



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la sécurité publique et nationale

SECU • NUMÉRO 015 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 10 mai 2016

—
Président

M. Robert Oliphant

Comité permanent de la sécurité publique et nationale

Le mardi 10 mai 2016

• (1145)

[Traduction]

Le président (M. Robert Oliphant (Don Valley-Ouest, Lib.)):
La séance est ouverte. Je prie nos témoins de nous excuser du retard attribuable à un vote en Chambre.

Je propose qu'avec l'approbation du Comité, nous entendions d'abord les représentants des Chefs Paramédics du Canada et de l'Association des paramédics du Canada, tel qu'il était prévu, puis M. Head lorsqu'il arrivera. Il s'agira de trois exposés de 10 minutes chacun. Du côté de la GRC, on se contentera de seulement deux minutes d'observations, car on a déjà traité de ces questions auparavant. Il y aurait donc une trentaine de minutes d'allocutions suivie d'une période de questions de 45 minutes. Comme le Service correctionnel du Canada est installé à Ottawa, il y a toujours la possibilité que nous invitions son représentant à une autre séance. Nous voulons en effet nous assurer d'accorder le plus de temps possible aux représentants des ambulanciers paramédicaux. Est-ce que cela conviendrait à tout le monde?

Nous allons nous efforcer de nous en tenir à l'ordre du jour établi. Si M. Head arrive, il n'aura pas entendu les deux premiers exposés, mais comme il a des notes d'allocution, je ne crois pas que cela change quoi que ce soit à sa déclaration.

Nous allons débiter avec les Chefs Paramédics du Canada, après quoi nous entendrons M. Poirier au nom de l'Association des paramédics du Canada. Écoutons d'abord ce que M. Mellow et M. Charbonneau ont à nous dire.

M. Randy Mellow (président, Chefs Paramédics du Canada):
Bonjour, monsieur le président, et bonjour aux membres du Comité.

Nous tenons à vous remercier de nous avoir invités à comparaître devant vous aujourd'hui pour contribuer à cette étude cruciale sur l'impact des traumatismes liés au stress opérationnel et des troubles de stress post-traumatique pour les agents de la sécurité publique et les premiers intervenants. J'ai l'honneur de prendre la parole devant vous aujourd'hui au nom des Chefs Paramédics du Canada. Notre association représente les chefs des services ambulanciers de toutes les provinces et de tous les territoires.

Nous sommes heureux de pouvoir participer au dialogue national au sujet de cet enjeu primordial pour la sécurité de nos hommes et de nos femmes qui interviennent en première ligne, quelles que soient les fonctions qu'ils assument. C'est une problématique qui est également déterminante pour leur famille qui en subissent souvent les conséquences.

Notre association a pris part récemment à une table ronde sur ce sujet important à l'invitation de l'honorable Ralph Goodale, ministre de la Sécurité publique. Pour nous préparer à cette rencontre, nous avons sondé et interviewé plusieurs de nos collègues des différentes régions du pays dans le but de répondre à trois questions très

simples. Quel est le problème? Que faisons-nous pour le régler? De quoi avons-nous besoin?

Les commentaires et les réponses reçus étaient sans doute aussi variés que les différentes facettes de l'enjeu en cause, mais il y a tout de même des thèmes communs qui sont ressortis de cet exercice. Je vais faire de mon mieux pour vous en présenter un aperçu aussi fidèle que possible.

Notre communauté s'entend certes sur un point: c'est un problème fort complexe. Le moins que l'on puisse dire, c'est que les impacts sont considérables. Lorsqu'il s'agit d'en évaluer l'ampleur, certaines difficultés se posent du point de vue des définitions et de la terminologie ainsi que des instruments de mesure que l'on utilise. Même si peu de recherches ont été effectuées jusqu'à maintenant, il est facile de conclure qu'il y a tout lieu de s'inquiéter.

Pour situer les choses dans leur contexte, disons que l'Ontario compte quelque 8 000 ambulanciers paramédicaux. Comme certaines études prévoient que 22 % d'entre eux seront affectés par des traumatismes liés au stress opérationnel, on peut estimer que plus de 1 700 de nos collègues ontariens sont aux prises avec des troubles semblables.

Au sein de la communauté des ambulanciers paramédicaux, les premières mesures ont été prises en vue de mieux cerner la magnitude du problème. Il est toutefois difficile de confirmer la validité des efforts ainsi déployés du fait qu'ils ne s'inscrivent pas dans un vaste programme de recherche. Le problème semble prendre de l'ampleur au vu de ses impacts sur les personnes touchées, la performance des systèmes et le fardeau financier qui y est associé.

Les membres de notre communauté ont surtout insisté sur la nécessité de traiter le problème dans son ensemble, plutôt que seulement les troubles ou la maladie — ou pire encore, un événement ou un symptôme en particulier. Chez les intervenants de première ligne, les dommages risquent fort d'être cumulatifs lorsque les situations d'exposition au stress se multiplient. Il faudra donc mener d'autres recherches pour déterminer dans quelle mesure la multiplicité des facteurs de stress auxquels sont confrontés les premiers intervenants se traduit par des troubles ou des traumatismes, et déterminer quels correctifs nous pouvons apporter.

Dans notre rôle de chefs de file et de praticiens au sein du système, nous estimons impératif de déployer un effort de collaboration coordonnée mobilisant les différents groupes de premiers intervenants à l'échelon national afin d'endiguer cette hémorragie de troubles émotifs et psychologiques.

Les premiers intervenants ont besoin du soutien de leurs pairs et d'équipes de gestion du stress lié aux incidents critiques ainsi que de formation en la matière. C'est un besoin déjà clairement établi et largement reconnu, mais des recherches approfondies s'imposent pour guider le déploiement de méthodes efficaces d'intervention sur le terrain en tenant mieux compte des impacts et des limites. Nous estimons par ailleurs qu'il existe des lacunes manifestes au chapitre des options de traitement, lesquelles sont relativement nouvelles. Il ne semble pas y avoir eu suffisamment de travaux soumis à l'examen des pairs quant à l'efficacité de ces options de traitement au sein de la communauté des ambulanciers paramédicaux.

À la lumière de ces différentes préoccupations, nos membres en sont venus à exprimer la nécessité de mieux comprendre le problème, et de fournir sans tarder à nos dirigeants les outils nécessaires pour commencer à apporter les correctifs qui s'imposent dans le cadre d'une démarche efficace et fondée sur des données probantes.

Il convient également de s'attaquer à des problématiques qui n'ont pas encore été prises en compte, comme la réintégration en milieu de travail. Dans l'état actuel des choses, les responsables des programmes de santé et sécurité au travail ne savent pas trop comment permettre à ces certains employés de réintégrer les effectifs en toute sécurité. Il existe dans certains secteurs des programmes de collaboration de portée limitée, mais les seuls programmes offerts dans bien des cas mettent l'accent sur la réintégration en milieu de travail des gens ayant subi des blessures physiques. Il y a assurément une lacune à combler à cet égard.

D'une manière générale, nous nous inquiétons du manque de coordination des efforts de recherche dans tous les domaines associés aux traumatismes liés au stress opérationnel. Selon nous, il convient de faire le nécessaire pour trouver des moyens de mettre en commun les résultats de recherche de façon plus efficace et généralisée.

Qu'est-ce qui se fait actuellement au sein de notre association et de notre communauté? De concert avec nos partenaires ici présents, l'Association des paramédics du Canada, nous nous efforçons d'orienter le débat pour que l'on traite de tous les enjeux liés à la santé et au mieux-être, tant du point de vue physique que mental, plutôt qu'uniquement des troubles liés au stress opérationnel. Nous croyons en une approche holistique qui reconnaît l'importance des efforts de promotion de la santé mentale pour contribuer à prévenir la progression symptomatique de la maladie jusqu'à l'apparition de troubles manifestes.

Notre association collabore aux projets suivants: le programme de recherche sur les services médicaux d'urgence du Canada; l'analyse nationale des lacunes en matière de recherche, et le volet de la communauté de pratique des ambulanciers paramédicaux dans le cadre du Programme canadien pour la sûreté et la sécurité (PCSS). Pour chacune de ces initiatives, des priorités ont été établies en reconnaissance de l'importance de la recherche pour la santé des professionnels du secteur, tout particulièrement pour la problématique qui nous intéresse. À titre d'exemple, une étude en cours à l'Université Queen's grâce au soutien du PCSS permet d'examiner les enjeux liés au mieux-être en santé mentale avec la collaboration de la municipalité de Frontenac.

• (1150)

Nous avons formé de concert avec d'autres associations un groupe de travail tripartite qui collabore avec Sécurité publique Canada et d'autres partenaires importants dans un effort pour mener à bien

l'initiative fédérale de création d'une stratégie nationale pour les troubles liés au stress opérationnel.

Notre association a également mis sur pied un comité spécial qui a produit un rapport sur les traumatismes liés au stress opérationnel et psychologique. Nous vous avons d'ailleurs fourni un exemplaire de ce rapport.

Ce comité spécial s'est employé à déterminer les moyens à mettre en oeuvre par les différentes organisations pour optimiser leurs interventions à l'égard des troubles liés au stress opérationnel. Comme c'est le cas pour tous les autres problèmes de santé, nous constatons que les services paramédicaux soucieux de s'attaquer à cet enjeu de façon proactive doivent articuler leurs efforts autour de quatre éléments fondamentaux. Premièrement, il faut voir à ce que le problème soit bien compris et adéquatement pris en compte au sein des services paramédicaux. Deuxièmement, il convient d'élaborer des stratégies de prévention qui ciblent les personnes à risque, leur environnement de travail et les sources possibles de traumatisme. Troisièmement, on doit mettre en place des services et des stratégies d'intervention pour les employés à risque. Quatrièmement, il faut veiller à ce que des programmes de traitement et de réadaptation soient offerts aux personnes aux prises avec des troubles liés au stress opérationnel.

Notre communauté continue de cibler ses efforts en fonction de ces différents éléments, mais nous sommes conscients qu'une plus grande collaboration nous permettrait d'être beaucoup plus efficaces. Le premier intervenant doit avoir accès à une gamme complète de programmes tout au long de sa carrière et toujours obtenir le soutien nécessaire quelle que soit sa situation dans le continuum de la santé mentale, c'est-à-dire qu'il soit en santé, en réaction, blessé ou malade.

