



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent des anciens combattants

ACVA • NUMÉRO 047 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le lundi 20 mars 2017

Président

M. Neil Ellis

Comité permanent des anciens combattants

Le lundi 20 mars 2017

• (1530)

[Traduction]

Le président (M. Neil Ellis (Baie de Quinte, Lib.)): Bonjour à tous. La séance est ouverte.

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

Pour la première partie, nous accueillons la Dre Elizabeth Rolland-Harris, épidémiologiste principale, Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, du ministère de la Défense nationale, ainsi que la Dre Alexandra Heber, chef de la psychiatrie, Division des professionnels de la santé.

Nous allons commencer par vos déclarations de 10 minutes avant de passer aux questions.

La parole est à vous. Merci.

Mme Elizabeth Rolland-Harris (épidémiologiste principale, Direction – Protection de la santé de la Force, Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, ministère de la Défense nationale): Monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du Comité des anciens combattants de la Chambre, je vous remercie de me donner l'occasion de discuter avec vous aujourd'hui. Depuis dix ans, je suis épidémiologiste principale pour la Direction de la protection de la santé de la Force, plus communément appelée la DPSF, laquelle fait partie du Groupe des Services de santé des Forces. Je suis titulaire d'une maîtrise ès sciences en épidémiologie de l'Université de Toronto ainsi que d'un doctorat en épidémiologie de l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, au Royaume-Uni. Avant de me joindre à la DPSF, j'ai travaillé à titre d'épidémiologiste aux échelons provincial et régional ainsi que dans le secteur universitaire.

En tant qu'épidémiologiste, mon premier rôle, — en réalité —, c'est de répondre aux besoins des décideurs des services de santé des FC et de l'ensemble des Forces armées canadiennes — aussi appelées les FAC, et je suis certaine que vous le savez déjà — en matière de statistiques et de données. Les cliniciens et les décideurs qui élaborent les politiques, mettent en oeuvre la pratique clinique ou travaillent dans le but de garder les FAC en santé ont vraiment besoin de savoir qui est leur population et quels sont ses besoins, et c'est là que j'interviens. Je suis en coulisse, à fournir aux « faiseurs » les renseignements statistiques dont ils ont besoin pour agir en se fondant sur des données probantes. Je le fais dans le cadre d'une grande direction, celle de la protection de la santé de la Force.

La DPSF fonctionne de la même manière qu'une autorité provinciale de santé publique, mais elle ne sert que les FAC. Les principaux piliers de la santé publique sont la surveillance et l'évaluation de la santé de la population, la protection de la santé, la promotion de la santé et la prévention de la maladie.

En ce qui concerne la surveillance de la santé publique, une partie importante de ce que nous faisons consiste à suivre la santé des membres des FAC, principalement au moyen de sondages comme celui du Système d'information sur la santé et les habitudes de vie et grâce à d'autres fonctions de surveillance de la santé. Ces fonctions peuvent avoir une portée plus large, comme c'est le cas du Système de surveillance des maladies et les blessures dans les FC, qui surveille les cas de maladie et de blessures durant les déploiements, en particulier, ainsi que du système de suivi nommé évaluations de la santé et signalement des résultats de santé des Forces canadiennes, qu'il est possible d'adapter afin d'observer un certain nombre d'états et de problèmes de santé. Ces systèmes peuvent également être un peu plus précis, comme c'est le cas de la base de données sur la mortalité ou du système de surveillance du suicide, lequel est la source d'information à partir de laquelle est produit le rapport annuel sur le suicide dans les FAC. Les décideurs et les responsables des politiques utilisent ensuite les tendances et les modèles que nous dégageons dans le cadre de notre travail à l'aide de ces diverses sources de renseignements pour élaborer et mettre en oeuvre des politiques et des programmes fondés sur des données probantes et relatifs à la santé à l'échelle des FAC.

Comme je l'ai mentionné, le « Rapport de 2016 sur la mortalité par suicide dans les Forces armées canadiennes » est un de nos rapports que vous connaissez fort probablement; il porte sur les cas de suicide entre 1995 et 2015. Je l'appellerai à partir de maintenant le rapport de 2016 sur le suicide.

Au sein des FAC, nous — les civils et les militaires — considérons tous les suicides comme des tragédies. Le suicide est fermement reconnu comme un problème de santé publique important. Ainsi, ce rapport est produit depuis 1995, et des versions annuelles sont publiées depuis 2008 afin que l'on apprenne à mieux connaître le phénomène du suicide dans les FAC. La surveillance et l'analyse des événements de suicide de membres des FAC fournissent des renseignements précieux qui orientent et perfectionnent les efforts déployés de façon continue afin de prévenir le suicide.

• (1535)

[Français]

Bien que nous recueillions et suivions les données sur tous les suicides, qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes, de membres de la Force régulière ou de la Force de réserve, les rapports annuels ne portent que sur les militaires de sexe masculin membres de la Force régulière. C'est ainsi parce que le nombre de suicides de femmes et de réservistes est trop modeste pour que nous puissions divulguer des détails sur ces cas sans risquer d'identifier des personnes et de compromettre leur droit à la confidentialité. Par conséquent, même si l'expérience de ces gens est versée dans les preuves qui servent à orienter les politiques en matière de santé mentale et les efforts de prévention du suicide au sein des Forces armées canadiennes, les renseignements qui les concernent ne figurent pas dans les rapports annuels.

Tous les suicides sont confirmés par le coroner de la province dans laquelle ils ont eu lieu. Ce renseignement est fourni à la Direction de la santé mentale, qui en assure le suivi et le recoupe avec les renseignements recueillis par le Centre de soutien pour les enquêtes administratives, qui fait partie de la Direction des enquêtes et examens spéciaux.

Chaque fois qu'un décès est jugé constituer un suicide, le médecin-chef adjoint ordonne la production d'un rapport d'examen technique du suicide par des professionnels de la santé, ou ETSPS; en anglais, c'est MPTSR. Cette enquête est menée par une équipe formée d'un professionnel de la santé mentale et d'un médecin militaire généraliste. Ensemble, ils examinent tous les dossiers de santé pertinents et réalisent des entrevues avec le personnel médical, les membres de l'unité, les membres de la famille et d'autres personnes pouvant avoir des connaissances sur les circonstances du suicide en question. Pris de concert, ces renseignements servent à la formulation des constatations que l'on trouve dans le rapport annuel sur le suicide.

Le visage du suicide dans les Forces armées canadiennes a changé au fil du temps. Bien que les taux puissent varier quelque peu d'une année à l'autre, une image claire et constante a fini par émerger au cours de la dernière décennie. Les militaires rattachés à l'Armée canadienne, plus précisément ceux qui appartiennent aux groupes professionnels des armées de combat, courent un risque plus marqué de suicide que les membres de la Marine royale canadienne ou de l'Aviation royale canadienne.

Certaines preuves commencent à se faire jour quant au rôle possiblement joué par les déploiements. Nous devons néanmoins user de prudence en ce qui a trait à cette vaste désignation, car elle peut englober plusieurs types de déploiement, par exemple les déploiements humanitaires, de maintien de la paix ou de combat actif, et plusieurs expériences différentes, tant bénéfiques que nuisibles. Il faudra procéder à davantage de recherche et d'analyse avant de déterminer si, en soi, le déploiement est, de quelque manière que se soit, vraiment lié au risque de suicide.

[Traduction]

Nous commençons à acquérir une bien meilleure compréhension, grâce au travail effectué par mes collègues de la Direction de la santé mentale et au sein de la DPSF, au sujet des facteurs de risque qui sous-tendent le suicide. Par exemple, plus de 70 % des hommes de la Force régulière qui se sont enlevé la vie en 2015 avaient des preuves documentées de rupture conjugale ou de détresse avant leur décès. L'endettement, la maladie de membres de la famille et d'amis et la toxicomanie ont été désignés comme des facteurs de risque.

