la question des aidants familiaux.

Nous savons que selon le dernier rapport sur les indicateurs de données de la Commission de la santé mentale du Canada, 16 % des aidants familiaux éprouvent une détresse parce qu'ils s'occupent d'un bénéficiaire du régime public de soins à domicile. Nous savons également que la proportion monte en flèche chez les aidants familiaux prenant soin d'une personne qui souffre de dépression, se trouve en fin de vie, souffre de démence ou présente un comportement agressif. L'augmentation est exponentielle. Il est important de parler des soins en santé mentale pour les personnes âgées, mais il faut aussi s'attarder à la santé mentale des aidants familiaux. Je pense que c'est très important, et j'en parle davantage dans le mémoire.

Cela dit, nous savons que c'est toute une épreuve. Nous savons également que les aidants familiaux qui sont sur le marché du travail ont vraiment du mal à concilier le travail et les soins prodigués. Nous sommes ravis que le gouvernement fédéral, par l'intermédiaire d'Emploi et Développement social Canada, mette en place le plan canadien de soutien des employeurs aux aidants naturels, et collabore avec les entreprises pour ramener la question au premier plan, reconnaissant ainsi le coût net du recrutement, du roulement du personnel et de ce genre de choses. Je pense que nous devons nous occuper de ce segment de population des plus importants.

Vous avez parlé de nos initiatives de collaboration. Nous avons des lignes directrices sur les préjugés, ce qui est selon moi vraiment déterminant. Avec l'aide de la Commission de la santé mentale du Canada, nous avons mis sur pied une formation sur la lutte contre les préjugés à l'intention des fournisseurs de soins, de même qu'une vidéo, qui vient d'ailleurs d'être rendue publique. J'aimerais attirer votre attention sur deux initiatives de notre réseau. D'une part, l'Association canadienne pour la santé mentale en Ontario a adapté, mis à l'essai et évalué un programme communautaire faisant la promotion de la santé mentale, du nom de Living Life to the Full.

L'association a constaté une amélioration notable de l'humeur, du bien-être et des indicateurs de qualité de vie dans le cadre du programme; nous croyons qu'il s'agit là de pratiques très prometteuses visant à protéger et à promouvoir la santé mentale des aînés.

D'autre part, le programme Fountain of Health de la Nouvelle-Écosse s'intéresse à la promotion de la santé mentale des personnes âgées selon cinq volets: la santé mentale, l'activité physique, la pensée positive... J'oublie les deux autres, mais c'est une excellente initiative communautaire. Voilà donc trois initiatives.

Pour ce qui est du logement, les soins à domicile sont essentiels, selon moi, et il arrive que des personnes âgées ne puissent pas vivre de façon autonome dans leur maison. Où doivent-ils aller s'ils ont des problèmes de santé physique et mentale? Il est difficile d'avoir accès à des soins de longue durée, et les chiffres de la Dre Cohen sont essentiels. Nous constatons que les soins de longue durée sont beaucoup plus intenses et complexes. Quels sont les autres choix? L'aide à la vie autonome, les résidences pour personnes âgées et les soins à domicile sont des options qui aident les personnes âgées à vivre de façon autonome dans leur propre domicile.

• (1610)

Le président: Excellent. Merci.

Monsieur Young, vous pouvez y aller.

M. Terence Young: Merci, monsieur le président.

Je vous remercie tous de nous consacrer ce temps aujourd'hui.

Si vous me le permettez, j'aimerais poser une question au Dr Heisel sur les médicaments utilisés en psychiatrie.

L'étiquette de tous les antidépresseurs comporte un avertissement. Elle dit qu'en raison du risque d'acathisie, de comportement anormal, et ainsi de suite, le patient présente un risque de suicide. Toutes les étiquettes indiquent que le patient doit être surveillé de près pour déceler les pensées suicidaires, ce qu'aucun médecin n'a le temps de faire. Ce n'est tout simplement pas surveillé.

Je connais personnellement deux jeunes qui se sont pendus après avoir pris des antidépresseurs, mais qui n'avaient reçu aucune mise en garde de sécurité. L'un a commis le geste après avoir cessé de prendre le médicament, et l'autre, quatre jours après se l'être fait prescrire pour la première fois.

Lorsqu'ils prennent un antidépresseur pour la première fois, la plupart des patients ne sont pas avertis qu'ils vont développer une dépendance et qu'ils pourraient devoir prendre le médicament pour le reste de leur vie. Je n'ai jamais entendu parler d'un médecin qui, au moment de prescrire un antidépresseur, a avisé le patient qu'il devra probablement prendre le médicament pour le reste de ses jours, ou qu'il ressentira des symptômes de sevrage horribles pendant des mois. En fait, les sociétés pharmaceutiques n'emploient même pas le mot « sevrage »; par euphémisme, elles parlent plutôt de symptômes à l'arrêt du traitement.

Nous savons que les antidépresseurs gâchent la vie sexuelle des patients. Bon nombre d'entre eux sont incapables d'apprécier les relations sexuelles pendant la prise du médicament. Nous savons aussi qu'un Canadien sur dix prend de tels médicaments, comme Paxil, Prozac, Effexor, Wellbutrin, Celexa, Lexapro, Zoloft, Cymbalta, Luvox, et peut-être deux ou trois autres; la plupart d'entre eux, voire la totalité, sont traités pour des troubles mentaux.

Le comité a entendu des témoignages voulant que les médicaments utilisés en psychiatrie empirent souvent la condition mentale des milliers de patients qui les prennent, et je ne trouve vraiment pas cela étonnant.

Que faut-il faire pour éviter que des patients ne prennent des médicaments utilisés en psychiatrie à moins qu'un spécialiste ne surveille étroitement les idées suicidaires et les autres effets indésirables graves?

M. Marnin Heisel: Merci beaucoup.

Je ne pourrai pas répondre à toutes vos questions, mais je pense que vous faites écho à bien des commentaires que mes collègues et moi avons formulés, c'est-à-dire que dans l'état actuel des choses, malheureusement, il arrive souvent que les Canadiens n'aient pas accès à des soins psychologiques. Par conséquent, les gens finissent par consulter leur médecin de famille, aller à une clinique sans rendez-vous ou encore se présenter à l'urgence dans l'espoir d'être aiguillés vers un psychiatre. Ensuite, les listes d'attente sont longues, et quand ils voient finalement le psychiatre, ils passent peu de temps avec lui et ne reçoivent peut-être pas toute l'attention voulue, justement en raison des temps d'attente trop longs.

Je suis heureux quand je vois que les choses fonctionnent bien. Mes collègues et moi travaillons avec des psychiatres chevronnés, très compétents et très attentionnés.

M. Terence Young: Pardonnez-moi un instant. J'aimerais glisser une autre question.

Les médecins de famille sont nombreux à prescrire ces médicaments sans aviser leurs patients des risques qu'ils présentent et ils ne comprennent pas qu'ils devraient suivre leurs patients de près. Peut-être qu'ils ne devraient pas prescrire ces médicaments à leurs patients.

M. Marnin Heisel: C'est une idée. Vous avez raison, il est important de bien comprendre tout ce que cela comporte et avoir une bonne formation et une grande expérience, et avoir travaillé sous la supervision d'une personne compétente, pour prodiguer des soins en santé mentale. Ce qui complique en partie les choses, comme je l'ai déjà mentionné, c'est qu'on manque de ressources — du moins, on manque de psychiatres — pour desservir tout le monde.