L'approche de soutien doit être holistique et s'étendre de la préparation à la carrière jusqu'à la retraite, en passant par l'entraînement à la résilience, la relation entre l'exposition et la réaction, le rétablissement et le retour au travail après un incident critique, les changements de carrière et la réintégration de l'effectif dans un rôle autre que celui de premier intervenant. Les idées et les pratiques exemplaires ainsi mises en oeuvre doivent être fondées sur des données probantes en plus d'être préconisées et mises en commun dans l'ensemble du continuum de la santé mentale en traitant de tous les aspects liés à l'évaluation préalable, la prévention, la résilience et le rétablissement.

À notre avis, il va de soi qu'une vaste collaboration est essentielle si l'on veut s'attaquer à ce problème de façon efficace et appuyer les efforts de nos différents intervenants qui accomplissent au quotidien un travail extraordinaire pour assurer notre protection.

Il est primordial de déployer une stratégie s'appuyant sur plusieurs piliers afin de favoriser la bonne santé mentale de nos premiers intervenants à partir du jour où ils sont embauchés jusqu'à longtemps après leur retraite. Nous avons besoin pour ce faire de nouvelles recherches ainsi que du financement et du soutien nécessaires pour mobiliser nos ressources.

Les Chefs Paramédics du Canada tiennent à féliciter encore une fois le très honorable premier ministre Justin Trudeau d'avoir confié au ministre Goodale le mandat de travailler avec les différentes parties prenantes en vue d'élaborer un plan d'action national au sujet des traumatismes liés au stress opérationnel, un problème qui touche de façon disproportionnée les intervenants en sécurité publique que nous représentons.

Nous nous réjouissons à la perspective de pouvoir travailler avec le gouvernement fédéral et d'autres partenaires pour contribuer aux efforts de coordination, de recherche et de communication nécessaires afin d'assurer la sécurité de nos premiers intervenants et des citoyens du Canada en établissant des normes nationales fondées sur des données probantes pour guider l'évaluation, le traitement et les soins à long terme au bénéfice des intervenants en sécurité publique.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci beaucoup.

Je vous remercie pour le travail que vous accomplissez jour après jour, et pas seulement pour vos comparutions devant notre comité.

Monsieur Poirier.

[Français]

M. Pierre Poirier (directeur général, Association des paramédics du Canada): Monsieur le président, je remercie le Comité de me donner l'occasion de parler de la santé et du bien-être des paramédics au Canada.

[Traduction]

J'aimerais d'abord vous indiquer en quoi consiste exactement l'Association des paramédics du Canada, et vous parler un peu de la problématique de la santé mentale. De nombreux ambulanciers paramédicaux sont en détresse, et j'aimerais vous communiquer certains renseignements qui montrent bien à quel point la situation est grave. Je vais aussi vous entretenir de quelques-unes des initiatives efficaces qui ont cours. Enfin, je vous parlerai des possibilités de collaboration. Je constate en effet d'excellentes occasions de travailler en coopération avec les chefs, les différents ordres de gouvernement et, tout particulièrement, le Programme canadien pour la sûreté et la sécurité.

Disons d'entrée de jeu que l'Association des paramédics du Canada est un regroupement d'ambulanciers paramédicaux. Ce n'est pas un syndicat. Je voulais que cela soit bien clair. Nous nous occupons du profil de compétences des ambulanciers paramédicaux, c'est-à-dire des éléments qui définissent la profession. Nous déterminons les capacités, les compétences et les connaissances qu'une personne doit posséder ainsi que le rôle qu'elle doit jouer au service de sa collectivité.

Il s'agit en fait de voir quel genre de formation est nécessaire pour pouvoir s'acquitter efficacement des fonctions d'ambulancier paramédical. D'ici 2025, nous espérons pouvoir faire en sorte qu'une formation au niveau du baccalauréat soit exigée. Le travail d'ambulancier paramédical a effectivement beaucoup évolué.

Notre association regroupe 20 000 membres au Canada, un pays qui compte quelque 40 000 ambulanciers paramédicaux. On dit souvent qu'il faut environ 1 000 ambulanciers paramédicaux pour un million de citoyens. C'est une estimation générale qui est tout de même assez juste. Ainsi, les ambulanciers paramédicaux forment le troisième groupe en importance parmi les pourvoyeurs de soins de santé au Canada.

Trois grandes catégories ont été établies pour définir le travail des ambulanciers paramédicaux: soins primaires, soins avancés et soins critiques. Nous utilisons ces trois désignations. Depuis une quinzaine d'années, on est parvenu à une assez grande uniformité quant à la terminologie et aux titres à utiliser partout au Canada.

Le lieu de travail est un autre élément à considérer. On pensait à une certaine époque que nous travaillions uniquement dans les ambulances. On peut voir aujourd'hui des ambulanciers paramédi-

caux dans des hélicoptères, des cliniques et des hôpitaux, et on commence même à en apercevoir dans les centres de santé communautaires. À ce titre, je peux vous citer l'exemple de l'autobus de la santé à Saskatoon où des ambulanciers paramédicaux sont intégrés à une équipe d'intervention en santé communautaire. Au sein de la gamme des services de santé offerts, le travail de l'ambulancier paramédical a évolué pour inclure les soins préventifs qui viennent s'ajouter aux soins urgents.

La santé mentale est devenue un enjeu d'importance pour les ambulanciers paramédicaux. D'excellentes recherches ont été menées à ce sujet au cours des dernières années. Ainsi, la Dre Lori Gray et les Chefs Paramédics du Canada ont produit il y a un an ou deux un rapport très intéressant sur les traumatismes liés au stress opérationnel chez les ambulanciers paramédicaux. Nous savons désormais qu'il ne faut pas s'intéresser uniquement au stade final d'évolution de la maladie. Nous devons aussi mettre l'accent sur le bien-être général. Nous cherchons les moyens de permettre aux gens d'acquérir une résilience suffisante pour éviter d'être affectés par les traumatismes. C'est un élément primordial. Il y a en quelque sorte un constat d'échec à faire relativement aux traumatismes liés au stress opérationnel. Nous n'avons pas encore trouvé la manière de venir en aide à ces gens-là avant qu'il ne soit trop tard.

L'aspect le plus perturbant demeure le nombre de suicides associés à des problèmes de santé mentale. Je crois qu'il y en a eu 14 ou 15 l'an dernier. Désolé de ne pas pouvoir vous fournir de chiffres exacts, mais c'est tout de même un avertissement à prendre très au sérieux. C'est un signal d'alarme qui nous indique qu'il faut en faire davantage. L'Association des paramédics du Canada a récemment mené un sondage en ligne auquel 6 000 ambulanciers paramédicaux ont répondu. Les résultats sont effarants. Trente pour cent des ambulanciers paramédicaux ont déjà songé au suicide, 60 % connaissent un collègue qui l'a envisagé, et 70 % estiment qu'un de leurs collègues risque de se suicider. Il est assez frappant de constater qu'en dépit des progrès importants réalisés quant à leur rôle et à leur environnement de travail, les ambulanciers paramédicaux estiment à certains égards qu'ils ont été laissés pour compte. Nous avons tous une responsabilité à ce chapitre. Je ne suis pas en train de cibler un groupe en particulier. C'est un problème de société auquel nous devons nous attaquer. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle Randy Mellow et moi-même nous réjouissons autant de la lettre de mandat du ministre Goodale. C'est un problème pour tous les premiers intervenants, y compris les ambulanciers paramédicaux.

● (1155)

Certaines initiatives constructives ont été mises en oeuvre, notamment des lois qui présument les effets de l'ESPT sur les gens dans plusieurs provinces, récemment en Ontario, mais également au Manitoba et en Alberta.

Une initiative a été lancée avec l'Université de Regina et on a organisé une table ronde au début de cette année. Nous pensons que c'est un excellent fondement pour aider la communauté des premiers intervenants à travailler ensemble sur cet enjeu. C'est un élément important. Même si on reconnaît que les ambulanciers paramédicaux sont uniques, ils ont des points communs avec les métiers liés à la sécurité publique, ou les premiers répondants, et ces derniers sont abordés de façon appropriée dans les discussions de cette table ronde. Nous recommandons donc d'appuyer ces types d'initiatives.

Récemment, l'Université Queen's a mené une étude pour demander aux ambulanciers paramédicaux comment ils se « sentent », mais il s'agit de comprendre la portée de l'enjeu dans le cadre d'une étude fondée sur des recherches. Mme Renée MacPhee et l'Université Queen's ont lancé ce processus. D'autres travaux sont en cours pour cerner et définir le problème et son contexte.

La mobilisation de tous les membres de la communauté des premiers intervenants et le fait que votre comité est prêt à nous écouter sont des éléments importants pour lancer le processus visant à comprendre le problème, car cela nous permet de remonter à la source. Nous pouvons examiner le processus de la maladie, mais nous pouvons aussi remonter jusqu'à la composante liée au bien-être.

En ce qui concerne la requête — et Randy Mellow et les membres de Chefs Paramédics du Canada sont tous d'accord —, nous continuons d'appuyer les initiatives comme la table ronde de l'Université de Regina et les résultats de ces discussions.

Étant donné que les ambulanciers paramédicaux exercent un métier assez unique — nous ne sommes pas des pompiers ou des agents de police —, il est difficile de comprendre comment nous développons la maladie, et nous ne savons pas si cela se produit à la suite d'une accumulation de facteurs ou d'un événement déclencheur. Il faut mener des recherches à cet égard.

Le Programme canadien pour la sûreté et la sécurité, qui appuie grandement notre communauté depuis les 10 dernières années, pourrait nous aider. En effet, ce programme pourrait effectuer des investissements ciblés pour appuyer la recherche, non seulement en ce qui concerne l'ESPT, mais également la santé mentale et le bien-être chez les ambulanciers paramédicaux.

Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de vous parler aujourd'hui. Je suis prêt à répondre à toutes vos questions.

• (1200)

Le président: J'aimerais demander à M. Head, à Mme Chateauvert, à M. White et à M. Dubeau de s'installer à la table.

D'après ce que je comprends, M. Head livrera un exposé de 10 minutes et la GRC livrera ensuite un bref exposé. Est-ce exact?

S.-comm. Daniel Dubeau (dirigeant principal des ressources humaines, Gendarmerie royale du Canada): Monsieur le président, je n'ai pas d'exposé. Nous serons tout simplement prêts à répondre aux questions lorsque M. Head aura terminé.

Le président: C'est parfait.

Nous entendrons donc M. Head.

Les membres du Comité sont-ils d'accord?

Merci.

M. Don Head (commissaire, Service correctionnel du Canada): Monsieur le président, je crois que tout le monde a reçu un exemplaire de mon mémoire en anglais et en français. Si cela peut vous donner plus de temps pour les questions, je peux laisser tomber la lecture à voix haute.