On les observe aussi souvent au sein de la population en général. La plupart de ces hommes avaient plus d'un facteur de risque non lié à la santé mentale au moment de leur décès. Même si cette situation est troublante, elle correspond à celle qui est observée par d'autres forces militaires, et je pense qu'elle fait ressortir la direction dans laquelle nos efforts de recherche et de surveillance devraient être de plus en plus concentrés dans l'avenir.

Dans cette optique, le MDN — en tant que ministère faisant partie de l'Agence de la santé publique du Canada — a dirigé un groupe de travail interministériel sur les données de surveillance relatives au suicide, qui fait partie des résultats attendus du Cadre fédéral de prévention du suicide. L'appartenance à ce groupe de travail constitue une excellente fenêtre pour observer le travail que font les autres organismes fédéraux en matière de surveillance et de prévention du suicide et pour échanger des renseignements sur la façon de rendre nos approches de collaboration plus efficaces et cohérentes.

Nous entretenons également une relation de longue date avec Anciens Combattants Canada. Nous collaborons avec ce ministère depuis des années dans le cadre de l'Étude sur la mortalité et l'incidence du cancer au sein des FC, qui porte sur le risque de suicide au cours de la vie d'une personne, durant et après le service. Nous collaborons actuellement avec ce ministère et Statistique Canada relativement à une deuxième édition de l'étude. Nous prévoyons nous pencher sur le cancer et sur les causes de décès — y compris le suicide — chez les membres du personnel actifs et libérés de la Force régulière et du service en classe C de la Réserve qui se sont enrôlés dans les FAC entre 1976 et 2015.

Nous siégeons également au comité directeur de l'Étude sur la mortalité par suicide chez les anciens combattants, qui étudiera les risques de suicide chez tous les anciens combattants de la Force régulière et les anciens réservistes en service de classe C libérés des Forces armées canadiennes, aussi entre 1972 et 2015.

En résumé, la surveillance est un élément important et fait partie intégrante de la compréhension des facteurs de risque et des tendances associés au suicide chez les membres du personnel actifs et libérés. La collaboration entre les ministères et les chercheurs se poursuit, comme en témoigne la deuxième édition de l'Étude du cancer et de la mortalité chez les membres des FC et d'autres initiatives de recherche, et elle s'avérera extrêmement utile pour ce qui est de comprendre ce problème complexe.

Merci.

• (1540)

Le président: Merci.

Nous allons commencer par des questions de six minutes, avec M. Kitchen.

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

Je remercie les deux médecins de leur présence. Je l'apprécie. J'espère que vous allez nous aider à faire la lumière sur certains des problèmes liés à l'épidémiologie et sur les études au sujet desquelles nous n'en savons peut-être pas beaucoup.

Je me demande ce que vous pensez des paramètres auxquels vous avez accès. Là où je veux en venir, c'est que le *Globe and Mail* a récemment déclaré que 70 suicides avaient eu lieu au cours des cinq dernières années — je crois que c'est ce qui a été dit —, et que les rédacteurs attribuaient essentiellement ces suicides au retour de nos soldats de l'Afghanistan.

Je ne sais pas si vous avez vu ou lu cet article. Comment voyez-vous cette situation se jouer dans le rapport dont nous discutons aujourd'hui?

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Pour l'instant, au moyen du rapport annuel sur le suicide, il est très difficile de considérer le déploiement comme une variable. Lorsque nous avons affaire à de l'épidémiologie ou à des statistiques, il y a une notion appelée le « pouvoir ». Essentiellement, il faut disposer d'un certain nombre de personnes pour pouvoir analyser l'information. Même si nous recueillons de l'information sur le suicide depuis maintenant plus de 20 ans — et, disons-le clairement: un seul suicide en est un de trop —, d'un point de vue statistique, nous en avons très peu, alors nous ne pouvons pas analyser cette information. Pour que je puisse répondre en disant si l'Afghanistan est un facteur ou non... d'un point de vue purement mécanique, c'est quelque chose que je ne peux pas faire pour l'instant.

Toutefois, si je puis donner des détails, dans le cadre de la deuxième édition de l'Étude sur la mortalité et l'incidence du cancer au sein des FC, nous disposons d'une cohorte de près de 250 000 personnes. Manifestement, elles n'étaient pas toutes en service durant les années de l'Afghanistan; certaines l'ont été avant cette période. Néanmoins, nous pouvons maintenant examiner essentiellement toutes les personnes qui sont allées en Afghanistan et qui se sont enrôlées après 1975.

Nous espérons être en mesure de commencer à étudier des déploiements précis, au lieu de simplement étudier le déploiement en tant que variable dichotomique correspondant à un oui ou à un non.

M. Robert Kitchen: Vous avez un peu abordé certains des paramètres que vous utilisez. Pouvez-vous nous donner des détails sur l'ensemble des paramètres que vous examinez? Par exemple, examinez-vous des éléments comme la perte d'identité et le fait qu'il s'agit d'un problème ou non dans vos recherches?

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Vous devez vous rappeler que je ne suis qu'une pièce du casse-tête. Je suis là pour aider à analyser les renseignements. Ces renseignements ne nous sont pas fournis. Vous devriez vous adresser à quelqu'un qui participe à l'ETSPS afin de vous faire une meilleure idée du fait qu'il s'agit de quelque chose qu'on examine ou pas.

M. Robert Kitchen: Si vous n'obtenez pas les bonnes données, vous ne pouvez pas rendre compte de...

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Je ne dirais pas que ce sont des données inexactes. C'est...

M. Robert Kitchen: Disons, des données étendues. Il est difficile pour vous de procéder à une analyse si vous ne disposez pas des données nécessaires.

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Il y a deux facteurs. Je ne fais que formuler une hypothèse, mais il se pourrait que les données soient si rares que nous ne puissions pas les examiner, et il se pourrait qu'elles n'existent pas. Je ne pourrais pas dire.

M. Robert Kitchen: Participez-vous d'une manière ou d'une autre à...?

Désolé, allez-y.

Dre Alexandra Heber (chef de la psychiatrie, Division des Professionnels de la santé, ministère des Anciens Combattants): Puis-je ajouter quelque chose à cela, du point de vue d'Anciens Combattants?

Tout d'abord, je veux me présenter. Même si je ne fais pas de déclaration, je pense que vous devriez avoir une petite idée de mes

antécédents. Je travaille dans le domaine de la santé mentale depuis plus de 30 ans. En 2003, j'ai commencé à travailler pour l'armée canadienne, à Ottawa, en tant que psychiatre, et, trois ans plus tard, j'ai revêtu l'uniforme. Alors, j'ai servi, y compris en Afghanistan. J'ai été libérée en 2015, et j'ai commencé à occuper le poste de chef de la psychiatrie d'Anciens Combattants en septembre 2016.

Même si je ne suis pas là pour représenter les Forces canadiennes, je possède certaines compétences à ce sujet. Concernant votre question au sujet de l'identité, je vous dirai que c'est une chose à quoi nous nous intéressons beaucoup, à Anciens Combattants. Nous examinons la période de transition de la personne du statut de militaire à celui d'ancien combattant et ce qui arrive aux gens durant cette période. Nous voulons connaître leurs vulnérabilités et savoir ce que nous pouvons faire pour eux, en tant qu'organisation. Il est beaucoup question de combler les lacunes, surtout pour nos populations vulnérables, les gens qui, nous le savons, ont reçu des diagnostics en santé mentale ou qui ont des problèmes physiques nuisant à leur qualité de vie. Ce sont les gens que nous voulons aider — nous le savons — tout au long de cette période de transition.

