



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent des anciens combattants

ACVA • NUMÉRO 030 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 15 novembre 2016

Président

M. Neil Ellis

Comité permanent des anciens combattants

Le mardi 15 novembre 2016

• (1540)

[Traduction]

Le président (M. Neil Ellis (Baie de Quinte, Lib.)): Je déclare la séance ouverte.

Conformément au Règlement 108(2) et à la motion du 29 septembre, le Comité reprend son étude sur la santé mentale et la prévention du suicide chez les vétérans.

Nous accueillons aujourd'hui comme témoins du ministère de la Défense nationale (MDN) le brigadier-général Hugh MacKay, médecin-chef, et le colonel Andrew Downes, directeur de la santé mentale.

Les témoins feront leurs exposés pendant 10 minutes, puis nous passerons aux questions. J'espère que nous pourrions effectuer quelques séries de questions. Sans plus attendre, je vous cède la parole.

Brigadier-général Hugh MacKay (médecin général, commandant, Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, ministère de la Défense nationale): Monsieur le président et membres du Comité permanent des anciens combattants de la Chambre, en tant que médecin général, je suis responsable de la prestation des services de santé, des services de santé en déploiement à l'appui des opérations et de la des conseils en matière de santé aux Forces armées canadiennes.

Je suis très heureux d'être de retour devant vous et d'avoir la possibilité de vous parler de la façon dont nous nous occupons des membres des Forces canadiennes qui souffrent d'une maladie mentale ainsi que de la manière dont nous collaborons avec Anciens Combattants Canada afin de faciliter la transition pour ceux qui quittent les Forces armées canadiennes.

Les membres de la force régulière ne sont pas couverts par les régimes provinciaux de soins de santé. Par conséquent, les Forces armées canadiennes ont leur propre système de soins de santé pour répondre aux besoins des militaires en matière de santé, peu importe où ils sont basés au Canada ou à l'étranger. Les services de santé sont principalement offerts dans nos 37 centres et détachements des Services de santé à l'échelle du pays et en Europe. En plus des soins fournis dans les centres de services de santé, nous passons des marchés auprès du secteur civil, particulièrement pour des services de spécialistes et des traitements offerts en milieu hospitalier que nous ne pouvons pas offrir à l'interne.

Lors des opérations, les Services de santé des Forces armées canadiennes déploient souvent des éléments pour fournir des services de soutien à la santé. Toutefois, dans certaines situations, nous collaborons avec nos alliés ou le pays hôte afin d'offrir des services de santé.

[Français]

Dans l'ensemble du système, nous comptons plus de 450 postes permanents en santé mentale, y compris des infirmières, des

travailleurs sociaux, des psychiatres et des psychologues, au sein des secteurs de santé mentale dans nos cliniques.

En juillet 2016, 93 % de ces postes étaient occupés. La dotation de ces postes est un processus dynamique qui est influencé par le roulement normal du personnel, la concurrence avec le secteur privé pour le personnel de santé mentale et les défis dans le recrutement de personnel pour certains endroits.

Pour assurer un accès rapide aux soins, il existe également un large réseau de plus de 5 000 professionnels civils de santé mentale inscrits en tant que fournisseurs de services externes auxquels les patients peuvent être référés.

[Traduction]

Tout comme c'est le cas dans le secteur civil des soins de santé, nos cliniciens de soins primaires offrent de façon compétente des soins à de nombreux patients ayant des maladies mentales, et 31 de nos 37 centres de services de santé proposent un certain niveau de services spécialisés en santé mentale afin de soutenir les cliniciens de soins primaires et de fournir des soins directs aux patients en fournissant un accès rapide pour des besoins urgents en matière de soins, le cas échéant.

Les sept cliniques les plus importantes ont des Centres de soutien pour trauma et stress opérationnels, des CSTSO, qui se spécialisent dans le traitement des blessures de stress opérationnel, les BSO. Les BSO constituent des problèmes psychologiques qui surviennent à la suite d'un traumatisme psychologique éprouvé pendant les opérations, qui entraîne divers diagnostics, dont la dépression, l'ESPT et les troubles liés à la toxicomanie.

En cas d'urgence après les heures de bureau, les membres des Forces armées canadiennes peuvent communiquer avec le Programme d'aide aux membres des FC, le PAMFC, ou une ligne d'écoute civile. Ils peuvent également se rendre directement à un service d'urgence civil ou composer le 911. Les sept CSTSO font partie du réseau conjoint pour traumatismes liés au stress opérationnel, qui comprend également les 11 cliniques pour BSO d'ACC.

En vertu d'un accord tripartite, ce réseau permet d'offrir des soins aux militaires, aux anciens combattants et aux membres ou aux anciens membres de la GRC dans les installations militaires ou d'ACC, le cas échéant.

Les progrès technologiques ont eu un impact positif sur la prestation de services de santé mentale. Afin d'augmenter l'accessibilité aux services de santé mentale, nous avons installé des systèmes de téléconférence vidéo haute définition et sécurisés dans nos cliniques qui sont utilisés pour fournir des services de télésanté mentale. Ces systèmes nous aident à gérer la demande en soins de santé à court terme dans un endroit donné et aident à réduire la nécessité pour certains patients de voyager afin de recevoir des soins spécialisés. Nous pouvons ainsi offrir des soins dans la langue que préfèrent les militaires, peu importe où ils se trouvent.

Nous avons également acquis un système de réalité virtuelle utilisé dans nos plus grands centres. Ce système simule le milieu opérationnel et est utilisé dans le cadre de la thérapie d'exposition.

● (1545)

[Français]

Les Forces armées canadiennes se sont engagées à faire en sorte que le personnel souffrant de problèmes de santé mentale ait accès en temps opportun aux soins médicaux et aux services de soutien nécessaires, que ce soit pour faciliter la reprise du service ou la transition vers la vie civile. Nous reconnaissons que la transition de nos membres libérés des FAC peut être difficile et stressante, en particulier pour ceux qui sont libérés pour des raisons médicales.

[Traduction]

Les membres des Forces armées canadiennes ayant des besoins médicaux plus complexes bénéficient du programme de gestion de cas. Ce programme a été établi il y a plus de 10 ans et offre des services dans toutes les cliniques des FC situées au Canada. Les gestionnaires de cas sont des membres du personnel infirmier spécialisé qui font partie intégrante de l'équipe de prestation de soins et qui facilitent la prestation continue des soins lors de périodes complexes de soins médicaux. Le programme de gestion des cas vise à aider les membres des FC à naviguer le système médical et administratif. Même si son objectif principal consiste à aider le militaire à reprendre son service, dans la mesure du possible, après une maladie ou une blessure complexe, dans le cas des militaires dont les problèmes de santé chroniques ont mené à des restrictions permanentes à l'emploi, et qui ne satisfont plus aux critères relatifs à l'universalité du service, les gestionnaires de cas les aident à faire la transition à la vie civile.

Les responsables de notre programme de gestion de cas travaillent en étroite collaboration avec leurs homologues d'ACC. De plus, une analyse et des travaux sont actuellement en cours afin d'optimiser la transition du membre en voie d'être libéré du programme du MDN au programme d'Anciens Combattants Canada. Le Comité directeur d'ACC et des FAC a créé un groupe de travail afin d'aligner les programmes et d'analyser les éléments liés au continuum des soins pour les militaires et leurs familles au cours de la transition. La période de transition associée à la libération d'un militaire est un stade crucial pour ce qui est de garantir la continuité des soins destinés aux militaires en cours de libération.

[Français]

Une évaluation normalisée de tous les membres des Forces armées canadiennes qui sont en transition est effectuée pour déterminer le niveau de complexité nécessaire lors de leur transition de la Défense nationale à la vie civile et, dans le cas de ceux qui ont des besoins en cours, afin de faire ou de permettre la transmission des soins vers le secteur privé.

Lorsqu'un membre est considéré comme ayant des besoins complexes quant à la transition, une équipe multidisciplinaire travaille à réduire proactivement ou à éliminer ce qui pourrait faire obstacle à une transition en douceur, qu'il s'agisse de la santé ou de la situation financière, professionnelle, universitaire ou psychosociale. Dans certaines circonstances, une période de transition supplémentaire sera demandée par l'équipe pour assurer une transition sécuritaire. Chaque cas est traité individuellement, selon son propre mérite.

● (1550)

[Traduction]

En plus des soins cliniques, nous avons également un programme d'éducation en matière de santé mentale et de résilience, En route vers la préparation mentale, qui est reconnu à l'échelle nationale et internationale. Il comprend maintenant plus de 30 modules qui sont offerts à différents stades de la carrière d'un militaire dès l'instruction de base. Nous avons récemment élargi le programme pour y inclure un entraînement axé sur la profession, comme celles de technicien en recherche et sauvetage et de policier militaire.

Le groupe des services de santé des Forces armées canadiennes offre également le Programme de promotion de la santé Énergiser les Forces. Cet important programme comprend des modules d'éducation et de développement des compétences dans des domaines comme la sensibilisation au suicide, la gestion de la colère et du stress, les relations saines, la violence familiale et la toxicomanie.

[Français]

Nous continuons à travailler avec l'appui solide du leadership, à tous les niveaux, pour réduire la stigmatisation qui entoure la maladie mentale et d'autres obstacles à la recherche de soins. Dans le cadre des Forces armées canadiennes, cela se traduit par des courriels, des articles de journaux, des discussions dans les unités et par la participation à des programmes tels que Bell Cause pour la cause. Nous avons également produit cinq vidéos qui traitent de thèmes variés tels que la stigmatisation, la transition et le suicide.

[Traduction]

Un autre élément clé de notre programme en santé mentale est la recherche. Nous avons mené de nombreuses études épidémiologiques importantes afin de mieux comprendre l'impact de la maladie mentale sur les membres des FC. Cela inclut l'Enquête transversale de 2013 sur la santé mentale dans les FC et l'Étude sur les traumatismes liés au stress opérationnel et sur ses répercussions.

Les FC souhaitent véritablement mieux comprendre les causes biologiques de la maladie mentale et explorer de nouveaux traitements pour l'ESPT et autres maladies.

Une grande partie de ce travail est accompli par le Centre d'excellence en matière de santé mentale chez les militaires et les vétérans grâce à sa collaboration avec les experts scientifiques, le monde universitaire, les gouvernements, le secteur privé et des consortiums de recherche, ainsi qu'avec l'OTAN et nos alliés. Les connaissances acquises au moyen de la recherche clinique de renommée sont par la suite traduites en soins cliniques.

Mes commentaires finaux porteront sur le suicide au sein des Forces armées canadiennes.

Vous vous souviendrez qu'en novembre 2015, nous avons signalé une tendance à l'augmentation des taux de suicide au cours des cinq années précédentes. Cette augmentation concernait ceux servant au sein du commandement de l'armée dans le cadre de groupes professionnels des armes de combat, comme l'infanterie, par opposition aux autres commandements. Nous avons également déclaré que le déploiement apparaît comme facteur de risque pour le suicide, mais il est important de souligner que ce n'est pas simplement le déploiement en lui-même, mais ce que les militaires vivent durant le déploiement qui peut avoir un impact.

Nous effectuons un examen médical de chaque suicide pour essayer de mieux comprendre les facteurs impliqués dans chaque cas et nous cherchons des possibilités d'améliorer nos programmes actuels. Nous constatons qu'environ 50 % des personnes qui meurent par suicide ont été diagnostiquées avec un ou plusieurs troubles mentaux, le trouble dépressif majeur étant la condition la plus répandue. Typiquement, les gens éprouvent également un ou plusieurs facteurs de stress, des problèmes de couple étant le facteur le plus courant. D'autres facteurs souvent constatés comprennent les problèmes professionnels, les dettes, les difficultés juridiques et les problèmes de santé physique.

Le programme de prévention du suicide des Forces armées canadiennes, guidé par le groupe d'experts sur la prévention du suicide de 2009, identifie trois piliers de la prévention du suicide, notamment l'excellence en matière de soins de santé, le leadership efficace et la sensibilisation et l'engagement des membres. Nous avons un programme solide qui tient compte de ces piliers et nous continuons d'y apporter des améliorations.