Le président: Vous pourriez nous résumer les points importants, et nous ajouterons le mémoire aux témoignages.

Nous nous intéressons beaucoup à la question des agents de correction. J'aimerais que vous preniez au moins quelques minutes pour nous présenter les points saillants de votre rapport et nous indiquer les parties les plus importantes.

M. Don Head: Merci, monsieur le président, et merci, membres du Comité.

Je suis heureux d'être de retour. Je suis toujours heureux de comparaître devant votre comité pour vous parler de cet enjeu important que vous avez choisi d'étudier, car il touche un certain nombre d'employés au Service correctionnel du Canada.

La santé mentale en milieu de travail a toujours été un sujet difficile à aborder, à la fois pour ceux qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale et pour les membres de la direction. Il est très important pour moi, sur le plan personnel et professionnel, de traiter cette question de façon concrète et efficace. Je suis très heureux de constater que nous commençons à observer une augmentation de la sensibilisation à l'importance de maintenir un milieu de travail sain et qu'un nombre de mesures concrètes ont été prises afin d'améliorer la situation dans l'ensemble du pays.

La décision du Comité de mener une étude sur les blessures liées au stress opérationnel et les effets de l'état de stress post-traumatique, entre autres, a permis de mettre en lumière cet enjeu. Nous espérons que cela continuera de favoriser un dialogue plus ouvert dans la société pour permettre à ceux et à celles qui souffrent en silence de se manifester. La sensibilisation et la prévention constituent l'une des meilleures approches pour mieux comprendre les afflictions telles que l'ESPT et, à cet égard, j'aimerais décrire un aperçu de certaines mesures prises par le SCC.

Comme la plupart d'entre vous le savent, notre personnel exerce ses activités dans un environnement particulier, ce qui peut avoir un effet négatif important sur le bien-être mental. Étant donné la nature du travail accompli par les membres du personnel correctionnel de première ligne, ces derniers sont susceptibles d'observer des événements stressants et traumatisants, notamment des événements pouvant entraîner la mort ou des actes violents. Pendant nos 180 ans d'existence, 34 employés ont été tués en milieu de travail, dont 33 dans des pénitenciers, et un dans la communauté.

Par conséquent, ces employés peuvent souffrir de blessures liées au stress opérationnel. Bien que le SCC reconnaisse les défis considérables que représente le travail en milieu correctionnel, nous nous engageons à offrir un milieu de travail favorisant la santé et la sécurité de tous les employés, ainsi que leur santé mentale. Je suis fier du travail accompli quotidiennement par notre personnel, et particulièrement de son dévouement et de son engagement dans les circonstances stressantes et potentiellement dangereuses qui sont courantes dans un environnement correctionnel.

Le SCC encourage ouvertement les employés à chercher du soutien pour faire face à des problèmes personnels ou professionnels qui pourraient nuire à leur bien-être. À cette fin, nous avons mis en place un Programme d'aide aux employés afin d'inciter les employés qui éprouvent des problèmes personnels ou professionnels à demander de l'aide de manière volontaire, en sachant que nos employés constituent la force et la principale ressource du service et que le bien-être et la productivité des employés peuvent être compromis en raison de problèmes personnels ou professionnels.

De plus, le Programme de gestion du stress à la suite d'un incident critique est également offert aux employés du SCC. Il s'agit d'une initiative patronale-syndicale qui a été mise en oeuvre pour les employés dans les années 1990. Actuellement, les équipes de GSIC — l'abréviation qu'on leur donne — se composent de professionnels de la santé mentale, d'aumôniers et de pairs de divers domaines qui sont formés pour se conformer aux normes nationales. On fait appel à ces équipes lorsqu'il y a un incident qui correspond aux lignes directrices de la politique concernant la prestation de services de GSIC. Il peut s'agir d'incident tel qu'un décès, un suicide, une blessure causée lors du recours à la force dans l'exercice de ses fonctions, un incident où une personne est victime de voies de fait ou tout autre incident jugé critique par la direction de concert avec le gestionnaire régional du PAE-GSIC et un professionnel de la santé mentale.

Plus récemment, des mesures ont été prises pour sensibiliser les employés du SCC aux éventuelles atteintes à la santé mentale qui peuvent découler de leur travail dans le domaine correctionnel; ces mesures comprennent notamment la formation En route vers la préparation mentale. Comme vous le savez, elle a été mise au point par le ministère de la Défense nationale pour ses employés. Cette formation de pointe dotera les employés du SCC des mêmes outils et connaissances que ceux des premiers intervenants à l'échelle du pays.

En mai dernier, nous avons formé un Comité directeur sur les atteintes à la santé mentale en milieu de travail, et il s'emploie à élaborer une stratégie globale en santé mentale en se fondant sur la nouvelle norme sur les milieux de travail sains sur le plan psychologique, laquelle a été élaborée par la Commission de la santé mentale du Canada et l'Association canadienne de normalisation. Nous avons créé une nouvelle page Web interne exhaustive destinée aux employés qui vivent une atteinte à leur santé mentale. Ils y trouveront de l'information sur les mesures qu'ils peuvent prendre et sur les ressources dont ils disposent s'ils ont besoin de soutien. La semaine dernière, nous avons distribué une publication interne portant sur les atteintes à la santé mentale en milieu de travail à tous les employés du SCC à l'échelle du Canada. Cette publication comprenait des récits d'employés du SCC sur leur expérience personnelle, des articles d'un agent de GSIC et du PAE en établissement et d'un psychologue agréé, une affiche pour aider les employés à déterminer où ils se situent dans le continuum de la santé mentale, ainsi qu'une vidéo sur le Comité directeur sur les atteintes à la santé mentale en milieu de travail du SCC.

● (1205)

Je vais m'arrêter bientôt, mais je pourrais parler davantage du Programme d'aide aux employés, de notre Programme de retour au travail ou de notre programme sur l'obligation de prendre des mesures d'adaptation. À mon avis, et je travaille dans ce domaine depuis maintenant 38 ans, il ne fait aucun doute qu'il s'agit d'un sujet très important dont il faut discuter.

Même si je représente le système correctionnel fédéral, je suis heureux de voir que les travailleurs correctionnels des provinces et des territoires peuvent également en profiter. Je suis heureux de voir qu'on les inclut dans les discussions.

Pour vous donner une idée des conditions stressantes dans lesquelles nous travaillons, l'an dernier, 27 employés ou anciens employés ont tenté de se suicider ou se sont suicidés. Cette situation démontre concrètement les difficultés auxquelles ils ont eu à faire face au cours de leur carrière. Étant donné que je suis dans ce service depuis longtemps, je connais un grand nombre de ces personnes, et c'est donc une situation très troublante.

Encore une fois, je vais m'arrêter ici. Je suis heureux de constater que le Comité mène cet examen, et j'ai hâte de répondre à vos questions.

Le président: Merci beaucoup.

J'aimerais également remercier le sous-commissaire Daniel Dubeau, dirigeant principal des Ressources humaines de la GRC, d'être ici. Avez-vous un exposé à livrer?

● (1210)

S.-comm. Daniel Dubeau: Non, monsieur le président.

J'aimerais remercier le Comité de manifester un intérêt à l'égard de cet enjeu, et je me ferai l'écho de tous les commentaires de mon collègue.

Comme vous le savez, les efforts se poursuivent depuis plusieurs années dans ce domaine, et nous avons lancé notre stratégie sur la santé mentale en 2014. Je suis prêt à répondre à toutes les questions sur certains des systèmes que nous avons mis en place, et à formuler des commentaires sur ce que vous avez entendu au cours de cette réunion, ainsi que sur certaines des recherches que nous envisageons de mener pour faire progresser ce dossier au sein de notre organisme.

Le président: Excellent.

La parole est à M. Spengemann. Il a sept minutes.

M. Sven Spengemann (Mississauga—Lakeshore, Lib.): Merci, monsieur le président. J'aimerais partager le temps qui me restera avec mon collègue, M. Mendicino.

Je vous remercie tous d'être ici et de votre excellent travail. Par votre entremise, nous aimerions remercier toutes les personnes que vous représentez et qui sont sur le terrain, chaque jour, chaque période de travail. Nous vous sommes reconnaissants de ce que vous faites.

J'aimerais d'abord poser des questions aux représentants de la communauté des ambulanciers paramédicaux. J'ai plusieurs questions concernant les définitions, la sensibilisation et la prévention, ainsi que le traitement.

Étant donné que les membres du Comité sont à l'étape de donner un cadre à leur rapport, j'aimerais que vous nous indiquiez les éléments à inclure dans cet exercice en ce qui concerne les définitions et la terminologie. Nous avons utilisé l'étiquette « ESPT/BSO », mais elle contient plusieurs éléments et notions auxquels nous devons faire très attention.

Monsieur Poirier, vous avez parlé du bien-être, et cela nous force à remonter le long du spectre jusqu'au résultat le plus déplorable, c'est-à-dire le suicide ou la tentative de suicide. Il y a aussi, entre autres, la dépression, l'utilisation ou l'abus de substances, les troubles de panique et d'autres troubles de santé mentale qui peuvent être diagnostiqués, et nous devons en tenir compte et potentiellement les intégrer.

Pouvez-vous formuler des commentaires sur la façon dont nous pouvons être non seulement aussi précis, mais également aussi exhaustifs que possible en ce qui a trait à la terminologie utilisée et à la définition du problème?

M. Randy Mellow: Je crois que c'est une question avec laquelle nous avons des difficultés à titre de leaders des services ambulanciers paramédicaux. Une partie des demandes contenues dans notre exposé d'aujourd'hui concernait l'aide dont nous avons besoin pour cerner ces difficultés. Comme je l'ai dit dans mon exposé, nous participons à plusieurs différents domaines de recherche, et je crois que tous nos collègues autour de la table font la même chose, mais je crains que toutes ces recherches soient menées de façon isolée, en silo, et ne soient pas mises en commun.

Comme l'a dit mon ami M. Poirier, même si nous formons une communauté unique, nous avons de nombreuses choses en commun avec les autres premiers intervenants de la communauté. Encore une fois, notre requête en vue d'obtenir un appui pour les efforts de collaboration nous aiderait à répondre à cette question pour vous. Je crois que les travaux qui ont débuté par une table ronde à Regina, et surtout les travaux en cours à l'université et la proposition d'un institut canadien pour la recherche en matière de sécurité publique et le traitement, pourraient répondre à ces questions pour nous.