• (1545)

M. Robert Kitchen: Rencontrez-vous des problèmes liés à la protection des renseignements personnels dans le cadre de la collecte de vos données? Je parle des deux points de vue.

Dre Alexandra Heber: C'est différent. Nos problèmes sont différents.

Mme Elizabeth Rolland-Harris: C'est différent. Pour être honnête, je suis au bout de la chaîne. Je reçois les données une fois que les gens du CSEA s'en sont occupées, les personnes qui s'occupent des décès au sein des Forces armées canadiennes.

Ce sont ces personnes qui fournissent les données à la Direction de la santé mentale. Elles sont comparées et confirmées par la Direction de la santé mentale, puis elles nous sont transmises parce que nous possédons l'expertise en matière d'analyse.

Alors, pour autant que je sache, la réponse à votre question est non.

M. Robert Kitchen: Est-ce qu'AAC a de la difficulté à obtenir ces renseignements?

Dre Alexandra Heber: Notre système est très différent de celui des Forces canadiennes, c'est-à-dire que notre système de soins de santé est holistique. Tous les militaires sont pris en charge par le système de soins de santé des Forces canadiennes. Cette prise en charge n'a pas lieu une fois que la personne part. Une fois qu'elle a pris sa retraite, ses besoins en santé sont pris en charge par les autorités sanitaires provinciales. Si un ancien combattant se présente ou a été désigné d'une manière ou d'une autre comme une personne ayant un problème de santé qui est lié au service et à l'égard duquel il a besoin d'aide, nous fournissons toutes sortes de services. Par exemple, nous appuyons financièrement et de bien d'autres manières, ces soins de santé. Toutefois, nous ne sommes pas dotés d'un système de soins de santé de la même manière que les Forces armées canadiennes.

Vous posez une bonne question. Si quelque chose arrive à un ancien combattant... Par exemple, si un ancien combattant se suicide et que nous voudrions obtenir des renseignements, les renseignements sur les soins de santé sont contenus dans le système de soins de santé provincial. Nous n'avons pas accès à ces renseignements. Nous avons accès à certains d'entre eux, car ces personnes ont habituellement un gestionnaire de cas dans notre système, mais les gestionnaires de cas sont là pour coordonner tous les services différents qu'ils reçoivent. Ce ne sont pas des fournisseurs de soins de santé.

Le président: Merci.

Madame Lockhart.

Mme Alaina Lockhart (Fundy Royal, Lib.): Merci, monsieur le président.

Madame Rolland-Harris, je vous remercie de votre témoignage.

Vous avez mentionné que certaines des tendances que vous observez font ressortir la direction dans laquelle les efforts de recherche de surveillance devraient de plus en plus être concentrés, dans l'avenir.

Pouvez-vous nous donner un peu de détails à ce sujet?

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Essentiellement, si vous avez suivi la transition ou la progression des rapports annuels depuis 2008, deux tendances principales se sont dégagées.

La première, c'est que le taux de suicide au sein des Forces armées canadiennes en général — je veux dire par là tous les types d'uniforme — n'est pas statistiquement plus élevé. Le taux de suicide dans l'ensemble des Forces armées canadiennes n'est pas plus élevé qu'au sein de la population canadienne en général. Voilà la première tendance.

La deuxième tendance, que nous observons depuis environ 2008 — peut-être un peu avant —, c'est que les membres de l'élément armée des Forces armées canadiennes présentent un risque significativement plus élevé de s'enlever la vie par rapport à la population canadienne et aux autres couleurs d'uniforme.

• (1550)

Mme Alaina Lockhart: Êtes-vous en train de dire que, même si le nombre équivaut à celui de la population en général, il est compensé entre la Marine, la force aérienne et l'armée?

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Oui, un équilibre s'établit. Nous sommes très transparents à l'égard du fait que nous étudions chaque couleur d'uniforme séparément. Nous ne tentons pas d'occulter ce qui se passe en nous contentant d'étudier une tendance générale. Le fait que des choses différentes se produisent dans les diverses branches des Forces armées canadiennes, c'est quelque chose que les dirigeants prennent très au sérieux.

Pour revenir à la question que vous posiez, essentiellement, ces deux tendances prévalent depuis un certain temps. Oui, évidemment, les taux changent un peu d'année en année, mais le discours est le même. Pour l'avenir — et c'est ce que nous faisons au sein de la DPSF et de la DSM —, nous continuons à surveiller ces tendances.

Ne vous méprenez pas; nous n'allons pas arrêter. Au lieu de dépenser beaucoup d'énergie et de toujours nous concentrer seulement sur la situation après coup, nous essayons également d'utiliser quelques-unes de ces ressources pour découvrir quels sont certains des facteurs de risque préalables, de sorte que les personnes qui établissent les programmes, celles qui rédigent les politiques, puissent cibler les choses qui comptent. Peut-être que, plus tard,

grâce à ce travail, nous verrons ces tendances diminuer. Voilà ce que je pense.

Mme Alaina Lockhart: Très bien. Merci.

Docteur Heber, avez-vous observé des différences dans la façon dont les programmes requis ont changé au fil du temps? Nous avons franchi de nombreuses étapes différentes en ce qui concerne notre armée, au fil des ans. En quoi la situation est-elle différente, et quels sont les besoins actuels, en comparaison?

Dre Alexandra Heber: C'est une très bonne question. Merci de la poser.

Encore une fois, je suis psychiatre. Je travaille dans le monde de la santé mentale. Certes, de mon point de vue, depuis le moment où j'ai commencé à travailler pour les Forces armées canadiennes, le grand changement a été notre participation à la guerre en Afghanistan. Les personnes qui sont revenues de ces déploiements présentaient des troubles liés à un traumatisme et d'autres troubles de santé mentale. Les personnes déployées ne souffrent pas toutes nécessairement d'un TSPT; elles peuvent aussi présenter d'autres problèmes de santé mentale, parfois plusieurs à la fois.

À mesure que ces militaires ont été libérés de l'armée, au fil du temps, Anciens Combattants Canada a observé une augmentation semblable des jeunes anciens combattant qui entraient dans son système, souffraient de problèmes de santé mentale et avaient besoin de soins. Selon mes souvenirs de l'époque où j'étais encore dans l'armée, Anciens Combattants Canada a été très prévoyant. Durant la première moitié des années 2000, le ministère a commencé à établir ce qu'on appelle des cliniques de traitement des blessures de stress opérationnel dans l'ensemble du pays. Nous en avons maintenant 11 réparties dans tout le Canada. En outre, nous sommes maintenant dotés de cliniques satellites découlant de ces cliniques. Il s'agit d'endroits où nous affectons des équipes multidisciplinaires spécialement qualifiées et possédant beaucoup d'expérience liée au traitement des troubles de stress post-traumatique et des blessures de stress opérationnel.

Les gens reconnaissent qu'il se passait quelque chose. Grâce à notre très bonne relation avec nos collègues des FC, nous avons été en mesure de voir ce qui arrivait et d'observer la croissance du nombre de militaires atteints de TSPT au retour de leur déploiement. Nous avons été en mesure d'affirmer qu'il valait mieux que nous organisions la prestation de certains services, car ces hommes et ces femmes allaient entrer dans notre système.

Mme Alaina Lockhart: D'accord. Merci.

Me reste-t-il encore quelques secondes?

Le président: Il en reste soixante.

Mme Alaina Lockhart: D'accord.

Je veux revenir aux statistiques.