Je reviens à ce que la Dre Cohen et moi disions tout à l'heure, soit que les médicaments peuvent s'avérer utiles, mais bien souvent, ils ne coûtent pas moins cher. Dans bien des cas, ils ne permettent pas d'écourter la durée des soins. D'autres approches, comme la psychothérapie et d'autres interventions psychologiques — thérapies de groupe, etc. —, peuvent être très efficaces. Je suis donc d'accord avec vous; nous ne pouvons pas nous en remettre exclusivement aux médicaments pour traiter les troubles de santé mentale...

M. Terence Young: Mais je vais plus loin encore. Je ne dis pas que nous ne pouvons pas nous en remettre seulement aux médicaments. Je dis que dans bien des cas, on ne devrait pas prescrire ces médicaments au patient, parce que cela aggrave son état. Êtes-vous aussi de cet avis?

• (1615)

M. Marnin Heisel: Dans certains cas, oui, vous avez tout à fait raison. Certaines personnes ne devraient pas suivre les traitements qu'on leur a prescrits. C'est vrai, nous avons besoin de bonnes solutions de rechange, et elles existent déjà.

M. Terence Young: D'accord.

Vous avez dit qu'il y avait eu une augmentation de 29 %...

Le président: Merci, monsieur Young.

M. Terence Young: Vous avez dit qu'il y avait eu une augmentation de 29 % des taux de suicide chez les personnes âgées. Quel pourcentage de ces patients prenaient des médicaments utilisés en psychiatrie?

M. Marnin Heisel: J'ai bien peur de ne pas avoir ces statistiques par coeur. Je peux cependant vous dire que d'après une étude rétrospective menée par un collègue en Suède, parmi les personnes âgées mortes par suicide, environ la moitié recevaient des soins en santé mentale et bon nombre d'entre elles prenaient des antidépresseurs.

Le président: D'accord, merci beaucoup.

Madame St-Denis.

[Français]

Mme Lise St-Denis (Saint-Maurice—Champlain, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci beaucoup à tous les témoins.

Je ne siège pas normalement à ce comité, je remplace quelqu'un.

Quand vous parlez de nos personnes âgées, j'ai besoin de savoir si cela me concerne ou pas. Quelle est la description d'une personne âgée pour vous? C'est ma première question.

Mon deuxième point porte sur la honte de vieillir. Il serait peut-être plus approprié de parler de « difficulté ». Vous n'avez pas parlé de solitude quand vous avez donné la définition des gens qui ont honte de vieillir, que ce soit en buvant, en prenant des médicaments ou toute autre chose.

Par ailleurs, quelle est votre principale attente envers le cadre fédéral de prévention du suicide?

Ma dernière question s'adresse à vous trois. Si vous aviez à choisir une seule priorité dans tout ce que vous proposez au gouvernement, quelle serait-elle? Qu'est-ce qui est le plus important dans la prévention du suicide pour les personnes âgées parmi tout ce que vous avez dit? Bien sûr, une augmentation de budget serait appréciée, mais ce n'est pas que cela, je pense. Je crois que vous pourriez vous attendre à autre chose et c'est ce que j'aimerais savoir.

[Traduction]

Mme Bonnie Schroeder: Je présume que certaines de ces questions s'adressent à moi?

M. Marnin Heisel: Est-ce que cette question...

Mme Bonnie Schroeder: Je vais vous renvoyer la question, Marnin.

Les recherches sur les personnes âgées visent généralement les personnes de 55 ans et plus ou de 65 ans et plus. Personne n'échappe au vieillissement, et nous savons que les cohortes vont vieillir elles aussi. Notre cohorte actuelle de baby-boomers qui sont sur le point d'atteindre 65 ans est un des groupes. Mais que devons-nous faire pour nous préparer à la prochaine vague de personnes âgées à franchir ce seuil, sachant que leur expérience de vie et l'expérience de la cohorte sont très différentes?

Je crois qu'il faut tenir compte de toutes les étapes de la vie. Vous faites peut-être partie de cette cohorte. J'ai hâte de voir. Tout se joue en nuances.

Vous avez parlé de la honte et de la difficulté de vieillir. Nous avons pris part aux tables rondes du Conseil national des aînés sur l'isolement social et ses répercussions, tant sur le plan de la qualité que de la quantité des contacts sociaux chez les adultes plus âgés. Nous savons que moins les gens ont de contacts sociaux et moins ces contacts sont de qualité, plus ils courent de risques de souffrir de problèmes de santé mentale. Il y a cette volonté de mettre à défi l'aspect psychosocial du vieillissement et de la santé mentale, par la pensée positive et le changement de notre stigmatisation intérieure, s'inspirant de l'expérience de Fountain of Health, qui fait la promotion du vieillissement positif.

Je vais vous laisser répondre à la question sur la prévention du suicide, Marnin — les trois grandes priorités.

M. Marnin Heisel: D'accord, merci.

Premièrement, quand je parlais des personnes âgées, je ne pensais certainement pas à vous en particulier, alors non.

Pour ce qui est de la honte et de la solitude, je crois que c'est parce nous, en tant que société, ne traitons malheureusement pas très bien nos aînés. Souvent, les personnes âgées ont l'impression de ne plus avoir leur place dans la société. Nous valorisons surtout la jeunesse et la productivité au sein de la population active, et nous devons changer cela. Bien franchement, si on arrivait à changer cela, ce serait un pas de géant pour la prévention du suicide.

Rapidement, je vous dirais que dans une étude sur le vieillissement en santé, nous avons posé de nombreuses questions, mais aussi une bien simple: quel âge avez-vous l'impression d'avoir? Nous avons constaté que l'âge réel n'a pas grand-chose à voir avec l'âge ressenti. Les gens qui avaient l'impression d'être plus vieux que leur âge avaient toutefois tendance à éprouver plus de problèmes. Ils avaient généralement des notes beaucoup plus élevées sur les échelles de mesure de la dépression et de la solitude, comme vous l'avez mentionné, et pouvaient même présenter des idées suicidaires. Ce n'est pas tant l'âge d'une personne qui fait une différence, mais l'âge qu'elle a l'impression d'avoir. Des recherches montrent qu'une personne est plus susceptible de se sentir vieille si sa santé est précaire, ce qui confirme encore une fois qu'il est nécessaire de faire de la prévention et d'offrir des soins de qualité en santé physique et mentale.

Des trois choses que j'ai mentionnées, quelle est la plus utile pour prévenir le suicide chez les personnes âgées? De toute évidence, il faut améliorer l'accès aux soins et, oui, cela comprend l'accès aux soins psychologiques et aux psychothérapies.

Si je peux revenir brièvement sur la question de M. Young, dans le cadre de notre étude sur la psychothérapie chez les personnes âgées à risque de suicide, la majorité des participants avaient été recrutés à partir de services psychiatriques. Ils étaient tous sous traitement par antidépresseurs ou stabilisateurs de l'humeur, et avaient encore des idées suicidaires.