En octobre 2016, nous avons organisé un autre comité d'experts sur la prévention du suicide afin d'aider à orienter les efforts futurs. Les résultats seront publiés une fois le rapport finalisé. Mon équipe examinera soigneusement toutes les recommandations de ce groupe et veillera à ce que les FC aient en place tous les éléments d'un programme robuste en matière de prévention du suicide.

Je vous remercie de votre attention. Nous serons heureux de répondre à vos questions.

Le président: Je vous remercie.

Nous commencerons par un tour de six minutes avec M. Kitchen.

M. Robert Kitchen (Souris—Moose Mountain, PCC): Je vous remercie, monsieur le président.

Je vous remercie de votre présence. Il s'agit d'un plaisir de vous revoir, général.

Nous nous penchons sur le sujet de la santé mentale, et nous commençons à constater de plus en plus de problèmes. J'aimerais connaître votre avis.

À titre de soldats, les membres des FC essaieraient une balle pour leur camarade. Ils se lèveront pour ces personnes et sont entraînés pour être présents 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Lorsqu'ils deviennent des vétérans, ils ont encore cette mentalité qui est ancrée chez eux et ils deviennent extrêmement perturbés et frustrés lorsqu'ils voient leurs camarades et leurs amis avoir à gérer des difficultés comme de prouver à multiples reprises qu'ils ont perdu un membre ou qu'ils ont subi une blessure. Nous sommes présents avec les militaires au moment de l'évaluation de ces soldats et nous les comprenons. Ce diagnostic est prononcé au moment de leur libération. Ne serait-il pas plus sensé que le diagnostic soit transféré à ACC afin qu'ils n'aient pas à répéter les mêmes démarches?

● (1555)

Bgén Hugh MacKay: Les dossiers médicaux du personnel des FC sont en fait transférés à ACC lorsque nous en recevons la demande de ce ministère. Ces dossiers incluent tout diagnostic posé avant leur transition à ACC.

Je ne suis pas en mesure de me prononcer sur la politique d'ACC concernant les renseignements qu'il exige au sujet de ces vétérans.

M. Robert Kitchen: Pensez-vous qu'il serait plus logique que le transfert de cette information du MDN à ACC soit simple?

Nous voulons la rendre plus harmonieuse, mais cela ne semble pas se produire. De ce que je comprends et de ce que j'entends, il faut des

mois, voire des années pour que cela se produise, et parfois on constate des retards parce que les systèmes informatiques ne sont même pas synchronisés.

Il s'agit d'un problème de programmation, et je ne suis pas informaticien. Toutefois, la réalité veut que si un programme contient tous les dossiers de nos soldats, alors ces derniers devraient être facilement transférables à ACC afin qu'ils puissent y avoir accès au moment de la libération du militaire.

Bgén Hugh MacKay: Il y a eu des problèmes liés aux délais associés au transfert des dossiers. Il y a environ deux ans, il fallait prévoir de six et huit mois, je crois, pour effectuer le transfert d'un dossier. Nous avons mis des ressources en place il y a environ deux ans pour augmenter le nombre de personnes qui renvoient les dossiers à remettre à ACC et le délai va maintenant de quelques semaines à deux mois.

Lorsqu'on parle du transfert des dossiers, il y a des problèmes qui ne sont pas attribuables aux systèmes de TI; c'est la Loi sur la protection des renseignements personnels et notre habileté d'échanger des renseignements entre ministères. Je ne peux transférer le dossier d'un militaire à ACC avant de m'être assuré que le dossier médical ne comporte pas de renseignements sur des tiers. Une fois que le dossier est contrôlé, ce que fait l'équipe d'employés dont j'ai parlé, afin de s'assurer de l'absence de renseignements sur des tiers, nous pouvons par la suite effectuer le transfert à ACC conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels.

M. Robert Kitchen: Toutefois, si un soldat signe un document avant le déploiement, et si le soldat reste au sein des FC jusqu'à ce que tous les renseignements soient obtenus par ACC, les renseignements devraient être transmis dès le moment où ils apposeront leur signature sur le document. Lorsqu'ils donnent leur consentement, ils disent en réalité qu'ils nous demandent d'envoyer le document à ACC et ils apposent leur signature. Ils devraient avoir le droit d'accorder leur consentement et de refuser de le donner.

Ce processus ne semble pas être en place.

Bgén Hugh MacKay: Les membres peuvent accorder leur consentement afin que nous divulguions le document, mais cela n'élimine en rien ma responsabilité d'examiner le dossier en entier pour détecter la présence de renseignements sur des tiers et de m'assurer que ces renseignements ne figurent pas dans le dossier lorsque je le transfère à ACC. Toutefois, je devrais avoir le consentement du membre.

Il est important de garder à l'esprit que le consentement informé fourni aujourd'hui ne signifie pas nécessairement que j'ai leur consentement le jour suivant. Comme vous l'avez dit, un militaire peut retirer son consentement. Donc, nous devons faire preuve de prudence. Signer un formulaire au moment de quitter dans le cadre d'un déploiement ne signifie pas nécessairement que vous consentez au moment de votre retour d'un déploiement.

● (1600)

M. Robert Kitchen: C'est correct, mais vous disposez de cet accès et vous savez où le soldat se trouve afin qu'il puisse mettre à jour ces renseignements de temps en temps. Et vous pouvez vous assurer que le soldat sait qu'il peut le faire, qu'il peut gérer cette démarche de lui-même, ainsi qu'avec une certaine orientation.

Bgén Hugh MacKay: Dès qu'un soldat nous demande de transférer son dossier, nous amorçons le processus de transfert de dossier avec ACC.

M. Robert Kitchen: Je vous remercie.

Le président: Madame Lockhart.

Mme Alaina Lockhart (Fundy Royal, Lib.): Je vous remercie. Merci, messieurs, de votre service. J'en suis reconnaissante.

Dans un témoignage que nous avons eu il y a quelques semaines, nous avons entendu qu'il n'y avait pas de bilans officiels en matière de santé mentale pour les soldats dans le cadre du théâtre de guerre, et que ces bilans se faisaient sur une base volontaire.

Pouvez-vous clarifier pour moi si nous effectuons ou non des bilans réguliers en matière de santé mentale durant le service?

Bgén Hugh MacKay: Les effectuons-nous durant le service?

Mme Alaina Lockhart: Eh bien, nous avons parlé du théâtre de guerre la dernière fois, donc qu'en est-il du service régulier?

Bgén Hugh MacKay: Nous effectuons un dépistage de problèmes de santé mentale pour toute personne qui est recrutée à son arrivée au sein des FC. Puis, avec chaque évaluation périodique de la santé, il y a une petite section qui effectue un dépistage de problèmes de santé mentale.

Les membres de moins de 40 ans doivent subir une évaluation périodique de la santé tous les cinq ans; lorsqu'ils ont plus de 40 ans, ils doivent en subir une tous les deux ans. Nous effectuons également un dépistage de problèmes de santé mentale chez les personnes qui s'apprentent à partir en déploiement et nous effectuons le dépistage amélioré de problèmes de santé mentale en l'espace de trois à six mois après leur retour d'un déploiement.

Il s'agit du dépistage officiel de problèmes de santé mentale que nous effectuons au sein des services de santé des FC.

Mme Alaina Lockhart: Que dit-on aux commandants de petites unités sur le terrain en ce qui a trait à la déclaration, lorsque des problèmes en matière de santé mentale leur sont rapportés?

Bgén Hugh MacKay: Notre programme En Route vers la Préparation mentale, auquel j'ai fait référence dans mes remarques liminaires, a trait à l'éducation des membres des FC et des membres de la chaîne de commandement sur la façon de reconnaître les problèmes de santé mentale chez leurs soldats ou leurs compagnons d'armes. On leur apprend à les encourager à obtenir de l'aide ou à parler à la chaîne de commandement afin d'obtenir un soutien en cas de problème de santé mentale.

Mme Alaina Lockhart: Fait-on un quelconque suivi de ces conversations?

Bgén Hugh MacKay: Je ne sais pas si nous le faisons.

Colonel Andrew Downes (directeur, Santé mentale, ministère de la Défense nationale): Si je peux me permettre, je pense qu'il est très important de reconnaître les limites du dépistage et les implications logistiques que le dépistage dans un théâtre d'opérations engendrerait. Voilà pourquoi nous fournissons vraiment beaucoup de formation aux commandants à différents niveaux, alors qu'ils progressent tout au long de leur carrière, sur la façon d'identifier les personnes qui démontrent des signes qu'ils pourraient avoir besoin d'aide, sur la façon de leur parler et des ressources qui sont disponibles.

Durant le déploiement en Afghanistan, où le général MacKay et moi avons tous les deux été déployés, nous avions en effet une équipe de santé mentale basée à Kandahar, qui comprenait un psychiatre, et les personnes avaient un accès direct à cette équipe. De plus, nous avions des équipes médicales présentes dans toutes les bases d'opérations avancées, avec des médecins et des adjoints au médecin que les soldats pouvaient rencontrer s'ils en ressentaient le besoin. De plus, nous avons dépêché des fournisseurs de soins de santé mentale dans les différentes bases d'opérations avancées.

En effet, nous disposions des services disponibles dans le théâtre et les gens avaient la possibilité d'y avoir accès, et par l'entremise de notre formation, nous avons été en mesure de les aider à identifier le moment où ils devraient se présenter afin d'obtenir des soins.

Mme Alaina Lockhart: D'accord. C'était toutefois sur une base volontaire. Il n'y avait aucun bilan officiel qu'ils devaient subir, n'est-ce pas?

Col Andrew Downes: C'est exact.

Mme Alaina Lockhart: D'accord.

Je souhaite maintenant changer de vitesse quelque peu et parler des UISP. Je sais qu'elles ont initialement été créées comme des lieux de guérison. Je sais qu'il y a certainement eu des succès. J'ai jeté un coup d'oeil aux données et je pense qu'entre juillet 2010 et janvier 2015, 1 614 personnes qui sont passées par les UISP ont repris du service. Toutefois, pendant la même période, plus de 2 000 ont été libérées. Avons-nous les capacités de guérir par l'entremise de ces unités interarmées de soutien du personnel (UISP) et avons-nous les ressources dont nous avons besoin? J'ai entendu des histoires de présence hebdomadaire et mensuelle. Fonctionnent-elles comme elles le devraient, ou selon leur fonction prévue?

• (1605)

Bgén Hugh MacKay: En réalité, les UISP ne sont pas de mon ressort. J'ai des gestionnaires de cas qui travaillent au sein des UISP afin d'aider à coordonner les soins de santé des patients qui sont au sein des UISP. Aucun soin de santé n'est offert au sein des UISP comme tel. Leur intention consiste en réalité à fournir toutes sortes d'autres types de soutiens nécessaires pour les membres et leurs familles, en ce qui a trait notamment à comment se préparer pour la transition et aux arrangements financiers.

Le chef d'état-major de la Défense a en effet demandé la prestation d'un examen et nous sommes en train d'étudier le renouvellement des UISP à l'heure actuelle. Je pense que le brigadier-général Corbould, qui en est le commandant, serait davantage en mesure de commenter sur le fonctionnement des UISP.

Mme Alaina Lockhart: Je soulève la question parce que lorsque nous entendons des histoires de suicide, elles sont souvent connexes à l'effet d'être transféré à l'UISP, même si leur...

Souhaitiez-vous dire quelques mots à ce sujet?

Col Andrew Downes: Oui, toutefois, je souhaite simplement éclaircir les choses un peu. Je ne dispose pas de toutes les données avec moi, et il est vrai que certains membres qui sont affectés à l'UISP se suicident. Cependant, il y a des gens qui ne sont pas affectés à l'UISP qui se suicident également. Je pense que nous devons simplement garder cela à l'esprit et ne pas présumer que cette affectation en est la raison.

Mme Alaina Lockhart: Je pense qu'il est juste de le mentionner.

Je pense que mon temps s'est écoulé, mais j'espère que nous en reparlerons.