Avons-nous effectué des recherches afin de voir combien des personnes qui se sont suicidées avaient reçu des soins en santé mentale? L'affaire tient-elle au fait qu'ils n'ont pas reçu de soins, ou bien avons-nous encore de la difficulté à déterminer comment les traiter?

Je ne sais pas qui va répondre.

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Le rapport d'ETSPS — d'examen technique des suicides par des professionnels de la santé — qui est une enquête sur tous les cas de suicide — hommes, femmes, Forces régulières ou Réserve — tient compte de l'accès aux soins. Les taux d'accès aux soins sont très élevés, alors ce fait ouvre toute une boîte de Pandore relativement aux mécanismes sous-jacents d'accès aux soins, lesquels — selon moi — sont multiples, et la conversation pourrait être très longue.

• (1555)

Le président: Merci.

Madame Mathysen.

Mme Irene Mathysen (London—Fanshawe, NPD): Merci, monsieur le président.

Et merci beaucoup de cette information. La situation semble très complexe, et on dirait que ce casse-tête compte clairement un grand nombre de morceaux, alors veuillez m'excuser si j'essaie de démêler tout cela.

Concernant les gens qui entrent dans les FAC, je me demande si un dépistage préalable est possible en ce qui a trait à leur santé émotionnelle, car il me semble que tout est interrelié.

Madame Rolland-Harris, vous avez affirmé que, dans 70 % des cas, il y avait des preuves documentées de rupture conjugale, de détresse, d'endettement, de maladie de membres de la famille ou d'amis, de toxicomanie, ce qui semblerait indiquer une susceptibilité au suicide plutôt que l'inverse. Affirmez-vous, dans ce cas — si vous le pouvez —, que telle personne pourrait être prédisposée, pourrait avoir des antécédents qui font en sorte qu'il vaudrait mieux que nous fassions très attention en surveillant et en observant les possibilités de suicide?

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Je ne connais pas les particularités du processus de recrutement. Toutefois, je sais que le groupe d'expert de 2009 a déclaré expressément qu'il ne souhaitait pas envisager le dépistage des gens pour des motifs liés à la santé mentale.

Mme Irene Mathysen: Est-ce une question d'être juste et de ne pas avoir de préjugés envers une personne, ou bien...

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Honnêtement, je ne connais pas les motivations. Il faudrait que vous parliez aux personnes qui...

Dre Alexandra Heber: On procède à un dépistage aux fins du recrutement, car les gens subissent un examen médical, et une partie de cet examen est une anamnèse où les gens se font poser des questions au sujet de leurs antécédents médicaux, y compris leurs antécédents de santé mentale. Oui, ce dépistage a lieu.

Dans ce contexte, la décision de dépister ou non une personne est souvent prise au cas par cas. Elle dépendrait du genre d'anamnèse dont il s'agissait, exactement.

Mme Irene Mathysen: Oui, je peux comprendre que vous ne voudriez pas qu'un préjugé tienne une personne à l'écart; pourtant, s'il y a une vulnérabilité, il est effrayant de permettre à un être humain de mettre les pieds dans ce borbier qui pourrait mener à son décès.

Je comprends les motifs d'ordre statistique et le besoin de protéger les renseignements personnels en ce qui a trait à l'analyse des cas de suicide d'hommes par rapport aux femmes, mais, dans cette optique, vous pourriez peut-être formuler des hypothèses ou nous donner une certaine idée des tendances au chapitre des suicides commis par des femmes... nous dire si elles sont comparables ou non aux tendances chez les hommes?

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Je ne peux pas formuler de commentaires à ce sujet. Les chiffres sont statistiquement très petits...

Mme Irene Mathysen: Trop petits, trop limités...?

Mme Elizabeth Rolland-Harris: ... ce qui est une bonne nouvelle, je suppose, en soi.

Mme Irene Mathysen: Oui, mais vous allez peut-être pouvoir cerner certaines des tendances dans l'avenir, ou est-ce impossible?

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Il est peu probable que nous soyons en mesure de le faire au moyen du rapport annuel sur le suicide. Toutefois, grâce à l'Étude sur la mortalité et l'incidence du cancer au sein des FC, la cohorte est bien plus grande et comprend quiconque a déjà porté un uniforme depuis 1976, essentiellement. Ainsi, la population est bien plus grande, et nous n'arrêtons pas d'observer ces personnes une fois qu'elles sont libérées; nous continuons à les surveiller, alors la cohorte est bien plus grande. Il est possible que nous puissions nous faire une meilleure idée de la situation du suicide chez les femmes dans le cadre de cette vaste étude.

Mme Irene Mathysen: D'accord. Merci.

Docteure Heber, vous avez évoqué le fait qu'un membre des Forces armées canadiennes reçoit des services de santé holistiques, et je me suis rendu compte que, parfois, quand les gens partent, ils ne demandent peut-être pas d'aide médicale ou pourraient ne pas être en mesure de trouver un médecin dans le système public. Je me demande s'il y a eu des conclusions selon lesquelles l'incapacité d'accéder à des soins de santé pourrait avoir motivé en partie le suicide, ou bien avez-vous des réflexions à formuler à ce sujet?

Dre Alexandra Heber: Lorsque nous regardons la population d'anciens combattants, cela devient compliqué, car, des 700 000 anciens combattants du Canada — et je suis certaine que vous le savez —, 120 000 sont des clients d'Anciens Combattants Canada.

Lorsqu'il est question d'anciens combattants, bien d'autres gens ont pris leur retraite, et nous ne savons rien d'eux. S'ils ne se sont pas présentés pour demander des services, nous ne connaissons pas leur situation. Voilà le premier problème.

Comme nous ne fournissons pas les soins de santé directement, nous avons toujours beaucoup de difficulté à obtenir l'accès à l'information, quoique, si une personne quitte les forces, un gestionnaire de cas lui est attribué. Ce gestionnaire de cas découvrira ce qui se passe du point de vue des soins que reçoit l'ancien combattant en question, car il va l'aider à organiser la prestation d'autres soins.

Nous ne disposons pas de renseignements parfaits sur tout le monde, alors il est beaucoup plus difficile pour nous de faire cela.

• (1600)

Mme Irene Mathysen: Je peux voir qu'il y a là de nombreux défis. Cela pourrait sembler simpliste, mais, en ce qui a trait à la distinction entre les BSO des anciens combattants de l'armée et celles des anciens combattants de la Marine et de la force aérienne, ne pourrait-elle pas être liée au fait que, quand on est déployé au sol, les réalités de la violence et les répercussions de cette hostilité sont plus grandes parce qu'on est sur le terrain, au lieu d'être à bord d'un navire ou dans les airs? Les autres font tout de même partie du déploiement, mais pas sur le terrain.

Le président: Je suis désolé, mais notre temps est écoulé.

Nous allons passer à M. Bratina.

Dre Alexandra Heber: Zut. Nous n'avons pas l'occasion de répondre à votre question.

M. Bob Bratina (Hamilton-Est—Stoney Creek, Lib.): Merci.

Docteure Heber, vous avez une expérience formidable, qui est idéale compte tenu du travail que vous faites. Pourriez-vous préciser ce que vous faites durant la journée? Vous arrive-t-il encore d'interroger des patients? Dites-moi comment vous jouez votre rôle très important.

Dre Alexandra Heber: Merci. Il s'agit pas mal d'un poste consultatif. Je travaille avec le médecin-chef. Elle est responsable de la Division des professionnels de la santé d'Anciens Combattants Canada. Notre Direction de la santé mentale se trouve également à l'intérieur de cette division. Un peu comme les Forces canadiennes, nous avons établi une direction de la santé mentale. Une grande part de cette initiative est très nouvelle et a eu lieu au cours des deux ou trois dernières années. Certaines des personnes qui travaillent dans cette direction font partie des prochains témoins que vous allez interroger.