Nous nous efforçons réellement de trouver une solution, car nous faisons la transition de notre rôle traditionnel dans lequel nous établissons et appliquons des règlements vers un rôle dans lequel nous devons fournir des soins de santé à nos propres employés. Nous devons répondre aux questions que vous avez posées pour être en mesure d'assumer ce rôle.

M. Sven Spengemann: J'ai une question de suivi sur le premier volet.

L'étiquette « ESPT » entraîne-t-elle une stigmatisation négative dans votre profession?

M. Randy Mellow: Par votre entremise, monsieur le président, j'aimerais préciser que ce mot est troublant et que je n'aime pas l'utiliser. Je préfère considérer qu'il s'agit d'une blessure de stress opérationnel. Nous savons que nous devons nous attaquer au problème avant qu'il devienne un syndrome ou une maladie, et c'est vraiment ce qu'est l'ESPT. Comme je l'ai dit plus tôt dans mon exposé, nous devons examiner la situation tout le long des continuums de la carrière et de la santé mentale, et à mon avis, lorsqu'on doit concentrer les efforts sur un trouble de santé, il est déjà trop tard.

Je ne sais pas si mes collègues ont quelque chose à ajouter, mais c'est certainement notre position à cet égard.

M. Pierre Poirier: Je suis d'accord. Ce terme entraîne une stigmatisation. Même si nous parlons des initiatives de la société Bell — Cause pour la cause — et de Clara Hughes, nous devons diminuer la stigmatisation. L'utilisation de cette étiquette nuit probablement à l'ensemble des éléments liés à la santé mentale et au bien-être.

M. Sven Spengemann: C'est utile.

En ce qui concerne le deuxième volet que j'ai mentionné, c'est-à-dire la sensibilisation et la prévention, à votre avis, dans quelle mesure la population canadienne est-elle sensibilisée au problème auquel vos collègues font face? Veuillez nous donner une idée générale du degré de sensibilisation du public à cet égard, sans entrer dans les détails scientifiques.

M. Pierre Poirier: Je crois qu'on est sensibilisé à plusieurs enjeux et je sais, par l'entremise de la campagne Cause pour la cause de Bell, qu'il y a un problème, mais je ne crois pas qu'on en sache beaucoup plus dans la communauté. Je pense aux 40 000 ambulanciers paramédicaux du pays, car en ce moment, la formation qu'ils reçoivent n'aborde pas vraiment le bien-être ou la compréhension de

la santé mentale, mais nous nous attaquons à ce problème. Notre communauté commence tout juste à mener ces efforts de sensibilisation. Je crois que c'est très important — et cela revient encore une fois à la lettre de mandat —, car je pense qu'il est très important d'entamer un dialogue pour envoyer ce message.

● (1215)

M. Sven Spengemann: Pourriez-vous nous donner des précisions sur ce que savent les nouvelles recrues? Par exemple, si une jeune personne envisage de se joindre à votre organisme, dans quelle mesure connaîtrait-elle les dangers liés aux troubles mentaux ou l'importance qu'il faut accorder au bien-être à son entrée dans le processus de recrutement?

M. Pierre Poirier: Je peux répondre à cette question. Au cours des deux dernières années, nous avons révisé les connaissances, les compétences et les capacités des ambulanciers paramédicaux et leur formation, et cela a été l'un des éléments centraux du renouvellement des connaissances et des programmes de formation. Donc, oui, je dirais que les nouvelles recrues reçoivent ces informations, mais nous ne comprenons toujours pas tous les éléments de ce continuum, et nous devons en tenir compte.

M. Sven Spengemann: Ensuite, pour parler du dernier volet que j'ai appelé le traitement, pourriez-vous nous préciser certains des facteurs aggravants qui ne provoquent pas nécessairement une BSO immédiatement, mais qui sont liés à certains des dangers de l'environnement de travail qui peuvent accroître le risque qu'une personne souffre de détresse mentale?

M. Randy Mellow: Encore une fois, par votre entremise, monsieur le président, je crois que mon collègue M. Charbonneau aimerait peut-être ajouter un commentaire, si vous êtes d'accord. J'aimerais d'abord préciser que ces facteurs aggravants sont exactement ceux auxquels j'ai fait référence plus tôt lorsque je parlais de la multiplication des facteurs stressants. Chaque communauté est très différente des autres. Par exemple, les membres de la communauté des ambulanciers paramédicaux sont exposés à des incidents critiques sur lesquels ils ont peu de contrôle. Nous savons que cela va se produire, tout comme nos partenaires de la communauté des premiers intervenants.

Nous sommes également soumis à un stress opérationnel plus élevé, car la population vieillit et la demande pour les services des ambulanciers paramédicaux s'accroît. Ces derniers doivent sauter leur heure de dîner ou continuer de travailler après la fin de leur période de travail. Ensuite, nous sommes exposés à un stress organisationnel, car comparativement aux autres premiers intervenants, notre profession est l'une des plus visées par des lois ou des règlements. Donc, encore une fois, ces facteurs aggravants, comme vous les avez décrits, sont uniques dans chaque service. C'est l'un des domaines dans lesquels, à mon avis, les services paramédicaux doivent être considérés de façon distincte.

Si le président est d'accord, j'aimerais donner la parole à mon ancien président au cas où il aurait quelque chose à ajouter.

M. Paul J. Charbonneau (président sortant, Chefs Paramédics du Canada): Je pense que nos membres reconnaissent de plus en plus les facteurs de stress, ce qui est très important. Pour faire suite aux remarques sur les jeunes travailleurs paramédicaux, quand je suis devenu technicien ambulancier à Toronto il y a 40 ans, le sujet n'a pas été abordé au cours de ma formation de quatre semaines. Quand mon fils est devenu ambulancier paramédical il y a une quinzaine d'années, on en a bien peu parlé au cours de sa formation d'un an.

J'ai un petit-fils qui pourrait bien vouloir suivre un jour l'exemple de son père et de son grand-père. J'espère sincèrement qu'il y aura alors un cours complet sur la façon de prendre soin de soi au cours d'une carrière de 40 ans.

Le président: Cela fait sourire M. Poirier.

Monsieur O'Toole, vous avez la parole.

L'hon. Erin O'Toole (Durham, PCC): Merci à vous tous et, par votre intermédiaire, à vos membres, de l'important travail que vous accomplissez pour la population et d'être venus ici aujourd'hui pour parler des problèmes qui touchent vos membres.

Monsieur Mellow, j'ai été frappé par les chiffres que vous avez cités, à savoir que, sur les 40 000 membres dont M. Poirier a parlé, 1 700 souffrent actuellement de blessures de stress opérationnel. Comment avez-vous vérifié cette statistique et, parmi ces 1 700 personnes, combien sont en congé de maladie et combien continuent de travailler malgré ces blessures?

M. Randy Mellow: Monsieur le président, je peux répondre à la question, mais je tiens d'abord à préciser que j'ai dit qu'il y a environ 8 000 ambulanciers paramédicaux en Ontario et que le taux de 22 % vient d'une étude parmi de nombreuses autres, qui ont été menées isolément si je puis dire. Selon l'une des études que j'ai consultées, le taux de blessures prévu était de 22 %, d'où j'ai déduit le nombre de 1 760 travailleurs en Ontario seulement. C'est sans compter les agents de communication du milieu ambulancier et, bien sûr, les autres premiers répondants qui servent la collectivité.

M. Poirier a indiqué qu'il y a 40 000 ambulanciers paramédicaux au Canada et je suis d'accord ce chiffre. Si l'on calcule 22 % de ce nombre, le problème est très vaste. J'aimerais pouvoir vous dire combien de personnes sont en congé de maladie. J'aimerais pouvoir vous parler du fardeau financier qui est associé à cette situation. Je voudrais pouvoir vous dire dans quelle mesure nos membres commettent des erreurs médicales ou adoptent des comportements à risque.

Ce sont tous des projets de recherche que nous avons entrepris et à propos desquels nous aimerions vous donner plus de détails, mais, comme je l'ai dit plus tôt, il faut établir une collaboration plus vaste pour rassembler ces projets de recherche afin de pouvoir répondre à cette question avec plus de précision.

• (1220)

L'hon. Erin O'Toole: Nous avons entendu le témoignage de représentants de certains services d'incendie et, récemment, j'ai pris la parole lors de la convention nationale de ces services. Le service d'incendie de York, par exemple, est en train de mettre en place une formation sur la résilience à partir du programme En route vers la préparation mentale, qui a été conçu initialement par le MDN, puis adapté aux premiers répondants.

Y a-t-il des groupes parmi vos effectifs qui ont lancé une formation sur la résilience à partir de ce programme, ou de tout autre guide, et quels ont été les résultats obtenus?

M. Randy Mellow: Si vous le permettez, je laisserai M. Charbonneau répondre à cette question.

M. Paul J. Charbonneau: Merci. Je répondrai par votre intermédiaire, monsieur le président, que le programme En route vers la préparation mentale vient d'être adopté dans le milieu paramédical. Demain, à Toronto, l'Ontario Association of Paramedic Chiefs tiendra toute la journée des réunions sur le mieux-être mental qui seront présentées par la Commission de la santé mentale du Canada.

Ce programme reçoit un accueil très favorable, comme ce fut le cas pour les services d'incendie et les corps policiers, de même que les forces armées. Nous nous y intéressons de près parce que nous avons entendu parler des excellents résultats obtenus par la GRC, qui a été le premier corps policier canadien à le mettre en place. Nous sommes très enthousiastes et je pense que cette formation sera excellente pour nos effectifs, elle l'a été pour les pompiers, les policiers et les agents correctionnels.

L'hon. Erin O'Toole: Vous êtes plusieurs à avoir parlé du problème du suicide que l'on constate au sein de plusieurs services en uniforme depuis quelques années, ainsi que du mieux-être et du stress en général.

Je pense qu'il est important de souligner — comme l'ont fait des témoins présents lors de notre dernière séance — qu'il est possible d'identifier au moyen d'une IRM les gens qui sont prédisposés aux blessures de stress opérationnel. Avez-vous remarqué chez vos membres des cas de dépression et des maladies mentales qui pourraient ne pas être liés au stress opérationnel, mais qui surviendraient plutôt dans la même proportion que dans la population en général?

Vous arrive-t-il de pouvoir déterminer de quelle situation il s'agit? Manifestement, la formation sur la résilience et les autres programmes n'aideront pas une personne souffrant d'une maladie mentale qui n'est pas liée au stress opérationnel. Jusqu'où va le débat sur la santé mentale? C'est une réalité que j'ai constatée chez Anciens Combattants Canada aussi. Il y a dans l'armée, dans la GRC et ailleurs, des gens qui souffrent de problèmes de personnalité ou de toutes sortes de maladies mentales non liées au stress, et leur offrir seulement une formation sur la résilience ne leur sera d'aucune utilité.