Grâce à une approche axée sur le soutien et l'empathie, et à de la psychothérapie fondée sur des données probantes, nous avons réussi à réduire considérablement, voire à éliminer, l'occurrence d'idées suicidaires chez les patients; à réduire considérablement la gravité de leurs symptômes de dépression; à améliorer grandement leur bien-être psychologique, et à les aider à retrouver un sens à la vie. Encore là, on ne peut pas dire qu'un ou l'autre, ou les deux combinés, ne sont pas utiles, mais je crois qu'on a beaucoup misé sur l'approche médicamenteuse pour des considérations financières et en raison des longues listes d'attente, entre autres, et nous devons passer à autre chose.

Merci pour ces questions très pertinentes.

● (1620)

Le président: Merci beaucoup.

J'aimerais inviter officiellement Mme St-Denis à se joindre à la génération X, si elle le veut bien. Si cela vous convient, nous pouvons parler de la génération X.

Madame McLeod, la conclusion vous appartient.

Mme Cathy McLeod: Merci.

Je veux formuler un commentaire rapidement, puis j'aurai une question précise à poser aux témoins, et j'espère qu'ils pourront y répondre.

Tout d'abord, je pense que nous avons vu tous les modèles qui sont très efficaces. Il y a les modèles de soins primaires rattachés à la médecine familiale. On peut avoir recours à un conseiller en santé mentale. Il se peut qu'on offre des services partagés en psychiatrie. D'après ce que je vois, cela semble être une façon très efficace de traiter les troubles de santé mentale dans le contexte d'une clinique de médecine familiale.

Cela dit, c'est un modèle qui est de compétence provinciale. Je sais que les provinces prennent différentes mesures en ce sens. Je crois qu'on a bien démontré que ce modèle permet d'offrir les soins et l'attention voulus aux personnes qui en ont besoin. Ce n'est pas nécessairement le médecin de famille qui est mis à contribution dans ce modèle axé sur le travail d'équipe.

Comme vous le savez, le mandat de la Commission de la santé mentale du Canada a été renouvelé. J'ai vu l'excellent travail qu'elle a fait sur les normes en matière de santé et de sécurité psychologiques en milieu de travail, qui se retrouvent maintenant dans un guide pratique.

En une phrase ou deux, pour que vous ayez tous les trois l'occasion de répondre, pourriez-vous me dire ce qui ressort comme la chose la plus importante du mandat élargi de la commission?

Docteur Heisel, vous pourriez peut-être commencer. J'aimerais ensuite entendre vos deux collègues.

M. Marnin Heisel: Brièvement, oui, la littérature confirme certainement l'efficacité des soins en collaboration des soins partagés, par des intervenants d'expérience en santé mentale et en médecine familiale. Ce qui complique en partie les choses, c'est que bien des gens n'ont toujours pas accès à cela. Mais pour ceux qui ont accès à ce modèle de soins, cela peut être très efficace. En fait, j'ai participé à titre de stagiaire à un de ces programmes il y a 15 ou 16 ans.

Pour ce qui est de la Commission de la santé mentale, je suis d'accord avec vous, elle a fait de l'excellent travail. Elle collabore de brillante façon avec différents groupes pour diffuser l'information, et pour soutenir la recherche, l'application des connaissances et les soins. Je crois que ce sont des fonctions qu'elle devrait maintenir. J'ai hâte de poursuivre notre collaboration avec la commission notamment sur la prévention du suicide, mais aussi sur d'autres sujets.

Mme Cathy McLeod: Merci.

Docteur Cohen.

Dre Karen R. Cohen: Je crois qu'une des prochaines étapes qui sera cruciale pour la Commission de la santé mentale sera de veiller à la mise en oeuvre. Elle a établi différentes lignes directrices. Vous avez bien sûr parlé de la stratégie et des lignes directrices en matière de sécurité psychologique en milieu de travail. Le grand défi, et cela nécessitera une grande collaboration horizontale et verticale entre les différentes administrations, sera de mettre en place les changements.

•(1625)

Mme Cathy McLeod: Merci.

Madame Schroeder.

Mme Bonnie Schroeder: Je suis d'accord avec la Dre Cohen concernant la mise en oeuvre. D'excellents outils ont été élaborés, comme les lignes directrices à l'intention des soignants, les services en santé mentale pour personnes âgées et une campagne contre la stigmatisation, mais sans les ressources nécessaires ou la possibilité d'assurer le tout de manière coordonnée, la mise en oeuvre va être déterminante.

Mme Cathy McLeod: Merci.

Le président: Merci beaucoup.

C'est ce qui conclut la première heure de la séance d'aujourd'hui. Nous allons faire une pause d'une minute ou deux avant de poursuivre avec de nouveaux témoins.

•(1625)

(Pause)

•(1625)

Le président: La séance reprend.

Nous avons deux invités pour la deuxième heure. La vidéoconférence est prête, ainsi que la téléconférence.

Nous allons commencer avec M. Beaulieu par téléconférence, puis nous irons à M. Carleton.

[Français]

M. Ghislain Beaulieu (président, Fondation Martin-Bradley): Bonjour.

Je m'appelle Ghislain Beaulieu et je suis président et membre fondateur de la Fondation Martin-Bradley. Cette fondation a vu le jour en mars 2008 pour aider le secteur de la maladie mentale qui est, à notre avis, le parent pauvre du secteur de la santé.

La fondation a été lancée à la suite d'une expérience personnelle familiale. J'ai un fils qui a une maladie mentale; il est atteint de schizophrénie. Mon épouse et moi-même avons décidé d'aider le secteur de la maladie mentale en créant cette fondation.

Au départ, nous avons trouvé une famille qui avait déjà vécu cette expérience et qui avait perdu un fils à cause de la maladie mentale. C'est une famille connue de Rouyn-Noranda, la famille Bradley. Ces gens ont accepté de contribuer à la cause en se remémorant des souvenirs douloureux, en prêtant leur nom à la fondation et en acceptant d'investir d'une façon importante. Au départ, ils ont investi 500 000 \$ dans la fondation. Cinq ans après, ils ont ajouté 500 000 \$. Ils ont déjà investi 1 million de dollars dans la fondation.

L'autre étape a été de former un conseil d'administration diversifié et crédible dans la population. Ce conseil est composé de neuf personnes. Par la suite, nous avons rencontré tous les organismes qui oeuvrent dans le secteur de la santé mentale dans notre région pour valider avec eux s'ils avaient besoin d'aide et, si nous étions les bienvenus, quelles étaient leurs difficultés et les projets auxquels ils aimeraient travailler dans l'avenir.

Nous avons également rencontré les représentants du réseau local de la santé, soit l'agence régionale de la santé à l'époque, pour nous assurer que nous amènerions une valeur ajoutée au système. Nous ne voulions pas compenser pour les compressions budgétaires éventuelles dans le système de la santé.

La mission de la fondation est d'aider les organisations qui soutiennent les personnes touchées par une maladie mentale en appuyant divers projets sélectionnés. Nous ne donnons jamais

directement de l'argent à des individus. Nous avons un comité de sélection de projets qui est indépendant du conseil d'administration de la fondation. Les membres de ce comité, une fois par année, à la suite d'un appel d'offres de projet, nous font des recommandations au sujet des projets qu'ils nous suggèrent de soutenir.

Le rôle de la fondation en est un de rassembleur. La fondation aide à ouvrir les portes et elle est un agent de changement. Nous soutenons l'excellent travail fait par les organismes. Nous osons parler des maladies et de la santé mentales à la population. Nous constatons que les organismes communautaires sont un élément essentiel du succès de nos systèmes de santé. Ce sont des partenaires incontournables pour le bien-être des réseaux de la santé. La fondation est le lien entre ces réseaux et le milieu.