Le président: J'ai une question afin de clarifier le tout. Vous avez fait mention d'un dépistage sur le théâtre et après le théâtre, et je pense que vous avez dit qu'il se faisait tous les deux ans après 40 ans et avant 40 ans...

S'agit-il d'un questionnaire? De quel type de dépistage s'agit-il? Parlez-vous d'un dépistage pour ceux qui ne sont pas actuellement sur le théâtre?

Bgén Hugh MacKay: Dans le cadre de l'évaluation périodique de la santé, on doit remplir un questionnaire. On doit le faire tous les cinq ans avant 40 ans et tous les deux ans après 40 ans. Puis, on s'assoit avec le médecin, un adjoint au médecin ou une infirmière praticienne et on examine les réponses au questionnaire. Des questions additionnelles peuvent survenir à la suite de la rencontre avec le fournisseur de soins de santé primaire qui effectue l'évaluation périodique de la santé.

Le président: Cet examen est-il obligatoire? Pour tous?

Bgén Hugh MacKay: Oui, c'est requis.

Le président: D'accord.

Bgén Hugh MacKay: La question à savoir si tous les membres sont à jour à cet égard est plus difficile à répondre.

Le président: Excellent. Je vous remercie.

Madame Mathysen, allez-y.

Mme Irene Mathysen (London—Fanshawe, NPD): Je vous remercie, monsieur le président.

Merci beaucoup d'être ici et merci de vos services. Nous sommes reconnaissants des renseignements que vous présentez au Comité, parce que nous devons formuler des recommandations et nous souhaitons qu'elles soient les plus judicieuses possible.

En écoutant vos témoignages, j'ai pu comprendre que votre objectif consiste à vous assurer que les hommes et les femmes qui servent au sein des FC sont soutenus de toutes les façons possibles et que leur état de santé soit optimal. Évidemment, la force des FC et d'une nation dépend de ces personnes.

En gardant cela à l'esprit, je me pose une question. Au cours de la présentation, vous avez dit que sur le plan des fournisseurs de soins de santé mentale, 93 % des postes disponibles avaient été comblés à compter du mois de juillet 2016. Cette information ne correspond pas avec ce que nous avons entendu — qu'il y avait des membres du personnel qui savaient qu'ils éprouvaient des problèmes, mais qui n'ont pas pu obtenir l'aide assez rapidement. Ils ont dû attendre six mois, ou parfois plus longtemps, sur une liste d'attente, parce que l'aide n'était pas disponible. Ce phénomène a-t-il changé ou existe-t-il encore un problème? Avons-nous besoin de ce 7 % d'écart?

Vous avez déclaré qu'il y avait des défis en matière de recrutement du personnel à certains endroits. S'agit-il d'endroits éloignés, comme le Grand Nord? Précisément, où se trouve...

Bgén Hugh MacKay: Je commencerai par la dernière question. Il s'agit habituellement d'endroits éloignés. Nous avons éprouvé un défi récemment à combler notre poste de psychiatre à Shilo, au Manitoba. Nous avons eu de la difficulté à trouver des psychiatres afin de se rendre à Cold Lake, en Alberta. Dans ces situations, par exemple à Shilo, nous avons eu recours à la clinique pour TSO financée par ACC de Winnipeg afin de fournir des services psychiatriques aux membres.

Il est difficile pour moi de fournir des commentaires au sujet de récits individuels connexes à la façon dont les membres ont eu accès aux soins. Au sein des FC, nous avons établi un objectif de temps d'attente de 30 jours pour les consultations non urgentes relatives aux soins de santé mentale. Cette période est conforme avec l'objectif de l'Alliance canadienne sur les temps d'attente pour l'accès aux soins non urgents.

Andrew, je crois, dispose des données sur nos temps d'attente actuels et des dernières années. Je demanderai donc au colonel Downes de vous répondre à ce sujet.

• (1610)

Col Andrew Downes: Certainement. Nous mesurons les temps d'attente à chacune de nos cliniques dans les différentes parties de notre service de santé mentale. Afin de préciser ce que le général MacKay a dit, au sein de nos services psychosociaux, le cadre de référence est de deux semaines. C'est-à-dire, bien entendu, pour les soins électifs non urgents. Évidemment, les cas plus urgents seront traités plus rapidement.

Au sein du programme de santé mentale général et des centres de soins pour trauma et stress opérationnels, CSTSO, le temps d'attente est de 28 jours. Au cours de la dernière année, la moyenne dans l'ensemble de notre système a été de 25 jours pour la santé mentale générale et de 32 jours pour les CSTSO.

Je souhaite souligner que, lorsque vous avez des services avec des personnes — comme les petites cliniques, où vous avez un ou deux psychologues — si l'un d'eux part ou prend des vacances, les temps d'attente sont affectés de façon marquée. Lorsque vous tenez compte de l'année en entier, les temps d'attente à différentes cliniques varient. Comme je l'ai déjà dit, en général, la moyenne s'établit à 25 jours pour la santé mentale générale et à 32 jours pour les CSTSO.

Mme Irene Mathysen: Nous avons parlé du déploiement et du personnel qui souffre de traumatismes à cause des combats et de ces expériences. Est-il possible de subir des TSO en cours d'instruction? L'une des choses qui me préoccupent beaucoup a trait à l'incidence d'agressions sexuelles. Avez-vous examiné la question des TSO à l'extérieur du combat, pour les hommes et les femmes qui ont été victimes de traumatismes d'ordre sexuel?

Bgén Hugh MacKay: Il est important de comprendre que ce ne sont pas seulement les déploiements dans les zones de combat qui peuvent entraîner des traumatismes liés au stress opérationnel. Ces blessures peuvent également découler d'activités d'aide humanitaire ou d'interventions à la suite de catastrophes. Nous avons constaté que le fait d'être exposé à des personnes qui sont décédées et à des situations catastrophiques peut être aussi difficile que l'expérience d'un combat. Lors de son instruction, une personne peut se trouver sur les lieux d'un accident ou en être témoin. Un traumatisme sexuel peut très bien mener non pas à un traumatisme lié au stress opérationnel, mais plutôt à un syndrome de stress post-traumatique. Bien sûr, il ne s'agit pas d'un traumatisme lié au stress opérationnel pour autant.

Le président: Merci.

Monsieur Fraser.

M. Colin Fraser (Nova-Ouest, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci messieurs de prendre le temps de vous joindre à nous aujourd'hui et merci de votre travail au service du Canada.

J'aimerais commencer avec vous, général MacKay. Dans votre introduction, vous avez parlé d'un groupe de travail sous l'égide du comité directeur MDN-ACC qui, d'après ce que vous avez dit, je pense, a été créé pour harmoniser des programmes et analyser les éléments associés au continuum de soins. Quand ce groupe de travail a-t-il été créé et quand doit-il déposer son rapport ou terminer son travail?

Bgén Hugh MacKay: Ce groupe de travail a été créé à la fin du mois d'août ou au début du mois de septembre, je crois, et il a travaillé très fort pendant plusieurs semaines pour examiner la situation. Je crois que l'objectif visé était de faire des recommandations d'ici la mi-novembre. Je n'ai pas vu le rapport final de ce groupe de travail pour le moment.

• (1615)

M. Colin Fraser: Il sera déposé très bientôt alors. Le sera-t-il à la mi-novembre de cette année?

Bgén Hugh MacKay: C'est exact. Il devrait être déposé sous peu.

M. Colin Fraser: Les conclusions de ce groupe de travail pourraient-elles être transmises au présent Comité ou pourriez-vous nous fournir des précisions à ce sujet?

Bgén Hugh MacKay: D'accord. Je vous reviendrai là-dessus. J'imagine que cela dépend de l'endroit où cette information peut être diffusée.

M. Colin Fraser: Les vétérans ou les anciens militaires participent-ils aux discussions de ce groupe de travail?

Bgén Hugh MacKay: Le groupe de travail comprend du personnel d'Anciens Combattants Canada et des Forces canadiennes. Toutefois, les groupes de vétérans conseillent le personnel d'Anciens Combattants Canada en se penchant sur leur partie des travaux du groupe.

M. Colin Fraser: Merci.

En ce qui concerne le problème de santé mentale, pouvez-vous me donner une idée du nombre de membres qui ont quitté les forces armées en raison d'un problème de santé mentale? Savez-vous de combien de personnes il s'agit?

Bgén Hugh MacKay: C'est intéressant : le nombre de personnes quittant le service militaire pour des raisons médicales varie quelque peu. Je crois que l'an passé autour de 2 000 personnes ont quitté pour des raisons médicales et, de ce nombre, seulement 22 % ont quitté pour des raisons de santé mentale. La raison pour laquelle je dis que c'est intéressant, c'est qu'au cours de nombreuses années précédentes, ce sont de 34 % à 40 % des personnes qui ont quitté les forces armées pour des problèmes de santé mentale. Or, je suis un peu surpris de voir que le nombre a diminué.

M. Colin Fraser: Sur les 2 000, 20 % sont—

Bgén Hugh MacKay: Ce sont 22 %, je crois, qui ont...

M. Colin Fraser: Cela représente environ de 400 à 450 personnes.

Bgén Hugh MacKay: D'après les chiffres que l'on m'a donnés, c'est bien cela.

M. Colin Fraser: Y a-t-il moyen de vérifier combien de ces personnes pourraient avoir eu des problèmes de santé mentale avant d'entrer dans les Forces armées? Existe-t-il des statistiques à ce sujet?

Bgén Hugh MacKay: Je ne pense pas que nous analysons les conditions préexistantes de la maladie mentale ou que nous tentions d'établir si ces conditions ont un lien avec le fait d'être libéré des forces armées pour des raisons médicales en ce moment.

M. Colin Fraser: Vous avez mentionné que 31 des 37 centres de services offrent quelques services spécialisés en santé mentale. Savez-vous pourquoi six centres n'en offrent pas ou pensez-vous qu'il est préférable qu'ils n'en offrent pas?

Bgén Hugh MacKay: Étant donné que ce ne sont que de petites cliniques, les patients qui y sont reçus ne justifient pas vraiment l'embauche d'un professionnel en santé mentale à temps plein. Ils ont

certainement accès à des fournisseurs locaux de soins en santé mentale du secteur civil vers qui ils peuvent aiguiller des patients pour répondre aux besoins de ces membres.

M. Colin Fraser: Puis il serait possible d'offrir des services aux collectivités à l'échelle du pays grâce aux moyens technologiques. Je pense qu'il a été question de télécommunications.

Bgén Hugh MacKay: Nous avons un réseau de télésanté mentale au sein des Forces armées canadiennes qui peut aller de clinique en clinique pour offrir des services. Nous avons également un réseau de 5 000 fournisseurs de services de santé mentale qui travaillent auprès des civils et qui sont enregistrés en tant que fournisseurs pour les Forces armées canadiennes, s'il y a lieu. Nous aiguillons tout simplement nos patients vers ces fournisseurs de soins de santé lorsque nous avons des besoins dans une région donnée, ou nous les inscrivons sur une liste d'attente ou quelque chose du genre.

M. Colin Fraser: Est-ce que j'ai encore du temps?

Le président: Vous avez une minute.

M. Colin Fraser: Que se passe-t-il lorsqu'une personne sur le théâtre des opérations est aux prises avec des problèmes de santé mentale? Est-il déjà arrivé qu'une personne soit traitée ou renvoyée chez elle, par exemple, pendant qu'elle était sur le théâtre d'opérations, après que l'on eut détecté des problèmes de santé mentale susceptibles de rendre difficile pour elle d'y rester? Avez-vous des exemples de situations de ce genre?

Bgén Hugh MacKay: Je ne peux que vous parler de la stratégie que nous aurions adoptée. Nous tenterions de répondre à leurs besoins en nous rapprochant le plus possible du front. Nous avons appris avec le temps qu'il est préférable de traiter les gens le plus près possible de l'opération et des camarades. Toutefois, si nous avons l'impression qu'ils n'en bénéficieront pas, nous prenons les arrangements nécessaires pour les rapatrier afin qu'ils reçoivent des soins plus intensifs.