M. Pierre Poirier: J'ai quelques remarques à formuler à ce sujet.

D'abord, nous avons examiné la prévalence du suicide chez les ambulanciers paramédicaux par rapport à la population en général. Je ne suis pas certain de répondre directement à votre question, mais nous avons observé que le taux de suicide chez ces travailleurs est plus élevé que le taux de suicide dans la population en général.

Je pense que vous faites allusion à des gens qui sont devenus ambulanciers paramédicaux, mais qui étaient déjà prédisposés à ce genre de troubles. C'est possible, mais sachant qu'il y a une différence entre la population en général et les ambulanciers paramédicaux en raison des expériences de ces derniers, nous estimons que notre travail et les activités qui y sont associées expliquent cet écart.

L'hon. Erin O'Toole: Je suis d'accord.

C'est plutôt du traitement qu'il est question. On ne traite pas une personne souffrant d'une blessure de stress opérationnel ou d'un autre trouble faisant l'objet d'un diagnostic clinique, comme le syndrome de stress post-traumatique, de la même manière qu'une personne souffrant d'un trouble d'anxiété généralisé.

Ce qui me préoccupe, c'est que le milieu stressant qui entraîne une hausse des blessures de stress opérationnel, parmi vos effectifs, à la GRC et ailleurs, mène à cette approche axée sur la résilience. Or, cette approche n'aidera pas tout le monde puisque certaines personnes souffriront d'une maladie mentale générale et peuvent avoir besoin d'autre chose que de la formation.

Je me demande s'il est possible de dégager ou d'adapter des traitements ou des moyens destinés à divers problèmes aussi tôt dans le débat sur les blessures de stress opérationnel, le syndrome de stress post-traumatique et les autres troubles du genre.

M. Pierre Poirier: Je travaille avec la Ville d'Ottawa et il est intéressant de constater qu'une prise de conscience a eu lieu à l'interne, qu'un signal d'alarme s'est fait entendre. Je pense que les programmes d'assistance aux employés, les PAE, qui existent partout au pays sont véritablement destinés — ne le prenez pas mal — à la dépression ordinaire ou à d'autres types de maladies mentales. Ils ne sont pas nécessairement en mesure de mettre l'accent sur ce que nous décrivons comme des problèmes de santé mentale liés au travail.

La Ville d'Ottawa le reconnaît depuis quelques années. Elle a donc dû revoir les PAE de façon à répondre aux besoins spécifiques des premiers intervenants. Ce travail se poursuit avec les travailleurs paramédicaux ainsi qu'avec les pompiers de la Ville. Des administrations de tout le pays se livrent à cet exercice. Jusqu'à tout récemment, les PAE n'étaient pas en mesure de comprendre les problèmes de santé mentale liés au travail des premiers intervenants.

• (1225)

Le président: Monsieur Dubé, vous avez la parole.

[Français]

M. Matthew Dubé (Beloeil—Chambly, NPD): Merci, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins d'être ici parmi nous aujourd'hui.

On parle beaucoup de s'attaquer à la question du stress post-traumatique et c'est très important de le faire, mais je crois que dans certains cas, il faut aussi s'attaquer aux incidents et aux événements qui peuvent le causer.

Ma question s'adresse à vous, monsieur Head, et elle porte sur les institutions carcérales.

Je me souviens d'avoir lu un article, je crois que c'était en 2014, qui parlait d'une augmentation d'environ 60 % des accidents, des *workplace accidents* comme on le disait dans l'article, dans les institutions carcérales. Nous savons que plusieurs de ces accidents sont liés à la violence. Des situations comme la double occupation d'une même cellule peuvent entraîner des dangers pour les agents correctionnels et de la violence supplémentaire.

Y a-t-il quelque chose qui peut être fait à cet égard? Nous voulons leur apporter de l'aide dans le domaine de la santé mentale, mais y a-t-il lieu aussi de viser, en premier lieu, une réduction du nombre d'événements susceptibles de provoquer un stress post-traumatique?

[Traduction]

M. Don Head: Je pense qu'il y a certainement moyen d'améliorer les choses dans les cas précis dont vous parlez. Nous avons d'ailleurs réduit le nombre de cellules à double occupation et adopté d'autres mesures, ce qui a fait diminuer la tension dans les établissements.

Ce qu'il ne faut pas oublier dans le cadre du présent débat, c'est que ce qu'on appelle des « blessures de stress opérationnel » peuvent avoir de multiples causes, certaines plus physiques que d'autres, comme subir une agression ou voir une autre personne être agressée, jusqu'à des situations où... Permettez-moi de vous donner un exemple. Il y a, dans les unités d'admission de tout le pays, des employés de bureau qui lisent quotidiennement les rapports de police et le profil criminel des détenus. Les crimes commis par certaines des personnes qui entrent dans notre système sont horribles. Les rapports en question sont très imagés et très détaillés. Jusqu'à maintenant, nous n'aurions jamais imaginé que ce genre de travail pouvait entraîner des problèmes de santé mentale ou une blessure de stress opérationnel.

Il faut faire attention de ne pas cataloguer trop facilement les situations. Les problèmes physiques avec lesquels les gens sont aux

prises tombent dans une catégorie, mais il existe une toute autre gamme de problèmes, surtout dans notre milieu. Nos psychologues sont confrontés quotidiennement à des cas de santé mentale qui sont parmi les plus graves au pays, ce qui peut avoir un effet néfaste sur eux. Les agents de libération conditionnelle doivent tenir compte de toutes sortes d'informations liées au crime commis par l'individu ainsi que des progrès réalisés par celui-ci, puis formuler des recommandations sur la possibilité de libérer cette personne. Toutes ces choses entrent en ligne de compte.

Dans le monde correctionnel, il y a bien plus que les altercations physiques. Il y a toutes sortes d'autres facteurs qui entrent en jeu.

[Français]

M. Matthew Dubé: Merci.

Vous avez parlé de personnes qui ont été tuées. Il y avait une personne dans la communauté. Était-ce au travail ou était-ce quelqu'un qui était allé chercher la personne et qui savait où elle habitait? Quel était le contexte de cette situation?

[Traduction]

M. Don Head: C'est le meurtre de Louise Pargeter, à Yellowknife, qui a eu lieu dans la collectivité. Elle faisait ce que nous appelons une visite à domicile pour faire le suivi auprès d'un délinquant condamné à une peine à perpétuité qui avait été libéré sous condition. Pendant cette visite, le délinquant est allé préparer une tasse de thé, puis il est revenu, a tué Mme Pargeter à coups de marteau et a ensuite agressé sexuellement sa dépouille.

M. Matthew Dubé: Autrement dit, quand on entend une histoire pareille, on comprend qu'il ne faut pas oublier les agents de libération conditionnelle.

M. Don Head: Exactement.

M. Matthew Dubé: Très bien.

En ce qui concerne les ambulanciers paramédicaux, monsieur Poirier, vous avez dit qu'ils occupent essentiellement le troisième rang des fournisseurs de soins de santé. Quelles sont les difficultés liées au fait de faire partie du système de santé, mais aussi au fait de travailler aux côtés des premiers intervenants, qui font face à des situations très différentes...? Vous en avez parlé brièvement, mais pourriez-vous donner des détails sur les défis que comportent ces deux réalités et sur ce qu'il faut faire pour mieux structurer l'aide dont vos membres ont besoin?

• (1230)

M. Pierre Poirier: Tout d'abord, je vous remercie de votre question, car en 1981 et lors de l'adoption de la Loi canadienne sur la santé, on ne considérait pas que les ambulanciers paramédicaux faisaient partie du système de santé sur le plan national. J'imagine que l'une de nos visions à long terme a toujours été leur reconnaissance comme une composante du système de santé. En effet, dès qu'on appelle le 911 et qu'on communique avec des gens qui peuvent prodiguer des soins, il faut considérer qu'on se trouve dans le système de santé. Je sais que c'est un sujet différent.

Je pense que ce qui rend les ambulanciers paramédicaux uniques, c'est qu'ils établissent des liens avec leurs patients. Il y a aussi le contexte émotionnel, qui souvent n'est pas présent chez les pompiers, par exemple, bien que cela ne soit pas dans la même... C'est à cela que je pense quand je parle de relation unique. Il se crée souvent un attachement émotionnel, ou peut-être un détachement, selon le point de vue qu'on adopte.

Nous nous sentons engagés émotivement dans le traitement de nos patients. Dans le cadre de nos interventions, il y a des hauts et des bas. Je crois que cela ajoute à la complexité de notre travail et le rend unique. Nous ne sommes pas meilleurs que quiconque, mais notre situation est différente.

[Français]

M. Matthew Dubé: Je vous remercie de cette réponse.

Ma dernière question concerne les données et elle s'adresse à tous les témoins. J'aimerais que vous répondiez le plus brièvement possible parce qu'il ne me reste que très peu de temps.

La question des données est quelque chose qui revient très souvent. Il s'agit d'une recommandation facile que pourrait faire le Comité. Il faut qu'il y ait plus de données pour relever les incidents en milieu de travail, les problèmes de santé mentale et les incidents entraînant un stress post-traumatique. J'aimerais entendre tous les témoins le plus rapidement possible au cours de la trentaine de secondes qui sont à ma disposition.

S.-comm. Daniel Dubeau: Je vais parler en ce qui concerne la GRC.

Nous avons des données sur les incidents qui se produisent au travail. Il y a aussi des données d'Anciens Combattants Canada qui nous donnent une idée du nombre de personnes qui feront une demande de pension. Il y a aussi les données qui proviennent de nos compagnies d'assurances. Nous avons beaucoup de données, mais ce qui nous manque, ce sont des données à l'interne. Nous n'avons pas de données sur nos membres qui sont malades. Ce sont vraiment les données qui nous manquent. Nous sommes en train d'acheter un logiciel pour recueillir ces données, soit un

[Traduction]

un outil de gestion des cas pour les soins de santé.

[Français]

Quand il sera en place, cela nous donnera plus de données et d'informations à ce sujet.

M. Matthew Dubé: Qu'en est-il pour ce qui touche les ambulanciers?

[Traduction]

M. Randy Mellow: Pour répondre très rapidement, vous savez que les ambulanciers paramédicaux sont organisés essentiellement à l'échelle provinciale, ce qui fait que les données sont fragmentées. Nous disposons de données, comme nos collègues de la GRC, pour chacune des provinces, mais il faut trouver un moyen de mieux regrouper ces données à l'échelle nationale afin de les partager et, plus généralement, de les utiliser de manière à ce que l'ensemble des premiers répondants puissent s'entraider.