Depuis 2008, la fondation a redistribué plus de 450 000 \$ à des organismes pour soutenir différents projets. À Rouyn-Noranda, on a commencé à construire au début du printemps 24 logements destinés à des gens ayant des problèmes de santé mentale. La fondation a contribué pour 100 000 \$ à ce projet.

Nous avons traduit des livres et des contes adaptés aux enfants. Ils traitent de différents aspects de la maladie mentale. Nous faisons aussi de la formation. Cette année, nous avons mené une activité de financement où nous avons donné 600 livres à tous les gens qui avaient acheté un billet. Il s'agit du livre de M. Luc Vigneault, qui est une personnalité assez connue au Québec, intitulé *Je suis une personne, pas une maladie*. C'est notre propre façon de réduire la stigmatisation et de stimuler les gens à en parler, à aller chercher de l'aide et à être ouverts à l'égard des maladies mentales, qui sont de plus en plus présentes dans nos milieux.

C'était là le résumé de ce que fait notre fondation.

•(1630)

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup.

C'est au tour de M. Carleton.

Est-ce que vous nous entendez bien?

Dr R. Nicholas Carleton (professeur agrégé, Département de psychologie, University of Regina, à titre personnel): Oui, très bien.

Le président: D'accord. Nous vous écoutons, monsieur.

Dr R. Nicholas Carleton: Bonjour et merci de m'avoir invité à témoigner devant vous aujourd'hui. Je m'appelle Nicholas Carleton, et je suis psychologue clinicien enregistré et professeur agrégé à l'Université de Regina. Je suis spécialiste de l'anxiété, des traumatismes et de la douleur puisque j'étudie les réactions traumatiques depuis 15 ans.

Mes travaux de recherche sont financés par les IRSC, et je garde un petit cabinet privé, principalement pour traiter les agents de la GRC qui souffrent de TSPT. En outre, au cours des dernières années, j'ai fait des présentations concernant la santé mentale des premiers intervenants canadiens et défendu leurs intérêts.

Depuis la Première Guerre mondiale, on a déployé des efforts extraordinaires pour mieux comprendre la santé mentale et améliorer les traitements pour les troubles de santé mentale ainsi que l'accès à ceux-ci. Nous savons maintenant que les troubles de santé mentale ne résultent pas de déficiences biologiques ou caractérielles, mais plutôt d'une interaction complexe d'éléments biologiques, psychologiques et sociaux. Notre santé mentale influence nos expériences, nos attentes et nos comportements. En conséquence, il est difficile d'exagérer l'importance de la santé mentale pour la santé physique et la santé de nos collectivités.

Malgré ces avancées, comme vous l'avez déjà entendu, les troubles de santé mentale sont omniprésents et très coûteux. Fort heureusement, je crois que nous travaillons tous à des buts communs en vue de réduire les coûts personnels et socioéconomiques en déstigmatisant la santé mentale et en améliorant l'accès à des traitements fondés sur des données empiriques et offerts comme il se doit. Je pense, par exemple, à la stratégie de la CSMC, à son plan d'action, à son initiative *Changer les mentalités* et à sa norme nationale. Les associations nationales professionnelles et communautaires ont aussi participé à des campagnes, comme *Qui s'occupe de votre santé mentale* de la Société canadienne de psychologie; *En route vers la préparation mentale* de certains organismes militaires et policiers; *Surmontez la dépression* de la STHC; et la campagne *Ride Don't Hide* de l'Association canadienne pour la santé mentale.

Nous avons aussi remarqué une hausse des engagements organisationnels, notamment celui de Bell Canada avec leur campagne médiatique *Cause pour la cause*, et leur chaire de recherche sur la santé mentale et la lutte contre la stigmatisation à l'Université Queen's. Les Canadiens ont aussi reconnu le besoin de prendre des mesures continues pour appuyer nos militaires, nos anciens combattants, nos premiers intervenants ainsi que leurs familles.

Nous avons parcouru énormément de chemin dans nos efforts pour favoriser la santé mentale des militaires et nous continuerons de nous améliorer. Récemment, j'ai été à même de constater le leadership exceptionnel dont font preuve nos communautés de premiers intervenants, comme la GRC, l'Association canadienne des chefs de police, les chefs paramédics du Canada et les chefs des services d'incendie, ainsi que l'Association internationale des pompiers, pour n'en nommer que quelques-uns. En fait, nous observons une demande croissante de la part de tous les premiers intervenants afin de faciliter l'accès à des solutions, des interventions et des stratégies préventives éprouvées en vue d'améliorer la santé mentale.

La justification devrait être bien claire: nos communautés de premiers intervenants en arrivent à un point critique. L'augmentation dramatique des troubles liés au stress opérationnel qui sont signalés commencent à dépasser la stigmatisation qui a réduit au silence tant de citoyens pendant si longtemps.

Nos premiers intervenants ont un milieu de travail unique où l'exposition à des traumatismes est la règle plutôt que l'exception. Le type de traumatisme auquel ils sont exposés est différent de celui auquel les militaires font face — il n'est ni meilleur, ni pire, seulement différent. Nos premiers intervenants sont déployés au pays dans un milieu où règne une incertitude continuelle, souvent pendant des décennies. Ils jouent un rôle complexe qui consiste à la fois à protéger et à appliquer la loi. Nous leur demandons aussi d'en faire plus, comme le développement communautaire, le maintien de la paix à l'échelle internationale et la prestation des premiers soins en santé mentale. En conséquence, les premiers intervenants ont besoin de ressources spécialisées pour leur propre santé mentale.

Les Canadiens disposent déjà d'un excellent mécanisme établi pour appuyer et diffuser les données probantes émanant de la recherche afin d'améliorer la santé: l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans, dont la forme abrégée est souvent ICRSMV. Il représente un réseau de 37 universités canadiennes qui facilite le développement de nouvelles recherches, les capacités de recherche et la traduction efficace du savoir.

Je suis ravi de dire que l'Université de Regina, un des membres fondateurs de l'ICRSMV, travaille en étroite collaboration avec l'institut, des chercheurs d'autres universités membres et des chefs de file internationaux à l'élaboration d'un centre de premiers intervenants canadiens pour appuyer les politiques, pratiques et programmes de santé mentale fondés sur des données probantes.

Les données probantes émanant de la recherche qui favorisent la santé mentale des premiers intervenants peuvent aussi favoriser, de façon unique, celle de l'ensemble des Canadiens. À ce jour, les données probantes suggèrent que, si les conditions propices sont réunies, tout le monde peut développer des troubles d'anxiété ou de l'humeur. La nature des carrières des premiers intervenants les met à plus haut risque; cependant, la nature de leurs pratiques d'entraînement et de leurs processus de travail offre aussi des mécanismes pour comprendre et améliorer la santé mentale de tous.

Les solutions visant les premiers intervenants influent sur nos solutions à tous. De plus, nos premiers intervenants sont des chefs de file communautaires et des modèles qui peuvent faciliter les changements d'attitude et d'actions vers la santé mentale à l'échelon communautaire dans chaque collectivité au Canada.