• (1620)

M. Colin Fraser: Merci beaucoup.

Le président: J'aimerais vous demander d'apporter quelques éclaircissements. Avez-vous des statistiques sur les personnes qui ont présenté des problèmes de santé mentale sur le théâtre et sur celles qui ont été renvoyées chez elles? Lorsque vous reviendrez, pourriez-vous nous les transmettre? Ou peut-être avez-vous des données sur ces personnes avec vous? En faites-vous le suivi?

Col Andrew Downes: Je ne pense pas que nous ayons de chiffres sur le nombre de personnes qui ont été renvoyées avec un problème de santé mentale ou non. Je ne sais pas si de telles statistiques existent.

Le président: Vous ne les conservez pas ou personne n'a été renvoyé peut-être?

Col Andrew Downes: Je sais que des personnes ont été renvoyées, mais je ne pense pas que nous ayons la liste de noms.

Le président: Monsieur Bratina.

M. Bob Bratina (Hamilton-Est—Stoney Creek, Lib.): Qu'avez-vous fait lorsqu'il est devenu évident pour les militaires que le taux de suicide au sein des Forces armées était exceptionnel? Sommes-nous capables de retracer le moment où quelqu'un a dit : « Nous voyons des choses que nous n'avions pas vues auparavant »?

Bgén Hugh MacKay: Nous compilons des statistiques et nous en publions les résultats depuis 1995. Selon celles-ci, le taux de suicide dans les Forces armées canadiennes est identique ou à peu près identique au taux de suicide au sein de la population canadienne. Ce taux est à peu près le même encore aujourd'hui.

En 2014, nous avons procédé différemment, en ventilant les forces de l'Armée de terre, de la Marine et de l'Aviation. Ainsi, nous avons pu constater un écart ou le début d'une augmentation du taux de suicide dans l'Armée autour de 2006, par rapport au taux de suicide dans la Marine et l'Aviation.

Si nous examinons l'ensemble des données statistiques des Forces armées canadiennes, nous sommes encore au même taux ou à peu près au même taux que celui de la population en général, mais le taux au sein de l'armée a commencé à augmenter vers 2006. Il s'est plus ou moins stabilisé depuis, au taux que nous connaissons maintenant depuis deux ou trois ans.

M. Bob Bratina: Aux États-Unis — j'ai vérifié les chiffres — il semble que le taux de suicide chez la population en général est de 13 pour 100 000 habitants, tandis qu'au sein des forces américaines, il s'élève à 30 pour 100 000 habitants. Plusieurs de nos missions et de nos déploiements sont assez similaires, alors seriez-vous d'accord avec ces chiffres qui indiquent que le taux de suicide chez les gens qui ne sont pas de l'Armée serait inférieur au taux de suicide chez les militaires de l'Armée, si vous dites que ces taux sont équilibrés dans l'ensemble?

Col Andrew Downes: Je vais répondre à cette question : Oui, tout à fait.

Ce qu'il faut comprendre à propos du suicide, c'est que les taux changent au fil du temps et qu'ils varient en fonction de l'âge des gens. Si vous comparez des gens du même âge — c'est ce que nous avons fait — nous observons que le taux est plus élevé au sein de l'Armée qu'il ne l'est chez les hommes du même âge dans le secteur civil.

Au sein de la Marine et de la Force aérienne, le taux est légèrement moins élevé que dans le secteur civil, mais la différence n'est pas statistiquement significative. Il est numériquement un peu moins élevé.

M. Bob Bratina: Le nombre de suicides chez les Américains de 13 pour 100 000 habitants contre 30 pour 100 000 habitants ne vous semble-t-il pas consternant?

Col Andrew Downes: Il ne faut pas oublier que ce taux établi à 13 pour 100 000 habitants inclut même les enfants, je crois. Je ne suis pas certain de l'âge à partir duquel les statistiques sont compilées, mais c'est lorsque les gens atteignent l'âge moyen que le taux de suicide est en fait le plus élevé. Ces chiffres reflètent les résultats obtenus auprès de la population au service des Forces canadiennes.

M. Bob Bratina: Je crois comprendre ce que vous voulez dire. Si l'on parle des gens de 20 à 70 ans, le nombre sera évidemment plus élevé. Je vois.

Et que dire des déploiements? J'ai entendu dire qu'autour de 2006, les chiffres que nous avions sous les yeux étaient préoccupants. Rappelez-vous le déploiement en Afghanistan. Vous avez commencé à assurer un suivi en 1995, ce qui nous amène au déploiement en Bosnie, dans l'ancienne Yougoslavie. A-t-on évalué cette opération et la manière dont ces situations de stress ont pu se solder par des suicides et des incidents extrêmes associés à des problèmes de santé mentale?

Col Andrew Downes: Je vais y aller en premier. Nous faisons enquête sur chaque personne qui se suicide afin de mieux comprendre les facteurs qui sont en jeu, et nous constatons que la majorité de ces personnes ont des problèmes de santé mentale ou sont dans un état de détresse psychologique. À cela s'ajoute ce que nous appelons un puissant déclencheur ou en d'autres mots, un facteur de stress, comme dans le cas d'un problème relationnel, par exemple. Nous savons qu'une mission comme celle de l'Afghanistan où les traumatismes psychologiques ont été nombreux, finit par entraîner de nombreux problèmes de santé mentale. Nous pensons que les problèmes de santé mentale qui se sont manifestés au cours de cette opération sont l'un des facteurs à l'origine de l'augmentation des taux au sein du personnel de l'Armée. Ces membres sont ceux qui ont été le plus exposés aux facteurs de stress reliés au combat.

M. Bob Bratina: Je trouve ces propos fort intéressants, parce que notre participation à Kandahar visait l'unité de reconstruction provinciale. Nous avions des gens de Hamilton là-bas, et j'ai rencontré beaucoup de jeunes vétérans qui y sont revenus, et ainsi de suite. C'est certainement très différent d'une bataille de la Deuxième Guerre mondiale, si vous voulez. Je me demande si les militaires ont vraiment besoin de faire enquête sur la manière dont on utilise les troupes, sur la manière dont elles sont déployées et sur leurs interactions avec les gens autour d'elles, parce que les choses se sont déroulées différemment dans ces déploiements par rapport à ce que nous avons vu dans le passé. Est-il juste de dire qu'il reste encore beaucoup à découvrir à ce chapitre?

• (1625)

Le président: Je demanderais de répondre brièvement, s'il vous plaît.

Col Andrew Downes: Je dirais que chaque mission comporte des risques. Je pense que lorsque nous examinons le déroulement des guerres comme la Première et la Seconde Guerre mondiale, nous constatons que de nombreux problèmes de santé mentale s'y manifestent. Je pense que les Forces canadiennes ont examiné les façons d'interagir le plus efficacement possible avec la population locale, tout en gardant à l'esprit qu'il y aurait des circonstances où les soldats seraient exposés à des traumatismes psychologiques.

M. Bob Bratina: Je vous remercie.

Le président: Madame Wagantall.

Mme Cathay Wagantall (Yorkton—Melville, PCC): Merci beaucoup. Cela me fait plaisir de vous avoir tous les deux ici.

Monsieur le brigadier-général, je n'étais pas ici la semaine dernière, alors j'ai simplement lu les notes de vos déclarations de la semaine dernière.

Voici ce que vous avez déclaré :

Comme vous le savez probablement, la méfloquine demeure une option pour la prévention de la malaria auprès de nombreux militaires dans le monde. Nous demeurons toutefois vigilants et ouverts à l'évaluation de tout nouvel élément de preuve en lien avec la méfloquine et d'autres médicaments antipaludéens.

Puis, vous poursuivez :

Par conséquent, nous mettrons à jour notre approche de la prévention de la malaria selon des méthodes scientifiques éprouvées, tout en mettant l'accent sur une analyse critique de la preuve.

J'ai fait quelques recherches et, bien sûr, elles ont été réalisées en relation avec nos alliés. Nous avons donc examiné ce qui est fait ailleurs dans le monde à cet égard.

J'ai une déclaration ici que le ministre des Anciens combattants de l'Australie a prononcée le 15 septembre de cette année à propos des craintes que suscite la méfloquine :

Le ministère des Anciens combattants a mis en place une équipe de soutien [et] d'autres formes de soutien pour les militaires en service actif ou à la retraite à qui l'on a prescrit de la méfloquine.

Le gouvernement entend prendre les mesures suivantes :

établir un mécanisme de consultation communautaire officiel qui permettra un dialogue ouvert entre le Comité de la défense et les militaires en service actif ou à la retraite sur des questions touchant la méfloquine;

mettre en place une ressource en ligne plus complète qui fournira des renseignements sur les médicaments antipaludéens;

créer une équipe de soutien... qui se consacrera à l'analyse de la méfloquine... avec... les réclamations connexes, qui permettra d'avoir un point de contact... et demander au comité interministériel d'examiner les problèmes soulevés, de tenir compte des données médicales pertinentes et de donner des conseils...

Tous les anciens membres à qui l'on a prescrit de la méfloquine... et qui ont des inquiétudes au sujet des effets secondaires de ce médicament... peuvent faire une réclamation s'ils souffrent de symptômes qui seraient selon eux causés par la méfloquine...

Le personnel actuel et les anciens membres... peuvent également avoir accès à des traitements gratuits en santé mentale...

Une liste des différents secteurs de la santé mentale qui exigent un traitement est établie, ainsi que les services offerts.

En Bretagne également — c'était en juillet 2016 — l'ancien chef de l'armée a admis qu'il ne prendrait pas le médicament antipaludique controversé, car son fils à qui l'on a prescrit du Lariam souffrait d'une grave dépression. Lord Dannatt a dit que les effets secondaires du médicament pouvaient être « assez catastrophiques » et il s'est excusé auprès des troupes qui en avaient pris alors qu'il était chef d'état-major général.

Il a insisté auprès du ministre de la Défense pour qu'il fasse preuve de générosité au moment de l'adoption de règlements d'indemnisation à l'égard des centaines de membres du personnel qui ont souffert de problèmes de santé mentale après qu'on leur eut administré le médicament lors de déploiements dans des zones où la malaria est endémique.

Il déclare dans ce document :

Nous n'avons aucune raison de mettre en doute le très solide témoignage anecdotique selon lequel ces risques ont été ignorés, lorsque l'on a prescrit le médicament à de nombreux soldats au moment de leur déploiement... Enfin, nous sommes convaincus qu'il n'est ni nécessaire ni justifié de continuer à prescrire ce médicament aux militaires, sauf lorsque les trois conditions énumérées précédemment sont réunies.

Ces conditions étaient des mesures de dernier recours, lorsqu'aucune solution de rechange ne pouvait être envisagée.

Puis, bien sûr, il y a eu un représentant des États-Unis, le Dr Nevin, qui a dit que ce médicament avait été prohibé aux États-Unis.

Avec ce témoignage de nos solides alliés, ne serait-il pas temps pour le Canada d'admettre que nous avons un problème de santé mentale que nous pourrions résoudre immédiatement, d'autant plus que Santé Canada vient de publier de nouvelles définitions des effets secondaires de ce médicament? Des personnes pensent être atteintes du TSPT parce que c'est ce qu'on leur a dit, alors qu'il pourrait très bien s'agir de lésions cérébrales. Ne serait-il pas temps de leur offrir les mêmes services, ce qui nous permettrait d'obtenir ces renseignements de nos anciens combattants directement?

● (1630)

Bgén Hugh MacKay: La méfloquine est utilisée par des dizaines de millions de personnes depuis plusieurs décennies. Des experts de partout dans le monde et des organismes comme l'Organisation mondiale de la santé, les Centers for disease Control aux États-Unis d'Amérique et le Comité consultatif de médecine tropicale et de médecine continuent d'examiner toutes les preuves disponibles en ce

qui a trait à la méfloquine et il la recommande comme médicament de premier recours contre la malaria.

Ce que nous tirons de ces déclarations et de l'évaluation que nos alliés ont effectuée est que nous devrions continuer à prescrire de la méfloquine comme médicament contre la malaria, plus particulièrement pour les personnes qui l'ont utilisée dans le passé et qui ont obtenu des résultats satisfaisants.