Le président: Monsieur Mendicino, c'est à vous.

M. Marco Mendicino (Eglinton—Lawrence, Lib.): Je tiens à remercier les témoins qui font partie du grand groupe que nous recevons aujourd'hui. Comme l'ont déjà dit mes collègues, nous vous sommes très reconnaissants des services que vous rendez.

Je voudrais revenir à certaines statistiques qui ont été mentionnées plus tôt sur la question très délicate du suicide. Je veux seulement m'assurer d'avoir les bons chiffres.

Monsieur Head, si j'ai bien compris, en 2015, 27 employés du SCC se sont suicidés ou ont tenté de le faire.

M. Don Head: C'est exact. Ce nombre vise le personnel en poste ainsi que les employés à la retraite.

M. Marco Mendicino: Sur ces 27 cas, êtes-vous en mesure de me dire combien de personnes ont réussi leur tentative?

M. Don Head: Douze personnes se sont suicidées, dont sept employés en poste.

M. Marco Mendicino: Savez-vous si on pouvait faire un lien entre ces suicides et des pénitenciers en particulier, comme des établissements à sécurité maximale par exemple?

M. Don Head: Il n'y avait pas de lien entre ces suicides et le niveau de sécurité des établissements où travaillaient ces personnes. En outre, ils ont eu lieu aux quatre coins du pays.

• (1235)

M. Marco Mendicino: Monsieur Poirier, je sais qu'un sondage en ligne a révélé, seulement pour vérifier les chiffres, que 30 % des ambulanciers paramédicaux avaient déjà songé au suicide. De combien d'ambulanciers paramédicaux parle-t-on en tout? Était-ce 17 000?

M. Pierre Poirier: En tout, 6 000 personnes ont répondu au sondage.

M. Marco Mendicino: D'accord, mais il s'agit de 6 000 personnes sur combien en tout?

M. Pierre Poirier: Par rapport à tous nos membres...

M. Marco Mendicino: Combien y en a-t-il?

M. Pierre Poirier: Ils sont 40 000.

M. Marco Mendicino: D'accord.

Je reviens à vous, monsieur Head. Pouvez-vous dire sans trop risquer de vous tromper que ces suicides sont liés au stress opérationnel ou au syndrome de stress post-traumatique?

M. Don Head: Je ne peux pas l'affirmer avec certitude. Pour les quelques cas dont je suis au courant, connaissant les difficultés qu'ont éprouvées ces personnes au cours des dernières années de leur carrière, je peux établir un parallèle et dire que oui. Je ne peux toutefois pas l'affirmer dans tous les cas. Je ne peux pas dire cela.

M. Marco Mendicino: Monsieur Poirier, je déduis qu'une section du sondage en ligne portait sur le stress occupationnel ou sur le syndrome de stress post-traumatique. Êtes-vous en mesure de nous éclairer sur la corrélation, pas sur la relation de cause à effet, mais bien sur la corrélation entre la proportion de 30 % des répondants qui ont songé au suicide et un trouble préexistant?

M. Pierre Poirier: Je vous prie de m'excuser, mais je ne suis pas certain de vous suivre.

Sur les 6 000 personnes qui ont répondu au sondage, 30 % avaient songé au suicide. Nous avons aussi dit que, l'année dernière, il y a eu 14 suicides, si je ne m'abuse, chez les ambulanciers paramédicaux. C'est une donnée distincte qui n'est pas liée au sondage. Je ne suis pas certain de répondre à votre question, je vous prie de m'en excuser.

M. Marco Mendicino: Donc, sur 40 000 ambulanciers paramédicaux, 14 se sont suicidés, c'est cela? D'accord.

Êtes-vous en mesure de nous dire si on peut établir une corrélation entre les 14 personnes qui se sont suicidées et le syndrome de stress post-traumatique ou les blessures de stress opérationnel?

M. Pierre Poirier: Je pense que cela revient à la question de M. O'Toole sur le fait qu'on observe un taux de suicide plus élevé chez les ambulanciers paramédicaux que dans la population en général. Nous croyons effectivement qu'il y a un lien avec la santé mentale, mais est-ce directement lié à l'ESPT? Je ne peux pas l'affirmer, mais une chose est sûre, c'est lié à la santé mentale.

M. Marco Mendicino: J'aimerais vous poser une question au sujet de votre définition d'un « incident critique ». Comment définiriez-vous un incident critique?

Monsieur Head.

M. Don Head: Nous avons toute une série d'événements qui sont énumérés dans notre directive du commissaire. Nous pouvons vous en remettre un exemplaire, mais cela peut comprendre divers incidents, notamment des agressions violentes, des agressions entre détenus, des agressions envers des membres du personnel, des tentatives de suicide ou des décès de détenus, et d'autres événements impliquant de la violence comme une prise d'otages. La liste est longue.

M. Marco Mendicino: Monsieur Mellow, avez-vous une définition semblable?

M. Randy Mellow: Nous ne tentons pas vraiment de définir ce qu'est un incident critique. C'est différent pour chaque personne. Pour quelqu'un aujourd'hui, cela pourrait être un traumatisme. Pour quelqu'un d'autre, cela pourrait être un décès survenu dans l'exercice de ses fonctions. Dans nos activités quotidiennes, il y a d'autres facteurs de stress qui peuvent faire en sorte qu'un incident soit critique pour une personne. C'est la raison pour laquelle nous ne les définissons pas.

M. Marco Mendicino: Enfin, j'aimerais vous demander si, selon vous, il serait valable de centraliser la recherche et les efforts en ce qui a trait à la BSO et à l'ESPT. J'en déduis que oui, selon ce que vous avez dit tout à l'heure, mais j'aimerais que vous nous en parliez davantage dans le temps qu'il nous reste, parce que j'ai cru comprendre qu'il fallait miser sur une plus grande collaboration et, en tant que membre du Comité — et je l'ai déjà dit auparavant —, je sais que beaucoup de recherches ont été effectuées sur le sujet par différents experts de différents domaines. Pourriez-vous nous expliquer pourquoi il est si important d'avoir une plus vaste collaboration dans ce domaine?

M. Randy Mellow: Comme je l'ai dit dans mon exposé, il serait vraiment important d'accroître la collaboration. Mon collègue, M. Poirier, a indiqué plus tôt qu'il fallait jeter des bases solides afin d'appuyer nos premiers intervenants. Je pense que cela nécessite de nombreux éléments, et la recherche dont vous parlez en fait partie. Nous savons que les études sont là et nous devons les rassembler.

La création d'un institut canadien pour la recherche en matière de sécurité publique et le traitement nous permettrait de regrouper tous ces éléments. Séparément, je crains que nous n'arrivions pas à mettre en place des programmes fondés sur des données probantes. J'estime qu'En route vers la préparation mentale est un programme efficace. Nous ne savons pas encore si c'est la solution parfaite pour notre communauté. Chose certaine, c'est un programme qui fonctionne. Nous devons ajouter des éléments à nos assises, repérer ce qui réussit dans d'autres secteurs, puis rassembler tout cela. Je pense que c'est un bon exemple de la façon dont nous pourrions procéder.

• (1240)

M. Marco Mendicino: Je pense que mon temps est écoulé. En 10 secondes, j'aimerais savoir si M. Head partage cet avis.

M. Don Head: Je suis tout à fait d'accord. Plus nous collaborons, mieux nous utiliserons nos ressources. On ne dispose pas de beaucoup de ressources pour s'attaquer à ce genre de problème. S'il y a plusieurs études qui se font partout au pays isolément, nous n'aurons pas la bonne réponse. Il faut trouver le type d'intervention qui convient le mieux à la personne selon la situation et le moment.

Le président: Sachez que nous aurons le temps d'entreprendre une deuxième série de questions de cinq minutes, alors préparez-vous à poser de bonnes questions.

Messieurs Miller, Di Iorio et Rayes ainsi que madame Damoff, je crois que je vais pouvoir vous accorder cinq minutes chacun.

Monsieur Miller.

M. Larry Miller (Bruce—Grey—Owen Sound, PCC): Merci à tous les témoins d'être ici aujourd'hui. Vous nous avez présenté d'excellents exposés et vous nous avez donné beaucoup d'informations pertinentes.

Lorsqu'un premier intervenant vit un événement traumatisant ou plutôt un « incident critique », comment une petite équipe d'ambulanciers paramédicaux ou de pompiers peut-elle composer avec le fait qu'un ou deux membres de leur effectif doivent s'absenter pour être soignés? De quelle manière ces personnes sont-elles traitées et — cette question a été soulevée plus tôt — pendant combien de temps doivent-elles être suivies avant de pouvoir réintégrer leur poste?

Corrigez-moi si je me trompe, mais j'ai l'impression que lorsqu'il y a très peu d'effectifs, on demande tout simplement à ces gens de revenir au travail parce qu'on est à court de personnel. Comment gérez-vous cette situation?

M. Paul J. Charbonneau : C'est une très bonne question.

J'ai travaillé partout dans la province, jusqu'en Baie-James, et nous n'étions que quatre à Moosonee. Les jeunes ambulanciers paramédicaux autochtones avec qui je travaillais sont souvent intervenus dans des événements traumatisants qui impliquaient des membres de leur famille. Évidemment, nous essayions de les appuyer du mieux possible. C'est la même chose avec la Police provinciale de l'Ontario, où il peut parfois y avoir un petit nombre d'agents, mais si quelque chose se produit, nous faisons appel à d'autres agents le plus rapidement possible.

Je pense que nous parvenons très bien à nous appuyer les uns les autres. Je viens de Kingston, et s'il arrive un incident à Napanee, dans le comté de Lennox et Addington, je n'hésiterai pas à y affecter des ambulanciers paramédicaux afin d'offrir de l'aide, mais c'est certes un problème. Ce n'est pas seulement une question de leur laisser du temps pour s'en remettre; il faut aussi trouver les ressources dont ils ont besoin dans certaines régions éloignées. Comment compose-t-on avec un incident qui se produit au Yukon? Y a-t-il un psychologue sur place ou doit-on aller le chercher ailleurs? Ce sont toutes des préoccupations que nous avons. Quel est le niveau de traitement que nous devons offrir afin que ces premiers intervenants nous reviennent en santé? Chaque personne est différente. Deux partenaires peuvent être témoins du même incident; l'un d'entre eux peut revenir après deux mois et l'autre le lendemain. Un incident nous touche tous différemment.