Notre GRC et l'établissement de formation de leur Division Dépôt offre la possibilité idéale de mettre au point des stratégies fondées sur des preuves et axées sur des solutions de calibre mondial. Une équipe multi-universités de chercheurs interdisciplinaires, appuyée par le centre des premiers intervenants, a conceptualisé une éventuelle solution longitudinale exhaustive pour ce faire. La solution englobe un projet de recherche transformationnelle qui fait fond sur les cadres existants, comme la campagne *En route vers la préparation mentale* et le travail de la CSMC.

● (1635)

Le projet a été approuvé par le comité d'éthique, et une équipe menée par l'Université de Regina travaille avec la GRC et nos organismes partenaires pour le concrétiser. Le projet hautement visible produira des recherches et des résultats capables d'influer sur les politiques, les pratiques et les programmes, et de transformer des normes ambitieuses en matière de santé mentale en améliorations réalisables et mesurables pour l'ensemble des Canadiens.

La recherche montre déjà que la psychothérapie autorisée et structurée est essentielle à la prestation de soins de santé mentale; cependant, nous n'avons pas les capacités professionnelles nécessaires pour offrir des services appropriés à tous ceux qui en ont besoin. Pour régler la situation, nous devons faire trois choses: premièrement, faire en sorte que les patients puissent avoir accès à des spécialistes qualifiés qui savent utiliser des traitements fondés sur des données probantes et qu'ils le fassent; deuxièmement, encourager la formation d'un nombre accru de spécialistes possédant les compétences nécessaires; et troisièmement, appuyer la recherche qui améliore les soins fondés sur des données probantes et crée des modèles novateurs de prestation de soins.

Les solutions de rechange risquent de diluer les soins de santé mentale, de faire croire, à tort, que tous les soins sont égaux et de proliférer des principes pseudo-scientifiques en matière de santé mentale. En effet, la prolifération constante de principes pseudo-scientifiques en santé mentale, ainsi que la dépendance excessive à l'égard de personnes bien intentionnées qui manquent d'expertise, est déjà problématique. Bien des gens bénéficient de soins qui ne sont pas appuyés par des données empiriques, et c'est inadmissible. Les Canadiens méritent mieux, et nous pouvons faire mieux. Nous avons les mécanismes nécessaires. Nous avons l'expertise.

Pareils efforts ont été entrepris. Par exemple, l'Association canadienne des thérapies cognitives et comportementales s'efforce de certifier les praticiens et de garantir l'accès à des soins de santé mentale fondés sur des données probantes. En outre, nos universités peuvent et devraient être appuyées en tant que centres de recherche collaborative afin de trouver des solutions encore meilleures fondées sur des données probantes pour soutenir nos praticiens et, par la même occasion, nos citoyens.

Cela dit, il ne faut pas que la recherche soit axée sur une organisation ou une personne, mais qu'elle soit faite en collaboration avec elles, et pas pour produire un rapport indépendant et en finir là, mais comme solution collaborative, potentielle, continue et, surtout, transformationnelle afin de faire face à un problème.

Les récentes transformations pour relever les défis en matière de santé mentale découlent de la convergence de divers facteurs. Les porte-parole hauts placés ainsi que les chefs de file qui participent activement à des interventions organisationnelles ont aidé à créer un changement culturel. La base de recherche s'est élargie depuis la Première Guerre mondiale, mais il nous reste beaucoup de chemin à parcourir pour pouvoir avancer avec autant d'aplomb que nous devons le faire. Il y a de nouvelles technologies qui peuvent améliorer la communication, l'évaluation, l'intervention et même la prévention.

Nous avons aussi des chefs de file, y compris vous tous, qui veulent faire fond sur les initiatives que j'ai soulignées aujourd'hui; cependant, une réponse complète et adéquate aux appels à relever les défis modernes en matière de santé mentale requerra un investissement et une participation accrue et continue de la part du fédéral et du provincial, ainsi que des mesures pour veiller à ce que les soins fondés sur des données probantes soient accessibles.

Il faudra, pour ce faire, investir dans le nouveau centre pour les premiers intervenants et le programme fondé sur la recherche en vue de réduire le TSPT et autres traumatismes liés au stress opérationnel à la GRC. Il faudra aussi investir dans les projets de recherche à long terme en cours avec des chercheurs interdisciplinaires pour que nous puissions parler avec assurance des variables associées aux risques, à la résilience et au rétablissement. Il faudra faire un investissement dans le perfectionnement et la certification des experts pour assurer la disponibilité de soins fondés sur des données probantes, et aussi dans les chercheurs et les stagiaires qui développent ces données probantes, et il faudra investir dans la prévention et l'intervention précoce fondées sur des données probantes.

Enfin, il faudra investir dans l'éducation pour faire tomber les préjugés à l'égard de la santé mentale et mieux faire connaître les options efficaces de soins de santé mentale à tous les Canadiens pour que nous puissions vraiment changer la perception des générations futures.

Nous pouvons faire mieux. Nous devons faire mieux. Les solutions ne sont plus ambitieuses, elles sont réalisables. En travaillant avec nos premiers répondants comme modèles dans

toutes nos collectivités, nous pouvons élaborer et proliférer de meilleures évaluations et interventions ainsi qu'adopter des stratégies préventives qui réduisent les risques, accroissent la résilience et améliorent la santé mentale de tous les Canadiens.

Nous n'attendons que vous.

Merci.

• (1640)

Le président: Merci beaucoup.

Nous commencerons par Mme Moore, qui aura cinq minutes.

La parole est à vous.

[Français]

Mme Christine Moore (Abitibi—Témiscamingue, NPD): Merci beaucoup.

Mes questions s'adressent à M. Beaulieu.

Vous avez parlé lors de votre présentation de contes pour enfants qui traitent de la maladie mentale et qui ont été traduits. Je crois que vous en avez traduit quatre jusqu'à maintenant. J'aimerais savoir quel impact le fait de prendre le temps de parler aux enfants de la maladie mentale d'une manière positive a sur la société. À votre avis, y a-t-il assez d'outils, à l'heure actuelle, que les parents ou des enseignants peuvent utiliser pour parler de maladie mentale aux enfants?

M. Ghislain Beaulieu: Je ne crois pas qu'il y ait beaucoup d'outils. D'ailleurs, c'est ce qui nous a motivé à traduire les livres de la collection de Mme Gayle Grass, qui est d'Ottawa et qui fait partie de l'organisme de bienfaisance Iris the Dragon. Avant de traduire ces livres, nous les avons fait valider par nos organismes, tant du secteur scolaire que communautaire. Ceux-ci nous ont assuré qu'ils ne disposaient pas de tels outils et qu'ils seraient très heureux de pouvoir les utiliser auprès des enfants. Ces livres, qui s'adressent aux jeunes de 6 à 12 ans, sont des contes abondamment illustrés qui permettent aux enfants de discuter avec les parents des divers troubles mentaux dont il est question.

Nous avons traduit quatre livres à ce jour; 2 000 copies par livre sont distribuées dans les écoles, les bibliothèques, les bureaux des professionnels concernés, et demeurent accessibles. Les familles qui prennent connaissance de la publication de ces livres peuvent entrer en contact avec nous. Nous offrons ces derniers gracieusement aux gens qui en ont besoin.

• (1645)

Mme Christine Moore: Vous mettez souvent en avant des personnes qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale, mais qui ont tout de même réussi à composer avec cela et à bien s'adapter.

Quel impact cela a-t-il sur les personnes atteintes de maladie mentale?