Nous devons tenir compte de toutes les preuves disponibles et ne pas nous fier aux bribes d'information de petits groupes de scientifiques qui ont leurs propres opinions et théories ou qui sautent aux conclusions qui peuvent entraîner le retrait sur le marché d'un médicament qui a obtenu l'aval d'experts internationaux et qui est considéré comme étant efficace contre la malaria.

Mme Cathay Wagantall: Comme les effets secondaires de ces autres options ne semblent pas aussi importants que les effets secondaires de la méfloquine, pourquoi ne choisirions-nous pas d'utiliser les médicaments les moins dangereux pour nos soldats? Il semble que d'autres pays sont venus à la conclusion qu'il faut leur donner ces autres options. Pourquoi le Canada considère-t-il que c'est un médicament à donner en priorité plutôt qu'en dernier recours?

Bgén Hugh MacKay: Il ne faut pas oublier que tous les médicaments antipaludiques entraînent des effets secondaires.

Mme Cathay Wagantall: Oui.

Bgén Hugh MacKay: Ces autres médicaments entraînent aussi des effets secondaires importants.

Lorsque nous discutons avec les patients des choix qui s'offrent à eux pour se protéger contre la malaria, nous leur parlons de tous les effets secondaires potentiels et nous les aidons à prendre une décision. Nous surveillons également toute contre-indication aux options de médicaments antipaludiques figurant sur la liste et nous leur donnons la possibilité de choisir le médicament antipaludique qu'ils aimeraient utiliser.

La malaria est toujours une maladie dangereuse contre laquelle nous devons être en mesure de protéger nos soldats, nos marins et nos aviateurs. Nous pensons qu'il est important de pouvoir leur offrir toutes les options qui s'offrent à eux et qui sont recommandées par les organismes internationaux.

● (1635)

Le président: Merci.

Monsieur Eyolfson

M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.): Merci monsieur le président.

Merci à vous deux d'être venus.

Colonel Downes, c'est un plaisir de vous revoir.

Le colonel Downes et moi-même avons été à l'école de médecine ensemble il y a environ 25 ans.

Quelques personnes ont posé des questions au sujet des taux de suicide. Quant à la question plus large touchant la santé mentale au sein des forces armées, quelles données sont recueillies en général, quels sont les diagnostics posés et quel est le pourcentage des personnes atteintes de troubles mentaux?

Col Andrew Downes: Nous recueillons des renseignements de différentes sources. L'étude la plus importante que nous ayons effectuée est peut-être l'Enquête transversale de 2013 sur la santé mentale dans les FAC. Les données qui ont été recueillies pour notre compte, par Statistique Canada, ont révélé beaucoup de renseignements importants, y compris sur les taux des maladies mentales parmi les plus fréquentes, comme la dépression, le TSPT, et ainsi de suite.

Ces renseignements nous ont réellement procuré une très solide base pour comprendre les types de maladies rencontrées. Des efforts relativement importants ont été déployés afin d'analyser ces données de toutes les manières possibles. Par exemple, nous avons analysé les taux d'expériences négatives vécues durant l'enfance des membres des FC en examinant les personnes aux prises avec des idées suicidaires, etc.

Nous avons publié un certain nombre d'articles et nous travaillons à partir de ce corpus de données. Nous avons également réalisé des graphiques qui nous permettent de mieux comprendre les répercussions de la maladie mentale chez les personnes qui ont été déployées en Afghanistan. Nous examinons également les données tirées de notre dépistage postdéploiement.

Ce sont là des exemples de recherches que nous avons effectuées pour comprendre ce problème qui affecte nos troupes.

M. Doug Eyolfson: Merci.

Il est évidemment question du rôle des familles dans tous nos travaux sur les vétérans et du fait que lorsqu'un membre de la famille s'enrôle, ce sont tous les membres de la famille qui s'enrôlent. Les FC offrent-elles des services en santé mentale aux membres de la famille des militaires actifs?

Bgén Hugh MacKay: Les Services de santé des FC n'offrent pas de services en santé mentale aux membres de la famille des militaires. Néanmoins, ils peuvent avoir accès à ce type de services par l'intermédiaire des centres de ressources pour les familles des militaires.

Nous reconnaissons néanmoins l'importance de la famille lorsque nous traitons les militaires souffrant de maladie mentale et, si possible, lorsque le patient est d'accord, nous essayons de faire participer les membres de la famille aux soins apportés au militaire.

M. Doug Eyolfson: Si, par hypothèse, un membre de la famille d'un militaire des forces armées vit avec ce dernier dans un endroit relativement isolé, un avant-poste n'offrant que peu de ressources, hormis celles offertes sur la base, et que ce membre de la famille se trouve aux prises avec un problème de santé mentale, quelles seraient les ressources pour cette personne ou à qui pourrait-elle s'adresser?

Col Andrew Downes: Dans certaines collectivités très isolées, comme Goose Bay, par exemple, les familles militaires ont droit à des soins des FC, mais ce sont là des exceptions. Autrement, les membres de la famille d'un militaire reçoivent des soins de santé par l'intermédiaire des systèmes de santé provinciaux.

M. Doug Eyolfson: Merci.

Bgén Hugh MacKay: J'aimerais simplement ajouter, si je peux me permettre, qu'un mécanisme contribue au financement du transport d'une personne devant se déplacer pour avoir accès à des soins de santé.

M. Doug Eyolfson: Merci.

Colonel Downes, vous et moi savons, de par notre formation commune en médecine, et de par notre formation militaire, qu'il y a

toujours une certaine honte associée à la maladie mentale et que les gens sont réticents à demander de l'aide lorsqu'il est question de problèmes de santé mentale.

Que font les FC pour réduire la stigmatisation liée aux problèmes de santé mentale et encourager les militaires à demander de l'aide?

Col Andrew Downes: Vous avez raison. La santé mentale porte un stigmate au sein des FC, tout comme dans la société canadienne. Nous savons que ce stigmate est l'une des nombreuses barrières à l'obtention des soins que nous offrons aux patients. Il s'avère cependant que ce n'est pas la principale barrière. Nous avons dépensé beaucoup d'énergie à l'amélioration des connaissances en matière de santé mentale auprès de nos militaires, parce que nous savons que lorsque la maladie mentale est mieux comprise, la stigmatisation s'en trouve réduite. Nous avons en outre participé à diverses activités conçues pour réduire la stigmatisation, comme la tenue de discussions au niveau des brigades et des unités, et ainsi de suite. Nous participons annuellement à la Journée Bell « Cause pour la cause », encore une fois avec l'objectif de réduire la stigmatisation. En fait, nous avons constaté, après avoir effectué des recherches, que les membres des FC sont beaucoup plus susceptibles de parler ouvertement avec leurs superviseurs et leurs collègues au travail de leurs problèmes de santé mentale personnels que les membres de la population civile.

• (1640)

M. Doug Eyolfson: C'est bon à savoir. Merci.

Le président: Merci.

Monsieur Brassard.

M. John Brassard (Barrie—Innisfil, PCC): Merci monsieur le président.

J'aimerais aborder la question de la transition — je sais que M. Fraser a soulevé ce point plus tôt — et parler davantage du groupe de travail actuellement en place. De toute évidence, il nous reviendra avec quelques recommandations.

Brigadier-général MacKay, et peut-être monsieur Downes, souhaitez-vous intervenir sur ce point également. Que serait selon vous la transition idéale pour un membre de nos forces armées à ACC? Le groupe de travail fera des recommandations. J'aimerais entendre le brigadier-général nous dire ce qui devrait se produire dans cette situation.

Bgén Hugh MacKay: Lorsque nous déterminons qu'une personne malade ou blessée ne répond plus aux principes d'universalité des services et que nous la libérons pour des raisons médicales, nous voulons que nos gestionnaires de cas soient en mesure de discuter avec les gestionnaires de cas d'ACC afin de bien cerner les besoins en matière de traitement et de soutien pour les personnes en transition qui portent encore l'uniforme. Nous voulons qu'ACC puisse prendre des décisions en ce qui a trait à leur droit à des prestations et nous voulons être en mesure de désigner les fournisseurs de soins de santé qui pourront leur prodiguer les soins dont ils ont besoin avant qu'ils ne retirent leurs uniformes et ne s'en aillent dans le secteur civil.

Voilà le véritable objectif que nous espérons atteindre pour les membres en transition et leurs familles.

M. John Brassard: J'ai été à la base de Borden et j'y ai senti de la frustration — Je sais que M. Kitchen a soulevé la question plus tôt — et le fait qu'ACC ne parle pas au MDN au nom des soldats en ce qui a trait aux renseignements disponibles, et l'inverse est également vrai; les ordinateurs du MDN et d'ACC ne...

Brigadier-général Mackay, malgré les questions de confidentialité, croyez-vous qu'il nous soit possible de surmonter ces difficultés? Il y a la question touchant le consentement éclairé — je sais que nous avons soulevé la question — mais je me demande s'il serait possible de regrouper ces renseignements de manière à simplifier les choses?

Bgén Hugh MacKay: Je pense que la solution relève du gestionnaire de cas. Si nous pouvons, avec le consentement du patient, faire en sorte que les gestionnaires de cas communiquent efficacement entre eux sur les besoins en traitement et sur les plans de traitement à offrir — nous ne pensons pas nécessairement à l'élaboration d'un dossier médical complet, mais simplement à la tenue de discussions avec les gestionnaires de cas — nous contribuerons énormément à faciliter cette transition. Donc, la coordination entre les deux équipes de gestion de cas est l'un des aspects sur lesquels nous nous penchons.

M. John Brassard: Donc, pour ce qui est des rôles à jouer dans cette transition, devrait-on faire appel au MDN ou plutôt à ACC ou devraient-ils travailler en partenariat, lorsqu'un militaire quitte les forces armées?

Bgén Hugh MacKay: Je pense que nous devons faire équipe à ce stade. Nous voulons travailler ensemble sur cette question afin d'atteindre l'objectif final au profit du membre des forces armées et de sa famille.

M. John Brassard: J'aimerais aborder la question de la fatigue institutionnelle. De nouvelles missions seront mises en oeuvre. Il est évident que nous aurons de nouveaux défis à relever. Nous avons parlé de la différence entre la Première Guerre mondiale, la Seconde Guerre mondiale et de la guerre en Afghanistan. De nouvelles troupes devront être déployées et de nouvelles ressources seront nécessaires pour assurer de nouvelles missions. Ne craignez-vous pas que ces nouveaux défis entraînent de la fatigue institutionnelle? Pensez-vous que les membres des forces armées pourraient devoir faire plus avec moins? Ces nouvelles problématiques pourraient-elles engendrer des difficultés qu'il nous sera encore plus difficile à résoudre ou sommes-nous prêts à affronter ces difficultés?

• (1645)

Bgén Hugh MacKay: Nous sommes actuellement en mesure de composer avec les différentes options que le chef d'état-major de la Défense a à offrir en matière de déploiement. Toutefois, je ne pense pas pouvoir spéculer sur ces autres inconnues et sur ce qu'elles exigeront de notre part.

M. John Brassard: Bien, nous avons reçu comme directive de jouer un rôle qui soit davantage axé sur le maintien de la paix, ce qui apportera une nouvelle dynamique à la situation actuelle. Il est possible que les militaires doivent faire plus, peut-être avec moins de ressources. Pensez-vous que nous serons capables de surmonter quelques-unes de ces difficultés à l'avenir?

Bgén Hugh MacKay: Je ne suis pas certain qu'il y aura moins de ressources. Je suis prêt à soutenir les FC quoi qu'il arrive. Chaque fois qu'une mission est envisagée à l'extérieur, nous examinons les ressources qui sont à notre disposition pour soutenir cette mission.

Le président: Madame Mathysen.

Mme Irene Mathysen: Merci, monsieur le président.

L'ombudsman des FC a fait certaines recommandations dans son rapport et je sais que nous avons un peu éludé la question, mais j'aimerais revenir à la question visant à simplifier le modèle de prestation de services. L'ombudsman a fait trois excellentes recommandations à cet égard et je me demande si les changements qu'il a proposés pourraient aider la transition des militaires qui

souffrent de problèmes de santé mentale. Dans quelle mesure pensez-vous vous inspirer de ces recommandations?