Je fournis des conseils, des consignes et des directives, d'une manière clinique, à cette direction, au directeur, à la médecin-chef et à toute autre personne qui a besoin de mes conseils ou de mon expertise, comme le SMA, le sous-ministre, et ainsi de suite. Je suis polyvalente, en quelque sorte.

M. Bob Bratina: S'agit-il d'un travail en cours? Sommes-nous dans une ère nouvelle en ce qui a trait à la façon dont nous abordons les problèmes qui sont apparus récemment?

Dre Alexandra Heber: Je suis certaine qu'une partie de l'initiative a été établie en réaction à ces problèmes. Il y a plusieurs années, Anciens Combattants Canada, qui avait régressé par rapport à l'époque de la Deuxième Guerre mondiale, quand nous avions un système de soins de santé solide, a fait l'objet d'un examen. Au fil des ans — je suppose —, on a estimé que le besoin n'était plus le même. Ensuite, quand l'assurance-maladie a été instaurée, les gens ont été pris en charge par les provinces, alors ce genre de rôle clinique d'Anciens Combattants n'a cessé de diminuer.

Certes, au cours des dernières années, surtout compte tenu des gens qui déclarent avoir subi des blessures de stress opérationnel et des blessures physiques en raison de certaines des difficultés rencontrées durant leur carrière — à très juste titre, selon moi —, on a considéré que nous devons renforcer la Division des professionnels de la santé d'Anciens Combattants.

M. Bob Bratina: Madame Rolland-Harris, l'épidémiologie est une science fascinante. L'un des problèmes consiste à arriver à poser les bonnes questions, car il semble qu'une grande part de ce que vous faites consiste tout simplement à recueillir des données brutes, des statistiques concernant le nombre de personnes qui ont été admises, le nombre qui sont sorties et le nombre de suicides qui ont eu lieu, et ce sont toutes des données importantes.

Je ne sais pas s'il s'agit des entrevues de sortie ou des liens entre les anciens soldats, les membres des forces armées, mais, dans le cadre de votre travail, faites-vous quelque chose au-delà de la simple collecte de données?

• (1605)

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Je parle beaucoup du travail que nous faisons, comme aujourd'hui, et à l'occasion de conférences, et ce genre de choses, mais je veux expliquer clairement qu'au bout du compte, je suis là pour aider les décideurs, les personnes qui prennent des mesures, alors je travaille en coulisse.

M. Bob Bratina: D'un point de vue statistique, quelles méthodes sont généralement utilisées par les victimes du suicide?

Mme Elizabeth Rolland-Harris: D'un point de vue statistique, si vous regardez dans le rapport annuel, les deux principales méthodes employées, plus particulièrement dans le cas des hommes de la Force régulière — je veux le préciser — ce sont la pendaison et les armes à feu. Simplement pour que ce soit clair: cela correspond à ce que nous observons au sein de la population en général. Les deux principales méthodes sont les mêmes dans les Forces armées canadiennes et au sein de la population en général.

M. Bob Bratina: Autrement dit, l'accessibilité de moyens tels que les armes à feu n'est pas nécessairement... si une personne est déterminée...

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Non, c'est très rare, il n'arrive pratiquement jamais qu'une personne utilise son arme à feu militaire. Elle utilise son arme à feu personnelle. Les armes à feu militaires sont récupérées très rigoureusement.

M. Bob Bratina: Vous avez formulé l'argument, qui doit être renforcé en ce qui a trait au déploiement, selon lequel, d'un point de vue statistique, nous ne pouvons pas encore établir les liens. Je dis cela parce qu'il est fréquent pour nous de penser qu'une personne qui est allée en Afghanistan et auprès de qui une bombe a explosé... il est certain qu'elle va avoir... mais vous affirmez que, d'un point de vue statistique, vous ne pouvez pas encore établir tous ces liens.

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Non, pas pour l'instant, et nous n'arrivons pas encore à déterminer s'il s'agit d'un manque de données statistiques ou d'une véritable absence de liens. Comme je l'ai dit dans ma déclaration préliminaire, vous devez comprendre que le terme « déploiement » est vaste.

Deux personnes ayant le même code de profession militaire, qui font techniquement le même travail au même endroit, dans le cadre du même déploiement, peuvent avoir une expérience entièrement différente, ou bien, à leur retour, la première est traumatisée, et l'autre ne l'est pas. Le déploiement est un moyen facile de classer les choses pour étudier les liens, mais il s'agit d'une notion très, très complexe, en réalité... pour qu'on puisse l'analyser statistiquement.

Dre Alexandra Heber: Voyez-vous un inconvénient si j'ajoute quelque chose?

M. Bob Bratina: Allez-y, s'il vous plaît.

Dre Alexandra Heber: Je pense que l'une des préoccupations que nous avons toujours à l'égard de la question du déploiement et de ce lien étroit qui est établi entre le déploiement et le suicide tient au fait qu'il le rend possible. Nous craignons toujours que les personnes qui se suicident et qui ne sont jamais déployées soient perdues dans ce portrait. Il s'agit d'un portrait trop simpliste, car il est certain qu'il y a les ETSPS dont parle Elizabeth. J'ai effectué de tels examens quand j'étais dans l'armée, et nous les faisons certainement dans le cas de personnes qui n'avaient jamais été déployées, mais qui s'étaient suicidées pour un certain nombre de raisons, que nous ne comprenions pas toujours. Il importe de se rappeler que de nombreux facteurs entraînent la personne sur la voie du suicide. Le déploiement pourrait être l'un d'entre eux, mais pas nécessairement.

Le président: Merci.

Monsieur Fraser.

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

Je vous remercie toutes les deux infiniment de vous être présentées et de nous faire part de ces renseignements utiles aujourd'hui.

Je veux simplement aborder un élément en réponse à une question posée par Mme Lockhart. Je crois que vous avez mentionné deux fois les ETSPS. À ce que je crois comprendre, ces examens sont effectués dans chaque cas où un suicide est commis, et ces données sont ensuite recueillies. Tous les ETSPS sont réunis en tant que constatations dans le rapport annuel sur le suicide. Est-ce exact?

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Oui, le chapitre 1 du rapport annuel sur le suicide.

M. Colin Fraser: Je vois, d'accord. Je ne crois pas qu'une copie de ce rapport ait été soumise à notre comité. Je me demande si vous pouvez déposer la dernière version du rapport annuel sur le suicide.

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Bien sûr, je peux vous donner la copie que j'ai apportée, et le rapport est également accessible sur le Web; vous n'avez qu'à chercher « rapport de 2016 sur le suicide au sein des FAC ».

M. Colin Fraser: Merci beaucoup. Ce serait utile.

Docteure Heber, en ce qui concerne certains éléments dont il est question, êtes-vous en mesure de nommer quelques facteurs qui font qu'un vétérinaire, selon vous, présente un risque plus élevé d'avoir des idées suicidaires? Quels sont certains des facteurs en cause?

Je sais que nous avons parlé de la transition dans une certaine mesure, et nous avons entendu beaucoup d'opinions diverses au sujet de ce que pourraient être ces facteurs, mais je souhaiterais entendre vos réflexions.