M. Ghislain Beaulieu: Cela donne de l'espoir quant à un éventuel rétablissement. En effet, on sait que celui-ci est possible. Bien sûr, une démarche bien encadrée est nécessaire pour y arriver. Oui, la médication est importante, mais je pense que le suivi de ces gens qui acceptent de prendre des médicaments est tout aussi important que le médicament lui-même. Il faut que ces gens puissent continuer à parler de leur état. S'il faut adapter la médication, ils doivent pouvoir dire quels effets secondaires ils ressentent, notamment. Quoi qu'il en soit, cela leur permet d'être suffisamment confiants pour parler de la maladie mentale et de la traiter comme une autre maladie.

Quand une personne souffre de diabète, on ose lui demander comment elle se porte. Dans le cas de la maladie mentale, les gens ont l'occasion de voir des personnes qui osent afficher leur état, ce qui les met suffisamment en confiance pour en parler à leur tour, chercher les traitements nécessaires et suivre les thérapies nécessaires.

Mme Christine Moore: Trouvez-vous qu'on axe parfois trop les interventions sur l'aspect curatif, la médication, et qu'on passe un peu à côté de tout le processus d'accompagnement, d'adaptation du mode de vie à son état de santé?

M. Ghislain Beaulieu: Oui, je pense que c'est encore méconnu. Comme je vous l'ai mentionné, il n'y a pas que la médication. Il y a aussi tout un processus autour de cela, en commençant par un projet de vie. En effet, une personne qui accepte de prendre ses médicaments et de continuer à le faire pendant longtemps — parce que c'est une maladie à vie — doit être en mesure de bien comprendre les indications et les effets des médicaments. Oui, il y a des effets indésirables, mais je pense que prendre ses médicaments comporte beaucoup plus de résultats positifs que ne pas les prendre. Cette éducation doit se faire.

Le malade doit être accompagné de façon permanente, si je peux dire. C'est lorsqu'il est en phase de rétablissement qu'il a vraiment besoin de cet accompagnement. Sinon, il peut facilement — et on le voit fréquemment — arrêter de prendre ses médicaments en se disant qu'il va bien, que c'est grâce à ses efforts, et qu'il va pouvoir contrôler sa maladie. Le fait d'être bien suivi et bien encadré, que ce soit par des thérapeutes, des groupes d'intervention ou des travailleurs sociaux, notamment, lui permet de constater régulièrement que la maladie est toujours présente et que le traitement est constant.

Mme Christine Moore: Merci. Mon temps de parole est malheureusement écoulé. C'était un plaisir de vous entendre.

[Traduction]

Le président: Merci.

Allez-y, monsieur Lizon.

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

Vous m'excuserez, mais je suis en train de perdre la voix. J'espère que vous pourrez quand même m'entendre.

Ma première question s'adresse à M. Carleton. Merci pour votre présentation.

Voici ce que j'aimerais d'abord vous demander. Le comité a mené une étude sur l'abus de médicaments d'ordonnance et d'antidépresseurs. D'un côté, nous sommes devenus, je pense, le troisième pays dans le monde où l'on consomme le plus d'antidépresseurs. Nous savons que certains analgésiques et antidépresseurs finiront par causer certains troubles mentaux. De l'autre côté, on remarque des nombres croissants de personnes souffrant de troubles mentaux. À titre d'exemple, la découverte du TSPT est relativement récente. En conséquence, monsieur, comment gérez-vous tout cela? Vous avez mentionné la prévention et l'intervention précoce. Comment déterminez-vous qui a besoin d'aide? Comment cernez-vous les personnes à haut risque?

Je sais que nous n'avons peut-être pas les données scientifiques nécessaires à ce sujet. Je vais vous raconter une histoire brève avant que vous répondiez. Je siège aussi au Comité des anciens combattants et, dans le cadre d'une réunion récente, quelqu'un s'est plaint du cas d'un ancien combattant qui a d'abord reçu un diagnostic de TSPT avant de recevoir un diagnostic d'anxiété de la

part d'un autre médecin, et on lui a dit qu'il était erroné. Nous devons nous en remettre à l'opinion d'un médecin. Pourriez-vous parler en détail de ces questions?

• (1650)

Dr R. Nicholas Carleton: Merci beaucoup, monsieur le président. Je tiens vraiment à remercier le député d'avoir posé cette question. Je vais essayer d'y répondre dans la mesure du possible.

La relation entre la psychopharmacologie et la psychothérapie est certes complexe. En fait, je crois que les deux ont leur rôle à jouer. Je crois que nous n'avons pas mené suffisamment de travaux de recherche à ce stade pour déterminer à quel moment et de quelle façon nous pouvons en choisir une plutôt que l'autre. Cela dit, nous avons mené des travaux, et des études et méta-analyses récentes montrent que la psychothérapie est aussi efficace ou légèrement plus efficace que la pharmacothérapie pour un certain nombre de troubles.

Si des difficultés sont associées aux effets secondaires, il est clair que le fait d'avoir un accès plus général et rapide à de la psychothérapie fondée sur des preuves pourrait nous aider à atténuer la pression exercée sur la psychiatrie et les médecins pour qu'ils offrent un soutien psychopharmacologique alors que, dans bien des cas, ils n'ont personne à qui adresser un patient sans cela.

Pour répondre à la question que vous avez posée concernant les variables et la prévention, vous avez raison de dire que nous n'avons pas de résultats définitifs pour affirmer qu'une variable donnée doit être changée ou que nous avons besoin de suivre un processus précis. Ce que nous espérons faire avant longtemps, c'est de nous engager dans de la recherche prospective à long terme; nous pourrions, par exemple, travailler avec des cadets avant qu'ils vivent des expériences stressantes et potentiellement traumatisantes, et les mesurer avant, durant et après ces expériences. Nous pouvons utiliser ces données pour appuyer des solutions réelles de façon à pouvoir aider de futurs cadets en réduisant les risques auxquels ils font face et en accroissant leur résilience.

Les diagnostics et les opinions diffèrent, bien sûr. Je crois qu'une des meilleures choses que nous puissions faire est de continuer à favoriser l'éducation et la délivrance de titres de reconnaissance aux personnes qui oeuvrent dans le domaine de la santé mentale. Nous avons besoin de mieux réglementer et restreindre les diagnostics au lieu de donner à un nombre accru de personnes la capacité de diagnostiquer. Nous devons faire en sorte que les gens soient suffisamment instruits et qu'ils aient suffisamment d'expérience pour veiller à ce que ces diagnostics soient corrects.

M. Wladyslaw Lizon: Merci beaucoup.

Le président: Merci.

Allez-y, madame St-Denis.

[Français]

Mme Lise St-Denis: Merci, monsieur le président.

J'ai deux questions pour M. Beaulieu.

Un don de 1 million de dollars constitue quand même beaucoup d'argent. Comment avez-vous réglé le problème potentiel avec le système de santé? On vous a accordé beaucoup d'argent en subventions pour régler des problèmes de santé mentale. Comment a réagi le système de santé par rapport à cela?

Par ailleurs, accordez-vous des subventions pour changer les attitudes des gens? Vous pourriez le faire avec autant d'argent, vous pourriez changer les attitudes.

Je connais bien Rouyn-Noranda. Dans une petite municipalité, les gens ont beaucoup de préjugés. Plus c'est petit, plus il y a de préjugés; plus c'est gros, moins on est au courant. Avez-vous prévu des budgets pour travailler sur cet aspect de la reconnaissance de la santé mentale?