Col Andrew Downes: Pourriez-vous nous rafraîchir la mémoire à propos de ces trois recommandations?

Mme Irene Mathysen: Que les FC maintiennent en poste les militaires en voie de libération pour des raisons médicales, jusqu'à ce que tous leurs services et prestations soient mis en place à ACC; que les FC mettent sur pied un programme de type « conciergerie » qui veillerait à ce qu'un lien soit établi entre le MDN et ACC; que les forces armées dirigent, selon une approche par étape, la conception d'un portail Web sécurisé contenant tous les renseignements nécessaires à la mise en place d'un programme qui conjugue services et sécurité et qui permettrait aux militaires de ne saisir leurs renseignements qu'une seule fois. Ils pourraient ainsi faire leurs demandes de services et de prestations automatiquement.

Bgén Hugh MacKay: Ces recommandations ne correspondent pas vraiment à mon mandat relativement à la prestation de soins de santé. Je pense que tout effort déployé pour faciliter la transition aidera nos membres à se préparer à cette transition. Nous reconnaissons que tout ce que nous ferons pour réduire le stress et le temps nécessaire à la mise en place de ces recommandations sera bénéfique.

Je crois néanmoins qu'il arrive parfois que des membres souhaitent quitter les forces armées plus rapidement et il peut être à leur avantage de le faire s'ils le peuvent. Je ne voudrais pas devoir retenir des gens dans les forces armées s'ils veulent partir avant la mise en place de ces services, ainsi que l'a recommandé l'ombudsman.

Mme Irene Mathysen: Il a également été suggéré au cours de nos délibérations que le retour à la vie civile devrait être planifié non pas à un certain moment de la vie militaire, mais dès le début du service militaire.

Qu'en pensez-vous?

• (1650)

Bgén Hugh MacKay: Vous me demandez mon opinion, mais je pense que chacun a sa propre opinion là-dessus et chacun planifie son avenir en fonction de ses besoins et de ses désirs.

Le président: Merci.

Monsieur Kitchen, allez-y, vous avez cinq minutes.

M. Robert Kitchen: Merci, monsieur le président.

Colonel, vous avez dit à l'un de mes collègues que le taux de suicide était plus élevé dans l'armée que dans la marine et dans les forces aériennes, et que c'est en bonne partie dû au fait que le contingent en Afghanistan était plus important.

Tenant compte de ce fait, je me demande si vous avez examiné l'incidence du suicide chez ces soldats — non pas les soldats au sein de la marine et des forces aériennes, mais les soldats qui ont été déployés — est-ce que les taux sont plus élevés ou moins élevés que les taux observés dans l'ensemble de la population?

Col Andrew Downes: Oui, nous avons examiné ces taux, non pas par commandement, mais auprès de l'ensemble de l'effectif, et nous avons constaté que l'incidence des problèmes de santé mentale est plus élevée chez les personnes qui ont été déployées que chez les militaires qui ne l'ont pas été. Les problèmes relevés sont notamment la dépression, le TSPT et les troubles anxieux généraux. Nous savons également que les problèmes de santé mentale sont généralement plus élevés chez les militaires que chez les civils.

M. Robert Kitchen: Croyez-vous que cette étude épidémiologique permettrait de déterminer ces cohortes?

Col Andrew Downes: En fait, je peux répondre à votre première question, mais j'ai raté la suite. Nous savons que les problèmes de santé mentale sont plus élevés chez les gens qui reviennent d'un déploiement. En effet, nous le savons.

Encore une fois, nous revenons aux quelques commentaires qui ont été faits au début. Ce n'est pas le déploiement en soi, mais plutôt ce qui se passe pendant le déploiement qui fait la différence en termes de santé mentale.

Ce sont surtout des gens qui ont travaillé sous le commandement de l'armée qui ont été exposés à des événements psychologiquement traumatisants, mais nous avons certainement quelques personnes de la marine et de la force aérienne qui ont été exposées à des situations similaires.

M. Robert Kitchen: Pourriez-vous fournir à ce comité une liste des études que vous avez réalisées?

Col Andrew Downes: Oui, c'est possible.

M. Robert Kitchen: Merci beaucoup.

Si un soldat est déployé et qu'une fois sur le terrain il montre des signes de TSPT, quel serait le traitement standard pour ce soldat?

Col Andrew Downes: Vous avez dit lorsqu'une personne est sur le terrain?

M. Robert Kitchen: Oui.

Col Andrew Downes: Une personne qui présente des symptômes éventuellement en lien avec les TSPT ou avec tout autre problème de santé mentale, serait normalement renvoyée à un médecin de soins primaires pour une évaluation initiale. Par la suite, elle sera renvoyée à l'équipe déployée en santé mentale, s'il y en a une, comme ce fut le cas en Afghanistan.

Une décision devra alors être prise, à savoir si la personne devrait être maintenue sur le théâtre; si elle devrait retourner à son unité afin de poursuivre sa mission; si elle devrait occuper une autre fonction ou si elle devrait être renvoyée chez elle afin d'y recevoir d'autres soins. La décision est prise au cas par cas, en tenant compte de la gravité des symptômes et du rôle que cette personne aurait assumé.

M. Robert Kitchen: Prescrirait-on certains médicaments en particulier dans ces circonstances, afin de maintenir l'effectif en déploiement?

Col Andrew Downes: Si une personne a besoin d'un antidépresseur, par exemple, ou de médicaments pour le traitement des TSPT, elle ne sera normalement pas maintenue sur le théâtre. Les symptômes seraient vraisemblablement assez graves pour entraîner une aggravation si cette personne y demeurerait.

M. Robert Kitchen: Mes questions de tout à l'heure portaient sur la manière dont les renseignements médicaux sont transférés du MDN à ACC.

Si les médecins ont rempli ces formulaires pour le soldat, un médecin militaire pourrait-il les remplir pour ACC? Si un soldat a besoin de ces formulaires, un médecin militaire pourrait-il les remplir pour lui.

Col Andrew Downes: Oui, il peut les remplir, et c'est ce que nous faisons.

•(1655)

Le président: Vous avez vingt secondes.

M. Robert Kitchen: D'accord. Lorsqu'un médecin remplit un formulaire donnant droit ou non au patient à une pension d'invalidité, ce genre de renseignements peut-il avoir des répercussions?

Col Andrew Downes: Le médecin qui remplit ces formulaires peut-il en subir les répercussions?

M. Robert Kitchen: C'est correct pour un médecin militaire.

Col Andrew Downes: Il n'en subirait aucune répercussion à ce que je sache. Je ne vois par pourquoi il y en aurait.

Je dois préciser que lorsque nous voyons des patients, les formulaires que nous remplissons font partie de nos propres dossiers médicaux. ACC a ses propres formulaires dans lesquels sont demandés des renseignements très précis qui l'aideront à déterminer si telle blessure ou telle maladie est attribuable au service militaire. On nous fait parvenir ces formulaires et nous les remplissons.

Le président: Merci.

J'aimerais simplement clarifier une chose. Vous avez mentionné que si un militaire a des problèmes de santé, il peut être renvoyé chez lui. Qui prend cette décision? Est-ce le médecin, la personne en question ou la chaîne de commandement?

Col Andrew Downes: C'est généralement le médecin qui prend la décision en se fondant sur les renseignements qu'il a obtenus auprès de la personne malade, et éventuellement la chaîne de commandement. Nous faisons une recommandation à la chaîne de commandement visant le rapatriement de telle ou telle personne pour des raisons médicales. La chaîne de commandement ne connaîtra probablement pas la raison de ce rapatriement.

Le président: D'accord. Ces décisions sont-elles toujours observées? Les ordonnances des médecins sont-elles systématiquement observées? La chaîne de commandement peut-elle renverser la décision du médecin?

Col Andrew Downes: Oui elle le peut, mais c'est à ses risques et périls.

Le président: D'accord.

Bgén Hugh MacKay: J'aimerais préciser que le chef de l'état-major de la Défense a émis une directive voulant que les contraintes à l'emploi pour raisons médicales délivrées par les médecins soient respectées par la chaîne de commandement. Si nous avons déterminé que cette personne devait effectuer un retour, alors la chaîne de commandement obéirait.

Le président: D'accord, merci

Monsieur Rioux.

[Français]

M. Jean Rioux (Saint-Jean, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je vais poursuivre un peu dans le même sens.

Nous avons entendu des témoignages qui semblaient dire que, lorsqu'un militaire quittait pour des raisons médicales ou autres, il lui était difficile d'obtenir son rapport. Ils ont expliqué qu'il lui fallait attendre longtemps avant de l'obtenir et, souvent même, il ne l'obtenait pas. Il en allait de même pour le dossier des antécédents.

Est-ce ce que vous vivez? D'après vous, les gens peuvent-ils obtenir rapidement leur rapport historique en plus du diagnostic final?

[Traduction]

Col Andrew Downes: Je vais m'exprimer en anglais, si vous le permettez.

[Français]

Parlez-vous des dossiers médicaux ou des autres dossiers?

M. Jean Rioux: Je parle du dossier médical.

[Traduction]

Col Andrew Downes: Certains documents tirés du dossier médical peuvent facilement être livrés aux personnes les demandant, mais pour pouvoir fournir le dossier dans son intégralité, il faut, en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, examiner chaque page et biffer l'information considérée comme étant des renseignements de tiers. Ce qui prend un certain temps, comme vous pouvez l'imaginer. Néanmoins, comme l'a mentionné le général MacKay, nous avons recours depuis à un plus grand nombre de personnes pour accomplir cette tâche et c'est beaucoup plus rapide que par le passé.

[Français]

M. Jean Rioux: Sauf erreur, cela va dans le sens de la recommandation de l'ombudsman.

[Traduction]

Col Andrew Downes: Oui.

[Français]

M. Jean Rioux: Par ailleurs, le général Roméo Dallaire disait que la Défense nationale devait participer davantage à la prévention du suicide.

Des améliorations ou des efforts ont-ils été faits pour assurer la prévention?

[Traduction]

Col Andrew Downes: Nous avons pris de nombreuses mesures pour prévenir le suicide dans les Forces canadiennes. Comme je l'ai dit plus tôt, les maladies mentales sont l'une des causes principales du suicide, nous en avons donc fait beaucoup pour améliorer les programmes et services en clinique pour atténuer l'impact des maladies mentales. Par exemple, depuis environ 10 ans, nous avons doublé le nombre de cliniciens en santé mentale pratiquant dans nos cliniques. Nous avons augmenté le nombre de Centres de soutien pour trauma et stress opérationnels. Nous avons mis en ligne un programme de résilience dans le but d'aider les gens à mieux gérer leurs niveaux de stress, et leur permettre aussi d'identifier eux-mêmes le moment où ils devraient chercher à obtenir des soins. Mis à part les services de santé, l'Armée, par exemple, ayant constaté que le taux de suicide parmi ses membres était plus élevé, a mis en place récemment un projet qu'elle appelle « Programme des sentinelles », qui est axé sur les pairs et où certains membres d'une unité reçoivent une formation spéciale afin de pouvoir identifier plus facilement leurs collègues, qui semblent avoir des difficultés, et les encourager à obtenir des soins.

L'Armée a également mis en oeuvre un programme appelé SRIAC. Je ne pourrais pas vous dire à ce moment-ci ce que signifie le sigle, mais il s'agit essentiellement d'un autre programme de résilience qui traite des différentes facettes de la vie des gens, de la famille aux valeurs spirituelles, des besoins médicaux à la forme physique, et ainsi de suite. Plusieurs mesures ont été prises pour s'attaquer au problème de la maladie mentale et, par conséquent, au suicide.

• (1700)

[Français]

M. Jean Rioux: Dans la circonscription de Saint-Jean, que je représente, des gens qui fréquentaient les deux collèges militaires se

sont suicidés. Il semble y avoir eu une augmentation de ces cas dernièrement. Vous en savez plus que moi en matière de statistiques.