M. Larry Miller: Je viens du secteur municipal, où il y a des pompiers volontaires et des ambulanciers paramédicaux locaux. Je suis donc tout à fait d'accord avec vous lorsque vous dites que vous vous appuyez mutuellement, et c'est une très bonne chose.

J'aimerais maintenant parler d'un autre sujet qui a été abordé.

Monsieur Mellow, dans votre exposé, vous avez parlé de santé mentale et de l'ESPT. Même si ce sont deux choses distinctes, dans une certaine mesure, elles reviennent au même. Lorsqu'une personne subit une blessure physique, un accident de travail ou peu importe, il y a une indemnisation qui est offerte, mais, corrigez-moi si je me trompe, cela ne devrait-il pas être la même chose que ce soit une blessure physique ou mentale? Comment fait-on la distinction, ou peut-être devrait-on faire une distinction lorsqu'il y a des troubles de santé mentale préexistants?

Je crois qu'il faut en discuter. Ce n'est pas une discussion que tout le monde veut avoir, mais il y a probablement des gens qui souffraient déjà de blessures physiques. C'est donc la même chose pour ceux qui souffrent de troubles mentaux.

Comment vous vous y prenez? Ce n'est pas toujours évident.

• (1245)

M. Randy Mellow: Tout d'abord, à mon avis, la province de l'Ontario a fait de l'excellent travail lorsqu'elle a déposé le projet de loi concernant les lois présomptives. Cette mesure législative exige un diagnostic par un psychiatre ou un psychologue à l'aide d'outils précis, selon le DSM-5. C'est la façon d'y parvenir.

C'est un exemple d'une mesure que nous applaudissons puisqu'elle fournit un filet de sécurité à ces personnes. Nous devons leur venir en aide lorsqu'elles souffrent de blessures physiques ou mentales.

Le président: Monsieur Di Iorio.

[Français]

M. Nicola Di Iorio (Saint-Léonard—Saint-Michel, Lib.): Merci, monsieur le président.

Ma question s'adresse également à M. Poirier.

Avant de poser ma question, si vous me le permettez, monsieur Head, je veux évidemment me joindre au concert de commentaires, d'éloges et de remerciements qui vous ont été adressés.

Monsieur Poirier, j'ai été particulièrement perturbé par les chiffres à propos des suicides. J'aimerais savoir si votre association a mené des études sur les circonstances de ces suicides, sur les situations qui ont pu les provoquer et sur les méthodes pour prévenir ce phénomène?

M. Pierre Poirier: Monsieur le président, je suis désolé de ne pas avoir fait de recherches à ce sujet. L'Association des paramédics du Canada ne connaît pas les raisons de ces suicides et n'a pas toutes les informations à cet égard. Nous manquons de données à ce sujet à l'échelle du pays.

M. Nicola Di Iorio: Je veux être bien clair, je ne vous fais aucun reproche. Je veux simplement savoir si de l'information existe à ce sujet pour qu'on puisse évidemment y avoir accès.

Monsieur Head, le Service correctionnel a-t-il lui-même mené des études sur ces questions?

[Traduction]

M. Don Head: Nous n'avons pas examiné cette question en profondeur. C'est en partie attribuable au fait que ces situations surviennent en dehors du lieu de travail, et il est donc parfois difficile de recueillir l'information.

Nous avons réalisé des études au cours des 20 dernières années — rien de très détaillé, mais nous avons constaté avec nos agents correctionnels qu'il y avait certains facteurs de stress ou difficultés liés au travail. Nous avons une bonne idée du type d'événements qui affectent les gens sur le plan psychologique et nous continuons d'essayer de trouver des façons de les réduire au minimum.

Je vais vous donner un bref exemple. Au début, lorsque des gens se trouvaient dans une situation où on avait fait usage de la force létale, il y a 30 ans, on les retirait de leur lieu de travail et on les envoyait généralement au collège afin qu'ils deviennent des formateurs, et ce, sans recevoir aucun soutien.

Presque tous ceux que je connais qui ont été impliqués dans l'un de ces incidents ont fini par souffrir d'importants troubles psychologiques et problèmes de santé mentale. Ce n'est qu'au cours de la dernière décennie que nous avons commencé à nous pencher plus sérieusement sur les interventions appropriées dans ce cas. Comment peut-on offrir du soutien adéquat à ces personnes, sans qu'elles n'aient à décider d'accepter la situation et de revenir au travail ou de partir et d'être oubliées?

Il y a certaines choses sur lesquelles nous devons travailler, mais pour ce qui est des recherches approfondies, nous n'avons pas la capacité de le faire ni l'information à notre disposition.

• (1250)

[Français]

M. Nicola Di Iorio: Ma question s'adresse à chacun d'entre vous.

Nous allons préparer un rapport, accompagné de recommandations, et le soumettre au Parlement. Nous allons ensuite demander au gouvernement de prendre des mesures en réponse à ces recommandations. J'aimerais que vous me fassiez part d'une ou de quelques recommandations que vous aimeriez voir être incluses dans ce rapport.

Je vais commencer par M. Head.

[Traduction]

M. Don Head: Il y a toute une série de mesures que vous voudriez peut-être prendre en considération.

Il faut déterminer comment offrir une formation normalisée en matière de sensibilisation afin d'éliminer les préjugés, d'encourager les gens à chercher de l'aide et de mobiliser les superviseurs. Nous devons également préparer les gestionnaires qui sont appelés à traiter ce genre de situations. Ce ne sont pas des situations faciles à gérer. Alors comment peut-on préparer les gestionnaires à faire face à ce type de situations?

Il y a également le soutien aux membres de la famille. Dans le cadre de notre programme de sensibilisation à la santé mentale en route vers la préparation mentale, non seulement nous cherchons à venir en aide au personnel et aux gestionnaires, mais dans les deuxième et troisième phases de notre initiative, nous essayons d'offrir de l'aide aux membres de la famille.

Pour ce qui est des traitements normalisés accessibles, tout le monde est concerné, et pas seulement certaines catégories de premiers intervenants. Il faut que ce soit uniforme à l'échelle du pays. Que ce soit des militaires, des agents de la GRC, des agents correctionnels ou des ambulanciers paramédicaux, on ne fait pas la distinction. Il faut adopter une approche uniforme et obtenir du financement en conséquence.

Par l'intermédiaire d'organismes provinciaux de la CAT, nous devons trouver le moyen d'aider les gens à naviguer dans le système lorsqu'ils ont besoin d'aide. C'est souvent l'un des plus grands problèmes auxquels nous sommes confrontés.

On parle beaucoup des statistiques concernant les personnes qui vont chercher de l'aide, mais on ne parle pas de la majorité silencieuse qui ne demande pas d'aide parce que le système est trop compliqué. Les processus de la CAT sont si compliqués que nous devons affecter des personnes au sein de notre propre organisation pour aider les gens à naviguer dans un système que nous ne gérons même pas.

Il pourrait donc être très utile de réfléchir à ce genre de choses.

Le président: Monsieur Rayes.

[Français]

M. Alain Rayes (Richmond—Arthabaska, PCC): Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins d'être parmi nous aujourd'hui.

La semaine dernière, un des témoins nous a dit qu'après avoir reçu un diagnostic de syndrome de stress post-traumatique et une fois que les gens commençaient un traitement, un tiers des patients y réagissait positivement, un autre tiers y réagissait de façon mitigée et un autre tiers y réagissait de façon entièrement négative.

La sensibilisation est un aspect qui m'interpelle beaucoup, à plus forte raison quand je vois ces résultats et que je pense au temps que la recherche va prendre avant qu'on puisse aller plus loin à cet égard. J'aimerais que vous me disiez tous non pas ce que compte faire votre organisation au cours des prochains mois, jours ou semaines, mais ce qu'elle fait présentement. Que faites-vous en matière de sensibilisation et d'éducation à ce sujet? À la limite, que faites-vous pour sensibiliser les gens avant qu'ils se joignent à votre organisation?

J'aimerais entendre le représentant de chacune des organisations.

S.-comm. Daniel Dubeau: C'est une très bonne question.

Depuis deux ans, la Gendarmerie royale du Canada dispose d'une stratégie complète en matière de santé mentale. La première année, des gabarits étaient utilisés pour aider les gestionnaires à communiquer avec nos membres. Il s'agissait vraiment de se sensibiliser à nos membres et à leur histoire.

Le gendarme Neily, à Cornwall, a réalisé des vidéos à ce sujet. Il a accompli du très bon travail

[Traduction]

Le gendarme Neily a pris les choses en main et est devenu le porte-étendard de la santé mentale au sein de notre organisation. Nous avons des membres qui vont s'adresser aux gens. Nous avons constaté qu'il y avait un intérêt marqué, et nos membres ont accepté de parler de leur expérience. Lorsqu'un autre agent ou un confrère peut leur dire: « Voici ce qui m'est arrivé et voici comment je m'en suis remis », ce sont des témoignages extrêmement significatifs pour eux. C'était au cours de la première année de l'initiative.

Nous avons des trousseaux d'outils et nous avons mis l'accent sur la déstigmatisation entourant la santé mentale. Nous n'utilisons pas le terme « trouble » de stress post-traumatique au sein de la GRC. En fait, nous évitons de l'utiliser. Nous parlons plutôt d'une « blessure ». En réalité, il s'agit d'une blessure de stress opérationnel et non pas d'un trouble. Autrement, cela constituerait un stigmate pour les personnes concernées.

La deuxième partie est la formation. Un peu comme tous les autres, nous déployons le programme RVPM. Nous l'avons mis à

l'essai au Nouveau-Brunswick, et ce, même avant que la tragédie ne survienne à Moncton. Nous avons mis en place le programme, et des études nous ont démontré qu'il était efficace. Nous poursuivons son déploiement.

Nous avons également un réseau de pairs partout au pays. Ce sont des membres qui sont formés pour examiner ces questions. Dans le cadre de la formation, il en est question dès le programme de formation de base. Nous en parlons au début, puis nous continuons d'en parler tout au long de la carrière.

C'est toujours un travail en cours, et c'est là où nous en sommes pour l'instant. Nous menons un projet de recherche, et nous sommes d'avis qu'il faut élargir nos recherches afin de découvrir ce qui se passe dans la vie de nos membres, à partir de la formation à Regina et pendant toute leur carrière.