Dre Alexandra Heber: La première chose que je dirai, c'est que les facteurs qui mènent à ce que j'appelle la « voie du suicide » sont semblables dans le cas des anciens combattants et dans celui de tout membre de la population canadienne en général. Le premier facteur, c'est que presque toutes les personnes — au moins 90 % — ont probablement un problème de santé mentale au moment où elles se suicident. Cette conclusion est tirée d'un rapport de recherche internationale; il s'agit de l'une des conclusions les plus solides dont nous disposons. Il s'agit d'un facteur très important. C'est pourquoi, lorsque nous travaillons à la préparation de stratégies de prévention du suicide, une grande partie de ce travail est axée sur la prestation de bons soins en santé mentale et sur le fait de permettre aux gens d'accéder aux soins, car nous savons qu'il s'agit de l'un des facteurs que l'on retrouve constamment. L'autre facteur qui est habituellement présent juste avant le suicide, c'est un événement stressant dans la vie. Souvent, c'est quelque chose comme la rupture d'une relation ou bien peut-être que la personne a eu des démêlés avec les forces de l'ordre ou a perdu son emploi. C'est habituellement lié: c'est relationnel, et cela a à voir avec une perte. La personne a une maladie mentale — il y a habituellement une certaine dépression dans ce problème de santé mentale — puis elle vit une crise, une perte, qui se produit. C'est l'élément déclencheur qui fait qu'elle commence à penser au suicide.

Nous savons qu'un certain nombre d'autres facteurs contribuent à ces pensées. L'accès à des moyens mortels est un facteur très important. Grâce à la recherche en santé publique, nous savons que plus l'accès est facile... Souvent, les gens le font impulsivement. Souvent, s'il est possible d'empêcher la personne de se suicider aujourd'hui, et surtout si de l'aide lui est fournie, elle ne se suicidera pas par la suite.

•(1610)

M. Colin Fraser: Le fait de cerner la maladie mentale sous-jacente est la façon préventive d'empêcher la situation de dégénérer?

Dre Alexandra Heber: Nous savons qu'il s'agit certainement de l'un des éléments qui y contribuent. Par conséquent, c'est quelque chose sur quoi, si nous faisons un effort... Nous savons que ce sera utile.

M. Colin Fraser: Que pouvons-nous faire mieux pour nos anciens combattants dans le but d'aider à cerner la maladie mentale et de leur faciliter la tâche afin qu'ils se présentent et qu'ils obtiennent de l'aide pour régler leurs problèmes de santé mentale sous-jacents?

Dre Alexandra Heber: Au cours de la dernière année, Anciens Combattants Canada a travaillé sur la mise à jour de notre stratégie relative à la santé mentale. En outre, nous élaborons actuellement une stratégie mixte de prévention du suicide avec les Forces armées canadiennes... nous collaborons à cet égard. Nous le faisons en partie parce que nous voulons prêter une attention particulière à la période de transition pour nous assurer que nous protégeons les gens lorsqu'ils ont le plus besoin de soutien, afin qu'ils ne passent pas entre les mailles du filet. Pendant de nombreuses années — si on remonte au moins à l'an 2000, un certain nombre de programmes et d'initiatives ont été en place relativement à la prévention du suicide au sein de la population d'Anciens Combattants, mais nous mettons maintenant à jour ces renseignements et créons une stratégie mixte pour nos deux organisations.

M. Colin Fraser: Observez-vous moins de stigmatisation, par contre, chez les membres des forces qui se présentent avec une maladie mentale sous-jacente? Si nous tentons d'intervenir auprès d'eux avant que ces problèmes difficiles aient lieu dans leur vie — et la transition est une période difficile pour tout soldat sortant des forces —, y a-t-il un certain moyen d'éliminer cette stigmatisation, que nous n'employons pas? Le cas échéant, de quoi pourrait-il s'agir?

Dre Alexandra Heber: Il y a quelques réponses à cette question.

Tout d'abord, en ce qui concerne les personnes qui, nous le savons, quittent l'armée en étant atteintes d'un problème de santé mentale connu, pour lequel elles reçoivent un traitement, nous sommes déjà assez bons pour ce qui est de nous assurer que nous effectuons un transfert avec accompagnement d'une organisation à l'autre. Quand j'étais dans l'armée, j'étais la chef du centre de soins pour trauma et stress opérationnels, à Ottawa. Nous disposons dans cette ville d'une clinique de traitement des BSO dirigée par Anciens Combattants Canada. Il y avait un certain nombre de mes patients que j'avais transférés à la clinique d'Anciens Combattants avant leur départ de l'armée. Nous effectuons beaucoup de ces transferts dans le cas des personnes qui ont déjà été désignées.

Bien entendu, l'une de nos préoccupations, ce sont les gens qui n'ont pas été désignés, ceux qui ne se rendent peut-être même pas compte du fait qu'ils ont des problèmes de santé mentale avant leur départ et qui font face à des situations de stress supplémentaires liées au fait d'avoir quitté l'armée. L'un des éléments que nous avons mis en place, c'est une entrevue de sortie pour tous les membres qui partent. Il s'agit d'une entrevue de transition, où ils rencontrent un représentant d'Anciens Combattants Canada. Même s'ils n'ont jamais eu de problèmes et qu'ils ne se considèrent pas comme une personne ayant besoin de notre aide, nous les avons rencontrés en personne et leur avons dit: « Voici qui nous sommes. Voici où nous en sommes. Voici notre numéro; appelez-nous si vous avez besoin de nous. »

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Brassard.

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

Le groupe consultatif des anciens combattants mis sur pied par le ministère des Anciens Combattants tient une rencontre cette semaine au sujet de la santé mentale. L'un des sujets qui y sera abordé est le suicide. L'un de vous a-t-il été invité à cette rencontre?

• (1615)

Dre Alexandra Heber: Oui, j'y présenterai un exposé mercredi. Il s'agit du groupe consultatif sur la santé mentale du ministère des Anciens Combattants.

M. John Brassard: Tout d'abord, je suis heureux d'entendre cela. Madame Harris, vous n'y serez pas?

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Non, on ne m'a pas invitée.

M. John Brassard: Voici le problème, et vous en avez parlé. En tant que Comité, nous étudions les problèmes de santé mentale et la prévention du suicide. Vous avez dit qu'Anciens Combattants et les Forces armées canadiennes étudient des stratégies liées à la santé mentale et à la prévention du suicide. Nous disposons maintenant d'un comité consultatif qui va aborder la question à l'occasion d'un sommet d'une journée sur le suicide. Y a-t-il trop de gens pour régler cette question? Trop de cuisiniers gâtent la sauce. Je pose la question parce que rien ne se fait.

Pour ma part, je suis exaspéré d'entendre parler de toutes ces études, de tous ces groupes consultatifs et de toutes ces rencontres et de constater qu'en apparence, on ne prend aucune mesure pour mettre en oeuvre une stratégie. Je vois beaucoup de gens tenter de justifier leur existence à qui veut bien l'entendre, mais personne ne fait réellement quelque chose. Je me pose seulement la question. Quand en arriverons-nous à prendre de réelles mesures pour régler cette question?

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Je pense que je ne suis pas particulièrement bien placée pour répondre à la question de façon réaliste.

Dre Alexandra Heber: Laissez-moi répondre à la question. Nous faisons énormément de choses.

Nous sommes très actifs à Anciens Combattants Canada. En ce qui a trait à la question du suicide, même si, comme je l'ai déjà dit, il nous est difficile de savoir ce qui en est pour le suicide chez les vétérans, depuis 2000, nous avons travaillé pour mettre en place de nombreuses mesures, pour prévenir le suicide et aussi pour permettre aux gens d'avoir accès à des soins de santé mentale.

Encore une fois, comme je l'ai dit, nous savons que cela mène à... C'est l'une des choses les plus importantes que nous devons faire pour aider à prévenir les suicides. Tous nos gestionnaires de cas reçoivent une formation sur la prévention du suicide, et cette formation est mise à jour chaque année. De plus, tous les travailleurs de première ligne d'Anciens Combattants Canada suivent maintenant une formation sur la prévention du suicide. Ils ont reçu une formation pour répondre à ceux qui téléphonent. Ils savent quoi faire s'ils sont inquiets au sujet de la personne au bout du fil.