Des efforts supplémentaires ont-ils été faits à l'égard de cette clientèle?

[Traduction]

Col Andrew Downes: En ce qui concerne le programme En route vers la préparation mentale, dont nous avons parlé plus tôt, un des nouveaux modules que nous avons élaborés récemment vise spécifiquement les collègues militaires. Nous l'avons mis en oeuvre depuis quelques années au Collège militaire royal. Si tout se passe bien, nous l'étendrons à d'autres endroits aussi. La formation En route vers la préparation mentale est également offerte aux nouvelles recrues qui se trouvent à la Garnison Saint-Jean pour commencer leur instruction militaire de base. Tous les membres, après leur entrée dans les FC, ont accès à la série complète de programmes que nous offrons, y compris les soins dispensés en clinique et en santé mentale, des programmes d'études et de formation, ainsi que notre PAMFC, une aide spécialisée également offerte aux membres. Il y a un numéro 1-800 où les gens peuvent appeler s'ils éprouvent du stress ou traversent une période difficile dans leur vie, pour obtenir des conseils ou de l'aide au téléphone et des consultations supplémentaires également.

Le président: Merci.

Madame Mathysen.

Mme Irene Mathysen: Merci monsieur le président.

J'aimerais revenir aux questions posées plus tôt par Mme Wagantall pour mieux comprendre les préoccupations qui, j'en suis sûre, sont partagées par le personnel médical du MDN, concernant les craintes actuelles par rapport aux médicaments antipaludiques.

À la lumière des effets secondaires à long terme ayant été signalés, effectuez-vous un suivi auprès des militaires ayant pris des antipaludiques une fois qu'ils sont de retour à la maison ou après avoir été libérés?

Col Andrew Downes: Toute personne qui revient au pays après une mission fait l'objet d'un dépistage postdéploiement de trois à six mois. La santé mentale nommément est évaluée à ce moment-là, mais c'est aussi l'occasion pour ces personnes de soulever toute préoccupation sur leur santé physique. Il peut s'agir des effets secondaires de médicaments ou d'autres inquiétudes qu'elles peuvent avoir. C'est aussi l'occasion de réexaminer toutes ces questions. De plus, à tout autre moment par après, lors de rendez-vous chez le médecin, les gens peuvent faire part de leurs préoccupations.

Mme Irene Mathysen: Vous dites entre trois et six mois.

A-t-on songé à prolonger ce seuil? On discute depuis un certain temps d'effets secondaires qui sont ressentis pendant plusieurs années.

Col Andrew Downes: En règle générale par contre, les personnes qui ressentent des effets secondaires les ont dès le départ, soit lorsqu'ils prennent le médicament, soit peu de temps après. On s'attend à ce que les effets secondaires apparaissent à l'intérieur de la fenêtre de trois à six mois.

•(1705)

Mme Irene Mathysen: Vous dites qu'au moment du déploiement, ou tout juste avant, les troupes sont informées des effets secondaires possibles et on leur donne le choix des médicaments antipaludiques qu'ils peuvent prendre. Qu'est-ce qui se passe s'ils préfèrent n'en prendre aucun? S'ils s'inquiètent vraiment de faire partie des gens gravement affectés, au point même où ils refusent de les essayer? Qu'est-ce qui se passe à ce moment-là?

Bgén Hugh MacKay: S'il nous faut déployer nos membres dans des endroits où le paludisme représente un risque important et qu'un d'eux choisisse de ne pas prendre de médicaments antipaludiques, nous recommanderions alors que cette personne ne fasse pas partie du déploiement ou de la mission. Le paludisme est une maladie infectieuse importante et nous ne souhaiterions pas l'exposer à ce risque.

Mme Irene Mathysen: Cette décision entraînerait-elle des conséquences négatives pour le membre?

Bgén Hugh MacKay: La décision de ne pas prendre des médicaments antipaludiques et, par conséquent, d'être exclu de la mission, pourrait enclencher une procédure administrative de révision où l'on vérifierait si cette personne peut continuer de servir.

Mme Irene Mathysen: Cela pourrait avoir des conséquences très dommageables pour l'avancement de leur carrière?

Bgén Hugh MacKay: Oui, une procédure administrative de révision pourrait avoir des conséquences importantes.

Mme Irene Mathysen: Sur le théâtre des opérations, vous dites que si une personne souffre mentalement alors le médecin de premier recours est impliqué. Je me demandais s'il s'agit de spécialistes de la santé mentale ou d'omnipraticiens? Quel est l'ensemble de compétences qu'ils possèdent pour procéder au diagnostic? C'est une décision importante en termes d'impact sur ce membre des FC.

Bgén Hugh MacKay: Les médecins de premier recours normalement déployés sont habituellement des adjoints au médecin, des omnipraticiens ou des médecins de famille ayant suffisamment d'expérience et de connaissances leur permettant d'évaluer la condition médicale d'une personne et de prendre une décision à savoir si des contraintes à l'emploi devraient être appliquées ou s'il faut mettre fin à leur participation à la mission.

Mme Irene Mathysen: Et cela inclut l'aspect mental. Je sais qu'il y a des spécialisations en médecine et je me questionnais à propos de ce domaine de compétences en particulier.

Bgén Hugh MacKay: Il existe un large spectre de symptômes qu'un patient peut présenter et un adjoint au médecin ou un médecin de famille pourrait demander l'avis d'un autre professionnel de la santé pour l'aider, au besoin, à prendre une décision.

Le président: Merci.

Monsieur Eyolfson.

M. Doug Eyolfson: Merci.

Vous avez mentionné la possibilité d'une personne présentant potentiellement un trouble de santé mentale sur le théâtre des opérations, qu'il s'agisse d'un diagnostic de dépression ou d'un TSPT, puis la décision à savoir s'il convient qu'elle poursuive son affectation ou s'il faut l'exclure de la mission et la déployer ailleurs. Est-ce que cela aura des conséquences sur l'universalité du service?

Bgén Hugh MacKay: La décision de rapatrier une personne en raison d'une urgence médicale n'entraîne pas nécessairement une évaluation de l'universalité du service.

Ce ne sont pas les acteurs des services de santé qui examinent l'universalité du service, ce sont les ressources humaines, mais cela survient généralement après l'application de contraintes à l'emploi. Il faut habituellement une année et plus après l'apparition de la condition avant l'imposition de contraintes permanentes à l'emploi pour raisons médicales en se fondant sur le pronostic. À ce moment-là, quelqu'un pourrait commencer à rendre une décision ou le dossier pourrait faire l'objet d'une évaluation sur le plan de l'universalité du service.

•(1710)

M. Doug Eyolfson: D'accord.

Pour que le membre maintienne cette universalité, est-ce qu'il faut, à un moment quelconque, que vous jugiez qu'il peut servir à nouveau sur un théâtre d'opérations actif?

Bgén Hugh MacKay: Oui, en règle générale, le membre pourrait continuer à servir malgré une contrainte à l'emploi mineure. Au bout du compte, nous sommes à la recherche de personnes que l'on peut déployer.

M. Doug Eyolfson: D'accord, merci.

Lors de réunions précédentes au sujet de la prestation des soins de santé, nous avons parlé de la possibilité que les renseignements sur la rétroaction d'ACC soient remis au MDN dans le but de l'informer de certaines des causes affectant la santé.

Un des exemples mis de l'avant il y a quelques mois nous venait d'un médecin traitant un vétéran qui avait remarqué qu'un patient, un ancien parachutiste ayant effectué un millier de sauts, avait besoin d'arthroplasties des genoux parce qu'ils étaient foutus. Il serait peut-être possible d'informer le personnel approprié du MDN qu'il existe de tels cas. Pourriez-vous examiner de quelle façon cela se fait et vous pourriez prévenir...?

Existe-t-il une forme de rétroaction à l'intention du MDN à l'égard des problèmes de santé mentale? Existe-t-il un mécanisme qui permettrait aux médecins traitant des vétérans d'informer le MDN de facteurs qui contribuent aux problèmes de santé mentale, dans le but d'améliorer les procédés?

Col Andrew Downes: En réponse à votre intervention, je ne connais pas de mécanisme formel auquel pourrait avoir recours un médecin civil qui remarquerait quelque chose. Il n'a pas non plus de numéro 1-800 que celui-ci pourrait composer pour fournir de la rétroaction, mais nous communiquons par contre régulièrement avec les médecins d'ACC travaillant dans les limites de leur système, incluant les chercheurs qui examinent des aspects comme la santé des personnes après le service. Ils ont, par exemple, mené une étude sur la vie après le service qui comprend beaucoup de renseignements liés à la santé de personnes ayant quitté les forces.

M. Doug Eyolfson: Parfait.

Cela peut sembler prématuré, mais prévoyez-vous des mesures pour exploiter ces données en tant que, à défaut d'un meilleur terme, mécanisme d'assurance de la qualité, toujours pour informer le MDN de telles pratiques et possiblement améliorer la santé et la sécurité des personnes, et aussi prévenir les blessures et les maladies avant qu'elles n'aient lieu?

Col Andrew Downes: Je répondrais que nous écoutons toujours avec intérêt les façons de prévenir la maladie et les blessures. C'est une des chose à laquelle nous prêtons une attention particulière parce que nous reconnaissons que la prévention de maladies et de blessures favorise la santé à long terme. Le défi cependant est qu'il est difficile de prévenir certains de ces facteurs. Compte tenu de la nature du travail, il y a peu de façons de modifier, par exemple, les sauts en parachute de manière à protéger les genoux.

La même chose vaut pour d'autres types de maladies ou de blessures. Toutefois lorsqu'il est question d'un facteur d'importance sur lequel nous pouvons intervenir, c'est certain que cela nous intéresse vivement.

Le président: Merci.

M. Bob Bratina: Comment fonctionne votre Programme des sentinelles? Des bénévoles se manifestent? Il y a bien sûr les militaires professionnels, mais pas de professionnels de la santé mentale?

Comment s'effectue le recrutement, comment cela fonctionne-t-il?

Col Andrew Downes: Je ne peux pas vous expliquer le fonctionnement exact, mais je sais que les bénévoles constituent son fondement. Nous voulons des personnes intéressées par le rôle, nous ne voulons pas charger quelqu'un de la fonction. Il faut qu'elles veulent le faire. Une formation leur est offerte par la suite. Une journée complète je crois, mais je n'en suis pas sûr. Ils apprennent comment impliquer les gens, de même que les signes et symptômes à surveiller auprès des personnes qui pourraient être touchées.

M. Bob Bratina: Est-ce normalement de pair à pair en termes de grades?

Col Andrew Downes: Je ne pourrais expliquer de quelle façon la décision est prise, mais idéalement vous aimeriez avoir des membres de différents échelons au sein d'une même unité, je crois. Le grade compte pour beaucoup dans les FC. Par exemple, si un membre d'un grade inférieur abordait un officier supérieur, je ne suis pas sûr que l'effet serait aussi grand que s'il s'agissait d'un pair du même grade qui le faisait.

• (1715)

M. Bob Bratina: À la base, il s'agit de discussions de pair à pair. Savez-vous si les sentinelles présentent un bilan ou si des informations sont tirées des conversations qu'ils ont avec leurs pairs?

Col Andrew Downes: Il n'y a pas, à ma connaissance, de mécanisme formel de rétroaction. Ce programme n'a pas été conçu pour simuler des interventions cliniques. Nous ne voulons pas alourdir le processus ou faire en sorte que les gens hésitent à demander de l'aide par crainte, par exemple, que le commandant en soit informé. C'est la raison pour laquelle il n'y en a pas.

M. Bob Bratina: Probablement qu'à l'origine, il y avait souvent une personne ou un groupe à qui on pouvait se confier. Il s'agit ici d'un processus un peu plus formel. Ils bénéficient d'une certaine formation. On pourrait peut-être l'élargir un peu ou, comme je l'ai suggéré, leur demander sur quoi portent les discussions. Par ailleurs, cela pourrait briser le lien de confiance des discussions de soldat à soldat — « Tu ne raconteras pas cela à personne, n'est-ce pas? » —, ils doivent par contre avoir acquis des connaissances précieuses sur la façon dont la santé mentale se détériore à la suite d'un déploiement ou quelque chose du genre.