Je pense que beaucoup de gens se font demander: y a-t-il des idées préconçues en ce qui concerne votre travail? Oui. Y a-t-il certaines situations qui pourraient faire en sorte que vous subissiez cette blessure? Oui. Nous essayons de repérer ces indicateurs, de manière à pouvoir renforcer la résilience de nos membres et déployer de meilleures stratégies pour leur venir en aide.

C'est ce que nous faisons au sein de notre organisation.

• (1255)

[Français]

M. Pierre Poirier: Monsieur le président, je vais m'exprimer en anglais car je serai en mesure de mieux répondre à la question.

[Traduction]

J'aimerais parler des trois étapes: l'éducation, le recrutement et la gestion d'un incident, parce que je ne crois pas qu'on a abordé cet aspect.

En ce qui concerne l'éducation, j'ai parlé un peu plus tôt des changements que nous avons apportés à la façon d'enseigner aux ambulanciers paramédicaux. La structure évolue en ce moment car nous reconnaissons que la santé mentale fait partie intégrante du processus.

Les collègues ont déjà commencé à l'adopter, et elle occupe une plus grande place au sein de la structure d'éducation. À mesure que nous le reconnaissons et que nous progressons vers le programme d'études menant au baccalauréat, nous examinons les rôles des ambulanciers paramédicaux. Lorsqu'on est professionnel, l'introspection fait partie de ce concept. C'est un élément très important pour comprendre où on en est dans le contexte. Par conséquent, la formation évolue pour inclure les problèmes de santé mentale.

Le recrutement des ambulanciers paramédicaux est un peu inégal à l'échelle du pays, y compris leur formation initiale, en ce qui a trait à la façon dont ils se perçoivent eux-mêmes et perçoivent leurs problèmes de santé mentale et à la façon dont ils s'intègrent dans l'organisation. Je pense que Randy Mellow a parlé plus tôt de tous ces facteurs qui ont une incidence sur notre bien-être, que ce soit les quarts de travail, les heures de travail, les incidents aléatoires qui surviennent et la façon dont ils peuvent nous affecter.

En ce qui concerne le dernier aspect — la gestion d'un incident —, c'est un domaine dans lequel on a pu observer des changements assez importants et dont on n'a pas beaucoup parlé aujourd'hui. Je m'excuse d'avance, mais je vais utiliser l'exemple de la mort subite du nourrisson. Cet événement peut affecter les gens de différentes façons. À l'heure actuelle, nous ne savons pas encore exactement comment venir en aide à nos ambulanciers paramédicaux à la suite d'un tel événement, et c'est un aspect assez intéressant sur lequel nous nous penchons en ce moment.

On offre des services de gestion du stress à la suite d'un incident critique et on organise des séances de verbalisation suivant un incident critique. Beaucoup de recherches ont été effectuées sur la meilleure façon d'aider ces gens. Nous n'avons pas encore la réponse.

Partout au pays, les différents services ont adopté différentes méthodes. La gestion du stress à la suite d'un incident critique est la plus courante, mais on ne sait pas si c'est la meilleure. La recherche est donc un aspect important si nous voulons comprendre quelle est la meilleure intervention à mettre en place. Pour l'instant, on l'ignore. Je pense que nous sommes tous aux prises avec ce problème, étant donné que les premiers intervenants réagissent tous différemment face à un même événement.

Un ambulancier paramédical, un policier ou un pompier peuvent avoir été témoin du même événement et avoir chacun une perception différente. C'est un domaine où nous...

Le président: Merci. Le temps est largement écoulé.

Il reste quelques minutes à Mme Damoff. Si le Comité le veut bien, nous pourrions prendre quelques minutes de plus.

Mme Pam Damoff (Oakville-Nord—Burlington, Lib.): Merci à vous tous de votre présence et du travail que vous accomplissez dans ce domaine.

On a beaucoup parlé du programme RVPM, et j'aurais trois questions là-dessus pour chacun d'entre vous.

Il faut reconnaître que les premiers intervenants et les agents de la sécurité publique travaillent dans des conditions différentes des militaires, étant donné que ce programme a d'abord été conçu pour eux... Si on parle des militaires, je crois que c'est le CAMH qui a dit qu'ils passent d'une zone sécuritaire à une zone dangereuse puis de nouveau à une zone sécuritaire, alors que vos membres travaillent constamment dans une zone dangereuse.

Quelles modifications a-t-on apportées au programme RVPM pour tenir compte de votre réalité? Depuis combien de temps avez-vous recours à ce programme? Et enfin, y a-t-il des études qui révèlent qu'il est efficace pour les premiers intervenants de la sécurité publique?

On pourrait peut-être commencer par la GRC et ainsi de suite, si vous êtes d'accord.

● (1300)

S.-comm. Daniel Dubeau: La base, c'est En route vers la préparation mentale, et nous en remercions tous les jours les Forces canadiennes et l'Association canadienne pour la santé mentale. Nous n'avons rien changé à son noyau, parce que nous voyons bien qu'il convient à notre organisation. Mais nous avons modifié le point où nous commençons à parler non seulement à nos employés, mais aussi à nos cadres, où nous intégrons ce qui est propre à notre organisation.

Mme Pam Damoff: Désolée de vous interrompre, mais n'y a-t-il pas, dans En route vers la préparation mentale un volet qui intervient après le déploiement? L'avez-vous modifié?

S.-comm. Daniel Dubeau: L'après-déploiement intervient après le déploiement outre-mer. Nous ne faisons pas ce déploiement. Nous n'avons pas ce volet. Nous avons une structure de postdéploiement quand nous déployons nos membres outre-mer, mais je parle ici d'un programme standard En route vers la préparation mentale pour tous les anciens.

Vous avez raison quand vous dites que nous sommes constamment déployés. Nous sommes toujours et entièrement. J'ai vécu dans des collectivités où, même quand nous ne portons pas l'uniforme, on voit toujours le policier en nous.

Mme Pam Damoff: Donc vous vous en servez exactement tel qu'il était.

S.-comm. Daniel Dubeau: Nous nous servons de la base. Nous avons modifié la disponibilité des services dans l'organisation, les politiques en vigueur dans notre organisation pour réagir aux problèmes de santé mentale et aux autres problèmes en milieu de travail et les relations avec les employés ainsi que les services et les personnes à qui les employés devraient s'adresser. Voilà ce que nous avons modifié, dans notre organisation, le guichet auquel on s'adresse pour obtenir l'aide dont on a besoin.

Depuis combien de temps? Ce programme est devenu la norme chez nous en octobre 2015, et nous l'avons rendu obligatoire pour tous. Avant, nous l'avions au Nouveau-Brunswick. Notre projet pilote à Moncton et dans le reste de la province en a été notre première utilisation. Après, nous avons mis en route un projet de recherche pour en déterminer l'efficacité. Son rapport a conclu que c'était une façon efficace de rendre nos membres résilients. On a ainsi pu comparer la période qui a précédé la tragédie de Moncton et celle qui l'a suivie. Malheureusement, entre les deux, il y a eu cette tragédie. Elle nous a permis de constater que le choc le plus important pour n'importe lequel d'entre nous était la perte d'un collègue. Nous l'avons constaté et nous avons pu surveiller nos membres et obtenir de l'aide pour eux. Des résultats de recherche le prouveraient. Mme Julie Devlin et une partie de notre équipe ont fait un travail de recherche dont les résultats sont disponibles. S'ils vous intéressent, je peux vous les communiquer.

Mme Pam Damoff: Et nos chefs ambulanciers?

M. Paul J. Charbonneau: Je vous remercie pour la question.

Nous verrons demain.

L'Ontario sera l'exemple à suivre. Nous venons tout juste d'adapter En route vers la préparation mentale à nos besoins. Si nous comprenons bien, il s'agit par là d'être aux aguets pour chacun d'entre nous et de savoir si nous nous trouvons en situation où il faut s'arrêter, faire attention ou se considérer comme hors de danger. Nous, les Chefs Paramédics du Canada, nous surveillerons de très près ce que fait l'Ontario. En juin prochain, à Saskatoon, nous en discuterons à notre conférence nationale.

D'après les personnes à qui j'en ai parlé et qui l'utilisent déjà, j'ai bon espoir qu'il aidera vraiment nos membres à s'entraider.

Mme Pam Damoff: Mais vous avez d'autres cordes à votre arc n'est-ce pas?

M. Paul J. Charbonneau: En effet. Je peux parler d'après ma propre expérience. L'année dernière, nous avons fait suivre à tous les ambulanciers paramédicaux de la circonscription de Frontenac une formation, donnée par un psychologue, sur l'usure de la compassion, formation très bien accueillie. Il s'agissait de se sensibiliser non seulement à soi-même mais, aussi, à son partenaire et à tous les autres membres du service.

Nous avons beaucoup de cordes à notre arc. Je pense que ce qui est si excitant, à ce sujet, est que nous pouvons beaucoup améliorer nos moyens d'ici les quelques prochaines années.

Mme Pam Damoff: Monsieur Head, l'utilisez-vous?

M. Don Head: Oui, depuis l'automne.

Nous en étendons l'emploi à l'ensemble du pays. Ça deviendra une norme nationale de formation pour tous les employés.

Mme Pam Damoff: Comment l'avez-vous adapté à votre...?

M. Don Head: Comme la GRC, nous avons essentiellement adopté le cadre qui nous était présenté. Nous avons adapté certains des scénarios et des vidéos aux services correctionnels. La version dont nous nous sommes inspirés avait été mise au point par le service de police de Calgary. Les scénarios étaient axés sur des agents de police. Nous les avons adaptés à la situation des agents correctionnels et des employés des services correctionnels.

Nous avons prévu de faire une évaluation de son efficacité par rapport aux objectifs que nous fixons. Mais la première réaction du

personnel est qu'il aurait souhaité en profiter à son embauche au SCC. Les réactions des premiers jours ont été très positives. Nous verrons bien ce qu'elles seront à long terme, à la faveur de l'évaluation.

Mme Pam Damoff: Me reste-t-il du temps?

Le président: Il faut terminer ici. Sachez que vous avez pris plus de cinq minutes et demie.

Encore une fois, toutes nos excuses pour les 45 minutes perdues. Mais je remercie le Comité d'être resté quatre minutes de plus. Merci.

Pour les représentants des services médicaux d'urgence, je dirai seulement que si, demain, il provenait de l'Ontario de quoi d'utile, d'après vous, à notre comité, nous serons heureux d'en recevoir un exemplaire. N'oubliez pas. Nous pourrions vous contacter si nous trouvons un porte-parole compétent en Ontario. Je pense que ce pourrait être utile.

Nous nous revoyons jeudi.

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>