En plus de pouvoir compter sur des gestionnaires de cas et des travailleurs de première ligne qui, je le répète, peuvent coordonner des soins, quiconque se présente avec un problème de santé mentale lié au service peut être aiguillé vers une clinique pour TSO. Si cette personne se trouve dans une région où il n'y a pas de clinique de TSO, nous disposons de 4 000 fournisseurs de services de santé mentale au Canada auxquels nous pouvons faire appel par

l'entremise d'Anciens Combattants Canada pour servir notre population.

M. John Brassard: Avec toutes les choses que vous faites et toutes les études qui sont en cours, allons-nous réellement réussir un jour à éviter que cela se produise?

Dre Alexandra Heber: Vous savez — et Elizabeth l'a dit — que nous croyons réellement qu'un suicide en est un de trop, mais je pense que si on regarde n'importe quelle population, on constate qu'il y a des suicides. Serons-nous jamais capables de prévenir chaque suicide? Je ne le sais pas, mais c'est ce que nous essayons de faire.

M. John Brassard: Madame Harris, j'aimerais que vous me parliez des médicaments sur ordonnance et des opioïdes comme moyen de traiter ceux qui souffrent d'un TSPT, peut-être, ou d'une blessure de stress opérationnel, du point de vue statistique. Avez-vous fait un suivi statistique du nombre de personnes qui se suicident alors qu'elles étaient soignées à l'aide de ces types de médicaments?

Mme Elizabeth Rolland-Harris: L'ETSPS permet de faire un suivi des médicaments que prenait la personne au moment de son décès et avant son décès, et, soit dit en passant, nous n'avons rien vu...

M. John Brassard: Cela fait-il partie d'un rapport?

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Aucun rapport annuel d'ETSPS ne traite expressément des opioïdes non, mais les chiffres seraient si peu importants que ce serait probablement impossible d'en publier un.

M. John Brassard: Récemment, le ministère des Anciens Combattants a fait passer de 10 à 3 grammes la quantité de marijuana qui pouvait être prescrite. L'une d'entre vous a-t-elle été consultée au sujet de cette décision?

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Non, mais je ne suis pas médecin.

M. John Brassard: Je comprends.

Madame, avez-vous été consultée à l'égard de cette décision?

Dre Alexandra Heber: Je suis désolée. J'aimerais que vous répétiez votre question au sujet de ce qu'a fait Anciens Combattants Canada.

• (1620)

M. John Brassard: Le ministère a diminué la quantité de marijuana pouvant être prescrite à un vétéran; elle est passée de 10 à 3 grammes par jour.

Dre Alexandra Heber: Tout d'abord, j'aimerais dire qu'Anciens Combattants Canada ne prescrit pas ni n'autorise la consommation de marijuana ou la prise de tout autre médicament. Ce que nous faisons, c'est financer des traitements, et nous finançons la marijuana dans une certaine mesure. Auparavant, Anciens Combattants Canada finançait jusqu'à 10 grammes de marijuana par jour par personne. Cette quantité sera réduite en fonction de la quantité financée — cela ne tient pas à Anciens Combattants. Si un médecin de famille, par exemple, autorise la consommation de marijuana et croit fermement que la personne a besoin de plus de trois grammes, il doit consulter un médecin spécialiste pour discuter de la raison pour laquelle cette personne se voit prescrire de la marijuana, et procéder à une autre évaluation et préciser qu'effectivement cette personne a besoin de plus de trois grammes par jour.

M. John Brassard: Je suis au courant du processus. Je me demande si, en tant que chef du service de psychiatrie, vous avez été consultée au sujet de la décision. Vous a-t-on consultée au sujet de la décision de faire passer la quantité de 10 grammes à 3 grammes?

Si je pose la question, c'est parce que nous avons reçu le ministre, et il nous a dit avoir mené une consultation élargie auprès d'un grand éventail de professionnels. Donc, à titre de chef du service de psychiatrie, avez-vous été consultée au sujet de cette décision?

Dre Alexandra Heber: En fait, la décision a été prise avant que je commence à travailler pour Anciens Combattants Canada, mais je connais des gens ayant fait partie du comité d'experts qui ont été consultés. Il y a notamment...

M. John Brassard: Votre prédécesseur?

Dre Alexandra Heber: Je n'ai pas de prédécesseur. Il s'agissait d'experts en consommation de marijuana thérapeutique.

Le président: Merci.

Monsieur Eyolfson.

M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.): Merci d'être ici.

Docteure Heber, j'ai un certain parti pris à l'égard de cette question particulière. Mes parents étaient membres de la GRC.

Nous avons parlé des membres des Forces canadiennes et de leur taux de suicide. Je sais que les chiffres sont probablement moins importants, simplement à cause du nombre de membres qui ont servi, mais comment le taux de suicide chez les vétérans de la GRC se compare-t-il à celui des anciens combattants des Forces canadiennes?

Dre Alexandra Heber: Je ne le sais pas. Je suis désolée.

M. Doug Eyolfson: D'accord. Merci.

Madame Rolland-Harris, quelques questions posées jusqu'à maintenant ont effleuré le sujet. Nous avons discuté du suivi des suicides chez les femmes.

Je suis médecin. J'ai dû suivre des cours de statistique et je sais à quel point il est difficile d'analyser des données lorsque les chiffres sont peu importants. Je pense que nous sommes tous les deux d'accord pour dire que c'est une bonne chose que les chiffres soient bas, mais cela représente tout de même un défi.

De façon générale, nous observons un problème depuis des années en médecine. Une très grande proportion des recherches sont sexospécifiques — elles concernent habituellement les hommes —, qu'il s'agisse de recherche fondamentale ou d'un tout autre ordre. J'étais un chercheur en médecine avant d'être médecin. Nous nous servions toujours de rats de sexe masculin, parce que si on utilisait les deux sexes, la variation était trop importante. Par conséquent, on met au point des médicaments qui ne sont peut-être pas adaptés aux femmes. Même si je comprends que c'est une chose d'en faire part dans un rapport, parce que comme je l'ai dit, les chiffres sont si bas que vous pourriez relever...

Cherchez-vous des méthodes qui permettraient de mieux analyser la population féminine et peut-être d'obtenir plus de conclusions à son sujet, parce qu'il est si difficile d'en obtenir?

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Oui. J'ai parlé de l'étude du cancer et de la mortalité chez les membres des FC, l'ECM FC, qui est l'un des grands moteurs derrière l'étude. Il y a deux objectifs. L'un consiste à être en mesure d'obtenir une population assez grande pour nous permettre d'examiner des détails plus précis, y compris les différences sexospécifiques. Mais nous, pour reprendre l'expression de mon collègue d'ACC, tentons de combler les écarts. Au lieu de simplement considérer ceux qui servent toujours et ceux qui ont été libérés comme deux groupes distincts, nous examinons ce que nous appelons le « parcours » d'un militaire. Nous essayons d'obtenir un meilleur portrait de ce qui se passe pendant et après le service.

M. Doug Eyolfson: Merci.

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Je vous en prie.

M. Doug Eyolfson: Docteure Heber, lorsqu'un de vos patients en cours de traitement est pris en charge par un psychiatre, il bénéficie du transfert avec accompagnement dont vous parliez. Toutefois, comme vous l'avez souligné également, de nombreux vétérans se présentent plus tard, bien après la fin de leur service. Bien sûr, ces gens vont relever des systèmes de santé provinciaux et se tourneront vers leur médecin de famille ou se présenteront au service des urgences, où j'ai travaillé toute ma carrière.