M. Ghislain Beaulieu: Tout d'abord, je vous dirais, madame, qu'une somme de 1 million de dollars est beaucoup d'argent, en effet. Au total, nous avons amassé jusqu'à présent au-delà de 1,6 million de dollars pour la fondation.

Le système de santé réagit bien. Dès le départ, nous nous sommes assis avec ses représentants pour leur expliquer que nous étions là pour être un joueur de plus et non pas pour être un substitut. Jusqu'à présent, la réponse est positive.

Nous nous assurons que les projets auxquels nous apportons notre appui constituent un surplus ou un complément. Il s'agit peut-être de projets pilotes pour innover et améliorer la qualité de vie des gens qui sont touchés, ou améliorer leur environnement. Lors de la sélection des projets, nous nous assurons et de ne pas être un substitut à ce que l'État ou les gouvernements faisaient ou devraient faire. Cela fait partie de nos façons de faire et de nos priorités.

Vous avez raison, notre objectif et notre priorité sont de sensibiliser et de favoriser l'engagement de la population. Par exemple, depuis trois ou quatre ans, nous organisons une activité annuelle de financement. Chaque année, de 400 à 500 personnes achètent un billet et participent à notre activité de financement. Nous leur remettons chaque année des livres qui traitent du sujet, qui les informent et qui leur apprennent des choses dont ils peuvent discuter avec leurs enfants, comme Mme Moore l'a mentionné plus tôt relativement aux quatre livres pour enfants que nous avons fait traduire. Ainsi, les enfants en parlent avec leurs parents. Je pense que c'est par l'entremise des enfants qu'on réussit souvent à changer les habitudes.

En outre, des invités d'honneur prennent part à nos activités. L'année passée, M. Luc Vigneault était notre président d'honneur et il a donné une conférence. C'est une figure bien connue dans le milieu. Il est atteint de schizophrénie mais il se porte très bien. Il fait des conférences. Il travaille dans le milieu. Je pense que ce genre d'intervention rend accessible le fait de parler de la maladie, de faire connaître des choses, de faire avancer la situation, de démystifier cela et de faire voir aux gens que c'est une maladie comme une autre et qu'il faut en parler.

La famille Bradley a accepté de prêter son nom à la fondation dont nous nous occupons. C'est un exemple. Ce sont des gens très connus, des leaders dans la communauté. Ils ont accepté d'en parler et ils sont présents chaque année. Ils visitent les organismes qui réalisent les projets que nous subventionnons. Grâce à cette accessibilité, nous nous rapprochons des gens qui sont touchés par cela. Cela balaye les préjugés et permet de faire avancer cette cause.

• (1655)

Mme Lise St-Denis: Je vais vous poser une autre question.

Avez-vous des contacts avec des gens d'autres municipalités, que ce soit au Québec ou ailleurs au Canada, qui sont intéressés par votre projet?

M. Ghislain Beaulieu: Oui, cela arrive régulièrement.

M. Vigneault vient de Québec. Il connaît d'autres personnes dans le milieu. La semaine passée, j'ai rencontré un autre conférencier, M. Richard Langlois, qui est atteint de troubles bipolaires. Il a écrit sur le sujet et fait des conférences. On nous a invités à participer à un colloque au Québec qui aura lieu à l'automne pour parler de la façon

dont nous avons démarré notre fondation, de ce que nous faisons et de la façon dont nous procédons.

Je pense que ce que nous faisons est assez unique au Québec et ça commence à déborder de notre région. Nous en sommes fiers parce que cela prouve qu'un milieu peut se prendre en main. On n'est pas obligé de toujours attendre les autres pour qu'il se passe quelque chose. On peut se stimuler et se prendre en main.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Toet, vous avez cinq minutes.

[Français]

M. Ghislain Beaulieu: On doit aussi être capable d'interpeller les différents gouvernements pour leur faire savoir que davantage de choses peuvent être faites et que nous pouvons les appuyer à cet égard.

[Traduction]

Le président: D'accord, merci.

Monsieur Toet, vous avez cinq minutes.

M. Lawrence Toet (Elmwood—Transcona, PCC): Merci, monsieur le président.

Je veux d'abord m'adresser à notre invité, M. Carleton.

C'est très intrigant. Vous avez relativement beaucoup parlé des stratégies préventives. En fait, vous avez même suggéré de réduire le TSPT; plutôt que de parler de traitement après le fait, vous avez parlé de réduction et de prévention. J'ai depuis longtemps remarqué que dans notre système de soins de santé régulier, nous avons besoin de changer nos façons de faire. Ce que nous avons n'est pas vraiment un système de soins de santé, mais plutôt un système de soins aux malades. Nous devons davantage privilégier le modèle préventif. J'ai trouvé très intéressant de vous entendre parler à plusieurs reprises des mesures de prévention à prendre à l'avenir. Je pense que nous avons une occasion unique dans le domaine des soins de santé mentale. Nous avons fait d'énormes avancées au cours des dernières années mais, dans une certaine mesure, nous en sommes toujours à nos premiers balbutiements, alors nous pouvons nous orienter dans la bonne direction et prévenir au lieu de guérir.

Je me suis simplement demandé ce que vous pensiez à ce sujet et interrogé sur les travaux que vous menez pour en établir la nécessité et la façon dont vous vous attachez surtout aux soins préventifs dès le départ et montrez les résultats de ces efforts. Je sais que vous en êtes à vos débuts, mais je vous saurais gré de nous donner quelques détails à ce sujet.

• (1700)

Dr R. Nicholas Carleton: Merci, monsieur le président. Je suis très heureux de répondre à la question du député et j'abonde clairement dans le même sens que lui. Je suis d'accord pour dire que nous avons besoin de privilégier davantage la médecine préventive, point final, et dans le domaine des soins de santé mentale, je pense que la prévention pourrait bien être la solution.

Nous pouvons déjà faire beaucoup de prévention en offrant de la formation supplémentaire. Il y a déjà des études transversales, et même des études longitudinales naissantes ou prospectives qui nous ont donné une idée de ce que nous devons cibler, car ce n'est pas aussi simple que de repérer un virus ou une bactérie et de l'éradiquer. La santé mentale est beaucoup plus complexe, comme vous le savez certainement.

Dans le cadre de la recherche prospective et longitudinale que nous souhaitons entreprendre, nous voulons pouvoir cibler des aspects précis des vulnérabilités et résiliences individuelles. Par exemple, il existe une construction mentale que nous appelons la sensibilité à l'anxiété et qui se rapporte à la façon dont une personne réagit à ses propres sensations associées à l'anxiété — les palpitations cardiaques, par exemple. Votre façon d'y réagir peut influencer sur vos réactions futures face à l'anxiété, alors c'est l'une des variables que nous sommes très intéressés à étudier, car c'en est aussi une que nous pouvons modifier. Alors si nous pouvons modifier cette variable à grande échelle, nous pouvons la réduire comme facteur de risque et ensuite intégrer la résilience à la santé mentale et aux soins de santé mentale à un niveau très fondamental.

Alors nous sommes très intéressés à étudier des variables comme celles-là, car nous savons comment les modifier. Nous sommes excités à la perspective de pouvoir encourager l'utilisation et la promotion de ces types de modifications, non seulement avec les premiers intervenants, mais aussi avec tous les Canadiens, si nous arrivons à montrer que ces modifications fonctionnent.