Col Andrew Downes: Je suppose qu'ils auraient des idées à ce sujet. Néanmoins, je crois que leur rôle consiste à faciliter l'accès aux soins. En tant que cliniciens, nous avons par la suite la possibilité de leur parler aussi et de découvrir ce qui se passe. En fait, ils sont plus

susceptibles de s'ouvrir à nous en vertu du secret professionnel. Ils savent qu'ils peuvent nous dire des choses et que nous ne pouvons pas...

M. Bob Bratina: De la façon que je vois les choses, si j'étais le sentinelle, je dirais par exemple: « Pourquoi ne consultes-tu pas quelqu'un? », si je m'adressais à un pair. Cependant, les préjugés sont tellement grands, je ne suis pas certain comment contourner le problème, notamment en termes de combat. Ils poursuivent leur chemin, et ils ne sont pas certains d'y arriver, mais comme il pourrait y avoir un impact sur leur carrière, ils se taisent et ainsi de suite.

Col Andrew Downes: La stigmatisation est un problème majeur, mais nous sommes convaincus d'avoir fait de grandes avancées pour la réduire. Je crois que les gens sont plus enclins à demander des soins. Nous savons parfaitement que plus de personnes sollicitent de l'aide, même plus que dans le secteur civil. Nous croyons aussi que la volonté des gens d'accepter d'en parler avec les pairs et leurs superviseurs est une preuve de plus que nous avons percé leur carapace un peu. Il reste beaucoup de travail à faire, mais nous commençons à faire une différence.

M. Bob Bratina: Nous connaissons tous l'histoire du général Dallaire. J'ai lu récemment qu'un général américain deux étoiles s'était enlevé la vie. Est-ce que les données indiquent quelque chose par rapport au grade?

Col Andrew Downes: Faites-vous référence aux statistiques sur le suicide?

M. Bob Bratina: Oui, mais à la santé mentale aussi et ainsi de suite.

Col Andrew Downes: En règle générale, les militaires de grade inférieur sont plus susceptibles de souffrir de maladies mentales.

M. Bob Bratina: Pouvez-vous le démontrer statistiquement?

Col Andrew Downes: Oui.

M. Bob Bratina: Merci.

Le président: Madame Wagantall.

Mme Cathay Wagantall: Merci monsieur le président.

Pour faire suite à notre précédente conversation, je veux signaler que vous aviez indiqué à ce moment-là qu'il ne fallait pas se fier à ce genre d'étude à moins qu'elle ne soit exhaustive. Je crois qu'il est important de noter que l'étude américaine a été menée par la FDA et qu'une partie importante de l'armée américaine y a participé. Les deux autres ont été réalisées par la Chambre des communes britannique et le ministère australien des Anciens combattants. Ce sont, je crois, des études très crédibles qu'il serait important pour le Canada d'examiner dans le cadre des discussions portant sur le méfloquine.

J'ai trois questions très brèves et j'apprécierais des réponses brèves aussi.

En 1999, le brigadier-général Claude Auger, médecin général et chef des Services de santé des FC au MDN, a dû répondre aux questions du Comité permanent des comptes publics. On lui a demandé ce que les FC avaient fait depuis la Somalie pour mieux contrôler la distribution de médicaments non autorisés et il avait répondu: « Nous sommes aussi en train de constituer une base de données de surveillance et de rapports sur les effets néfastes ».

Savez-vous si cette base de données existe? Est-ce que notre comité pourrait obtenir une rétroaction ou y accéder?

•(1720)

Bgén Hugh MacKay: Depuis la déclaration du général Auger, nous avons en effet créé un groupe des affaires réglementaires médicales au sein de la Direction générale des Opérations des Services de santé. En ce qui a trait aux médicaments non autorisés, nous effectuons le suivi de toute personne à qui on a fourni les médicaments non autorisés — et ce depuis la création du groupe — et s'il y a eu ou non des rapports d'événements néfastes à la suite de l'utilisation des médicaments.

Mme Cathay Wagantall: Est-ce que ça vaut pour la méfloquine aussi?

Bgén Hugh MacKay: La méfloquine ne figure pas sur la liste des médicaments non autorisés au Canada. Elle a été autorisée en 1993, je crois.

Mme Cathay Wagantall: C'était après, donc vous n'avez pas effectué une étude rétroactive des effets de la méfloquine alors qu'elle était non autorisée?

Bgén Hugh MacKay: À ma connaissance, il n'y a pas eu d'étude sur l'utilisation du médicament non autorisé.

Mme Cathay Wagantall: D'accord. Pouvez-vous me dire quels sont les choix offerts à nos soldats devant se rendre dans une zone où il faut prendre un médicament antipaludéen? Quelles sont leurs options en ce qui concerne les drogues qui sont offertes?

Bgén Hugh MacKay: Dans les zones résistant à la chloroquine, on offrait habituellement trois médicaments. Le premier étant le Malarone, le deuxième le doxycycline et enfin, le méfloquine.

Mme Cathay Wagantall: Pouvez-vous me dire ou nous renseigner sur le coût par soldat pour chaque médicament?

Bgén Hugh MacKay: Nous pouvons le faire. Le Malarone est le médicament le plus utilisé à ce moment-ci et je crois que c'est le plus coûteux. Quant au doxycycline, je suis désolé, je vais devoir vous fournir les renseignements plus tard.

Mme Cathay Wagantall: Ce serait excellent. Merci. C'est apprécié.

C'est tout pour moi.

Le président: Vous avez une minute et 40 secondes

M. John Brassard: Merci monsieur le président.

Monsieur Downes, vous avez parlé des problèmes de santé mentale dans les rangs inférieurs. Bien souvent, dans les forces armées, la solde et les avantages sociaux sont liés au grade, il est donc possible que ceux qui occupent des postes aux échelons supérieurs ne porteront pas à l'avant-scène leurs problèmes de santé mentale, car cela pourrait avoir une incidence sur leur solde et leurs avantages ou, plus important encore, la possibilité d'accéder à un échelon supérieur. Est-ce que vous suggérez que ce ne sont que les échelons inférieurs où se manifestent les problèmes de santé mentale? Beaucoup de ces dirigeants, dans des postes de commandement, ont été déployés à un moment ou l'autre, peut-être en Afghanistan, et ils dissimulent possiblement ou n'avouent tout simplement pas de problèmes de santé mentale par crainte de nuire aux possibilités d'une promotion.

J'aimerais vous entendre là-dessus, car c'est quelque chose que j'ai relevé quand vous en avez parlé un peu plus tôt.

Col Andrew Downes: Je crois que vous avez relevé plusieurs aspects importants, notamment le fait que les problèmes d'ordre mental sont plus répandus chez les gens dont le statut socio-économique est inférieur et le niveau de scolarité moins élevé. C'est

ce qu'on observe souvent chez les membres plus jeunes des FC. Plusieurs sont encore aux études. Leurs revenus sont modestes.

Une fois promus, les gens poursuivent leurs études et ils sont mieux informés. Ils ont accès à plus d'outils pour composer avec le stress et la tension de l'emploi aussi.

Nous avons des membres de tous les grades dans les FC, des simples soldats aux généraux, qui demandent des soins dans nos cliniques. Et chacun d'entre eux prend une décision personnelle en s'avancant, assurément, et nous les encourageons à le faire, car nous savons que la meilleure façon de faire avancer leur carrière est de demander rapidement des soins, puisque les chances de guérison sont meilleures s'ils se manifestent tôt.

Un autre élément intéressant est le fait qu'il y a un règlement en vigueur qui stipule que les membres doivent être médicalement aptes pour être promus, c'est donc une barrière aux soins. Les personnes qui se croient près d'obtenir une promotion pourraient décider d'attendre un peu. Cette politique en particulier fait également l'objet d'un examen.

Le président: Merci.

Madame Lockhart.

Mme Alaina Lockhart: Merci.

L'un des sujets dont nous n'avons pas discuté est la dépendance, et nous savons que c'est souvent un facteur de risque de suicide. Quels services offrons-nous pour la toxicomanie?

Bgén Hugh MacKay: La dépendance ou les troubles liés à l'utilisation de substances me préoccupent, absolument. Ce que nous constatons c'est que les troubles de santé mentale combinés aux troubles liés à l'utilisation de substances compliquent de beaucoup le traitement des patients. Nous offrons des programmes de traitement internes. Des conseillers en toxicomanie sont disponibles et tous nos intervenants en matière de santé mentale peuvent offrir des soins aux toxicomanes. Par contre, lorsque nous devons faire face à des cas très complexes et parfois des maladies concomitantes de santé mentale, nous aiguillons les patients vers des installations de traitement médical externes.

•(1725)

Mme Alaina Lockhart: Croyez-vous que de les aiguiller vers des services civils externes est pratique ou est-ce la pénurie de ressources qui vous guide?

Bgén Hugh MacKay: Je crois que lorsque nous dirigeons les patients vers des installations civiles, c'est parce qu'il y a un besoin pour ce type de soin lié à l'usage abusif de substances toxiques. Ce sont des ressources précieuses dont nous nous prévalons pour offrir les soins appropriés à nos militaires.

Mme Alaina Lockhart: Je trouve ça curieux de diriger les gens vers des services civils externes alors que nous faisons grand cas de la valeur de la camaraderie dans le contexte du traitement. Je répète, est-ce la solution idéale d'aiguiller les gens vers les services externes? Est-ce qu'il faut tendre vers les services internes? Est-ce que ces services étaient offerts dans le passé et ils ne le sont plus?

Bgén Hugh MacKay: Nous offrions de tels services à l'interne par le passé, mais je crois qu'ils ont été abolis dans les années 1990. Il est important de se rappeler que les gens nous reviennent après s'être absentes pour un certain temps afin d'obtenir des soins intensifs en tant que patients hospitalisés. Nous passons à une autre étape du traitement lorsqu'ils reviennent à la maison et qu'ils font appel à nos intervenants en santé mentale. Ils ont l'occasion de retrouver la camaraderie en question, mais aussi de régler certains problèmes ayant pu survenir à la maison en raison du recours aux substances. Je crois que nous offrons une bonne variété de services pour satisfaire les besoins des militaires.

Mme Alaina Lockhart: J'apprécie qu'il y ait des histoires de réussite au retour des patients. Je me préoccupe davantage de ceux qui, je pèse mes mots, sont laissés pour compte ou ne réussissent pas. Nous cherchons des moyens d'améliorer cette situation et de réduire le taux de suicide. Est-ce que l'un de vous peut nous faire part de mesures que l'on pourrait prendre pour améliorer les choses afin d'étendre le filet?

Col Andrew Downes: Plus particulièrement, en ce qui concerne l'accoutumance, nous avons constitué un groupe de travail qui examinera les troubles de toxicomanie, ainsi qu'un procédé de traitement de la dépendance pour les FC. Nous avons récemment embauché un spécialiste en toxicomanie pour nous conseiller sur ces

questions. Nous souhaitons personnaliser les soins afin qu'ils correspondent aux besoins des personnes en fonction des services que nous offrons. Nous aurons toujours recours aux soins intensifs pour patients hospitalisés dans ces centres privés, mais nous aimerions offrir aussi des soins intensifs en clinique externe, plus près des endroits où les gens vivent.

Des facteurs sont à considérer, incluant l'endroit où les gens vivent. Est-il raisonnable d'avoir notre propre programme de soins en clinique externe près d'une petite base où le nombre de clients ne le justifierait pas? Peut-être près d'une base importante... Nous examinons différentes options, mais je vous donne l'assurance que nous étudions activement cette possibilité.

Mme Alaina Lockhart: Merci beaucoup.

Le président: Cela conclut notre rencontre d'aujourd'hui.

Au nom des membres du comité, j'aimerais vous remercier tous les deux pour ce que vous avez fait pour notre pays et nos militaires.

Je tiens également à vous rappeler que s'il y a des renseignements que les membres du comité ont demandé ou quelque chose que vous aimeriez ajouter, vous pouvez les envoyer par courriel au greffier qui nous les distribuera.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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