M. Lawrence Toet: Qu'en est-il de l'approche globale à l'égard de la famille? Je fais ici allusion au besoin d'intégrer tous les membres de la famille dans le processus. Je pense que c'est, en fait, très bénéfique même pour les jeunes enfants — je ne dirais pas les très jeunes enfants — de mieux comprendre ce qui se passe et d'être d'un grand soutien au sein de la structure familiale.

Je pense à la fin de la vie de mes beaux-parents. Ils ont habité avec nous à ce moment-là, et je vois l'incidence positive qu'a eu sur mes enfants le fait de pouvoir participer à ce processus et comprendre le besoin de soins et de soutien.

Voyez-vous cette approche globale à l'égard de la famille comme une option que nous devrions envisager à l'avenir?

Dr R. Nicholas Carleton: Tout à fait. Encore une fois, j'appuie catégoriquement cette suggestion.

Lorsque je traite mes propres patients, je parle notamment de l'importance de garder les membres de la famille informés, pour ainsi dire, afin de veiller à ce qu'ils aient accès à une éducation fondée sur des preuves. Beaucoup de renseignements erronés circulent, et je crois que ces renseignements occasionnent des problèmes supplémentaires. À titre d'exemple, les gens croient toujours que le trouble de stress post-traumatique est incurable, mais ce n'est tout simplement pas le cas.

Il y a donc beaucoup de renseignements erronés. Plus nous pourrions fournir de l'information non seulement aux personnes en difficulté, mais aussi aux membres de leur famille, meilleures seront nos chances de les appuyer à long terme pour qu'ils réussissent à surmonter leurs problèmes de santé mentale, quels qu'ils soient.

Le président: Monsieur Toet, il vous reste 10 secondes.

M. Lawrence Toet: Je crois que je vais passer mon tour.

Le président: D'accord.

Il est trop généreux.

Madame Morin, vous avez 5 minutes et 10 secondes.

[Français]

Mme Isabelle Morin: Merci beaucoup, monsieur le président.

Monsieur Beaulieu, vous avez beaucoup parlé de logement, ce que j'ai trouvé très intéressant. J'aimerais que vous parliez davantage de l'importance d'avoir un logement pour une personne ayant des problèmes de santé mentale. On a notamment parlé des personnes âgées qui sont aux prises avec ce genre de problèmes.

Pouvez-vous nous parler de l'importance de ces problèmes en fonction de l'âge? Qu'est-ce que le fait de demeurer dans un logement plutôt que dans un endroit où on lui fournit tous les services apporte concrètement à une personne souffrant de problèmes de santé mentale?

• (1705)

M. Ghislain Beaulieu: L'avantage a trait à l'autonomie de cette personne. En demeurant dans un logement, elle apprend à ne pas dépendre des autres et à faire ses choses. Avoir une estime de soi et ses propres affaires et le fait de se sentir responsable, c'est le début de la réhabilitation. Si ces gens restent en institution, ils n'ont pas de décisions à prendre et ils n'ont pas de responsabilités. Par conséquent, on aura de la difficulté à les rendre totalement autonomes.

Je l'ai vécu avec mon fils. Au cours des sept années où tout allait bien par rapport à sa médication, il était propriétaire d'un immeuble de trois appartements. Il s'en occupait bien et il fonctionnait tout à fait normalement. Pour ces gens, il est vraiment important qu'ils aient ce sentiment d'appartenance et cette responsabilisation pour pouvoir poursuivre leur réhabilitation dans la communauté.

Mme Isabelle Morin: Quel est le pourcentage des personnes qui vont habiter dans un logement que vous leur fournissez et qui déménagent par la suite dans un autre sans avoir besoin d'aide? Combien de temps environ restent-elles dans un logement que vous leur fournissez?

M. Ghislain Beaulieu: Je ne peux pas vous répondre pour le moment parce que le projet est à l'étape de construction. Il s'agira d'hébergement avec un minimum de supervision. Je sais que les gens qui viendront habiter ces logements proviendront d'appartements que leur fournit un organisme, par exemple Le Pont. Cet organisme a des appartements près de ses bureaux, et les gens sont supervisés 24 heures sur 24. Dans le genre d'appartements qui sont en construction, les gens seront supervisés, mais de façon plus large. La supervision ne se fera pas 24 heures sur 24; elle sera plus générale. Je ne suis pas en mesure de vous donner ces statistiques. Ce sont plutôt les organismes avec qui nous travaillons qui pourraient le faire.

Mme Isabelle Morin: L'approche est-elle différente selon qu'il s'agit d'un jeune adulte ou d'une personne âgée?

M. Ghislain Beaulieu: Absolument. D'après ce que nous voyons, plus vite un jeune adulte est traité, moins il y aura de séquelles et de conséquences, et plus l'autonomie et la réhabilitation seront possibles pour lui. À l'inverse, une personne plus âgée peut avoir abandonné sa médication, et sa maladie peut avoir progressé. Pour un jeune, il est essentiel de recevoir le bon traitement, et ce, le plus tôt possible. Il faut qu'il bénéficie d'un bon accompagnement afin qu'il ait le moins de rechutes possible.

Mme Isabelle Morin: Selon ce que j'ai cru comprendre, des familles vous ont donné des sommes d'argent importantes pour que vous puissiez mettre votre fondation sur pied. Maintenant, vous fonctionnez au moyen de campagnes de financement. Vous êtes chanceux d'avoir eu accès à cet argent dans votre milieu.

Selon vous, quel est le rôle du gouvernement? Si on voulait prendre votre modèle et l'appliquer dans d'autres villes, villages ou milieux au Canada, quelle aide le gouvernement pourrait-il fournir pour qu'un projet semblable au vôtre voie le jour?

M. Ghislain Beaulieu: Je pense que le gouvernement doit continuer à bien appuyer les organismes. Dans notre milieu, par exemple, plusieurs organismes font tout un travail. Je les appelle « les anges » parce qu'ils font un travail avec des fonds limités, et ils le font avec une passion qu'on ne trouve pas nécessairement dans les grands réseaux et les grandes institutions. Ces organismes sont des partenaires essentiels au succès, mais ils exercent leurs activités avec de très petits budgets et des petites équipes.

Il faut continuer à aider ces organismes pour qu'ils n'aient pas de problèmes de fonctionnement, afin qu'ils puissent développer des projets et innover dans le domaine pour continuer à améliorer l'environnement. C'est la même chose en ce qui concerne la prévention. Si les organismes sont en mesure d'exercer leurs activités, ils pourront faire du développement par la suite. C'est là que nous, les fondations, intervenons pour soutenir ces nouveaux développements. S'ils ont des problèmes de fonctionnement, il est sûr qu'on perd des actifs importants pour notre communauté. Je

pense que le rôle du gouvernement est de bien appuyer ces organismes.

● (1710)

Mme Isabelle Morin: Parfait, je vous remercie beaucoup.

[Traduction]

Le président: Cela met fin à ce groupe de discussion.

Je remercie nos deux invités.

Nous allons suspendre nos travaux pendant une minute ou deux et passer ensuite au huis clos, car nous avons des affaires du comité à traiter.

Nous allons devoir prier nos invités à l'arrière de partir.

Lorsque nous reviendrons, nous poursuivrons nos travaux à huis clos.

[La séance se poursuit à huis clos.]

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>