Est-ce qu'Anciens Combattants a donné aux fournisseurs de soins médicaux primaires sur le terrain de la formation propre aux besoins médicaux et psychiatriques des vétérans et présentant les signes avant-coureurs?

• (1625)

Dre Alexandra Heber: Oui. Nous avons commencé, il y a quelques années plus précisément, à tisser des relations avec le Collège des médecins de famille du Canada, les fournisseurs et certaines organisations, comme Calian, qui ont des cliniques et qui sont intéressés à prendre des vétérans comme patients. Nous examinons toutes les possibilités pour faire en sorte que les vétérans soient pris en charge et qu'ils aient tous un médecin de famille.

M. Doug Eyolfson: Merci.

Pour revenir sur la question, parce que, encore une fois, j'ai passé ma carrière comme urgentologue, je me demande si on fait des efforts de sensibilisation visant précisément les associations qui régissent ou qui forment les urgentologues, disons soit le Collège royal des médecins ou l'Association canadienne des médecins d'urgence.

Je pose la question parce qu'il s'agit d'une préoccupation qui concerne non seulement les vétérans, mais aussi les gens en général. De nombreuses personnes n'ont pas de médecin de famille ou n'arrivent pas à en obtenir un.

Dre Alexandra Heber: C'est exact, et ces gens se présentent au service des urgences.

M. Doug Eyolfson: Nombre d'entre eux se présentent au service des urgences.

Dre Alexandra Heber: Absolument.

M. Doug Eyolfson: Y a-t-il eu une forme quelconque de sensibilisation auprès de la communauté d'urgentologie pour lui permettre d'être mieux informée et de savoir qui consulter et vers qui aiguiller ces vétérans qui se présentent pour obtenir des soins?

Dre Alexandra Heber: Je viens tout juste de regarder ma directrice médicale derrière moi, et elle m'a tout simplement souri, donc je ne le sais pas, en fait. Mais s'il n'y en a pas eu, c'est une excellente suggestion, et nous allons nous pencher sur la question.

En fait, nous aimerions que chaque médecin de première ligne au Canada soit au courant des troubles dont peuvent souffrir les vétérans.

M. Doug Eyolfson: Oui, c'est utile. Contrairement à une clinique familiale, bien souvent, on ne connaît pas les patients. On ne les a jamais rencontrés.

Dre Alexandra Heber: Oui, c'est exact.

M. Doug Eyolfson: On dit que l'urgentologie est l'art de prendre les bonnes décisions sans avoir suffisamment de renseignements. C'est réellement le cas lorsqu'on pense à un vétéran qui vient cogner à notre porte.

Dre Alexandra Heber: Oui.

Même les urgentologues ne vont pas demander aux gens s'ils ont déjà été membres... Souvent, cette question n'est même pas posée au patient qui se présente.

M. Doug Eyolfson: Je n'ai pas d'autre question.

Merci.

Le président: Merci.

Monsieur Clarke.

[Français]

M. Alupa Clarke (Beauport—Limoilou, PCC): Je vous remercie, monsieur le président, de me céder la parole.

Je vous souhaite la bienvenue, mesdames Heber et Rolland-Harris. Je vous remercie d'être parmi nous aujourd'hui.

La première question que je vais vous poser m'a été fournie par la personne que je remplace ici aujourd'hui, soit Mme Cathy Wagantall, une femme très honorable.

Bon nombre de vétérans nous disent, de façon répétée, que plusieurs de leurs frères d'armes se sont suicidés après avoir pris un médicament antipaludique, soit la méfloquine. Un des vétérans, qui a écrit à ma collègue Mme Wagantall, nous a dit qu'il connaissait personnellement 11 vétérans qui s'étaient suicidés et que, selon lui, les 11 avaient pris de la méfloquine.

Sur la période de 21 ans que vous avez couverte et les 239 suicides que vous avez répertoriés, dans combien de cas ces valeureux militaires s'étaient-ils trouvés dans des zones où il y avait de la malaria?

Disposez-vous de cette information?

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Je ne l'ai pas sous la main.

M. Alupa Clarke: Autrement dit, vous ne savez pas combien de ces 239 personnes auraient pris ce médicament.

Mme Elizabeth Rolland-Harris: En effet. Je ne dis pas que cette donnée n'a pas été recueillie, mais simplement que je ne l'ai pas sous la main. Je ne peux donc pas l'analyser.

M. Alupa Clarke: D'accord. Je comprends.

Madame Heber, au ministère des Anciens Combattants, pourrait-on obtenir cette réponse en se prévalant de l'accès à l'information ou en posant simplement la question au ministre?

•(1630)

[Traduction]

Dre Alexandra Heber: Au sujet du nombre approximatif de vétérans qui ont...?

M. Alupa Clarke: Des 239 vétérans qui ont commis un suicide, puisqu'il faut le dire, combien d'entre eux ont pris de la méfloquine? Est-il possible de trouver ce genre d'information en présentant une demande d'accès à l'information ou en posant une question durant la période de questions?

Dre Alexandra Heber: C'est une bonne question. Encore une fois, cela dépend de l'endroit où ils ont été déployés et de si... Je veux dire, il devrait y avoir des dossiers. Je présume que ce sont les Forces armées qui les possèdent.

M. Alupa Clarke: Oui, vous avez raison.

Dre Alexandra Heber: Les militaires en auraient pris durant leur service.

M. Alupa Clarke: Parfait. Merci de cette perspective sur la Défense nationale.

Il y a un an, lorsque je siégeais au Comité à titre de porte-parole en matière d'Anciens Combattants, j'ai déposé, le 9 mai 2016, une question à inscrire au feuillet. Pour la région de Québec, j'ai demandé quel pourcentage de gens touchaient des prestations pour chaque maladie physique et mentale, touchant par exemple pour des problèmes de genoux, d'audition, et ainsi de suite.

Fait intéressant, pour une année, soit 2015-2016, dans la région de Québec, 8 % des demandes de prestation étaient liées au syndrome de stress post-traumatique, 2 % à la dépression profonde, 1 % à l'anxiété, 1 % au manque de sommeil et 1 % à l'alcoolisme et à la toxicomanie. Dans l'ensemble, près de 13 % des demandes de prestation ont été présentées par des personnes souffrant de troubles de santé mentale que nous pourrions probablement parfois associer au suicide.

Des 15 membres, ou excusez-moi, je pense que c'est 14, qui se sont suicidés en 2015, combien d'entre eux étaient en processus de demande?

Dre Alexandra Heber: Vous parlez de...

[Français]

M. Alupa Clarke: On parle ici de prestations financières.

[Traduction]

Combien de ces 14 vétérans touchaient des prestations financières — j'oublie le terme en anglais —, ou en ont fait la demande ou ont rempli des papiers à cet égard?

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Juste pour que les choses soient claires, le rapport annuel sur le suicide concerne non pas les vétérans, mais les militaires qui sont toujours en service.

Dre Alexandra Heber: Je ne sais pas exactement de quoi vous parlez, parce que nous n'avons pas les chiffres en fait.

M. Alupa Clarke: « *Financial benefits* », c'est le terme que je cherchais. Donc, ces 14 personnes étaient en service.

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Ceux qui figurent dans le rapport annuel étaient toujours en service.

M. Alupa Clarke: Donc, la question est la même: de ces 14 soldats qui étaient en service, savez-vous à tout hasard combien d'entre eux ont déposé une demande de prestation?

Dre Alexandra Heber: Voulez-vous dire qui ont présenté une demande après avoir été libérés de leur service?

M. Alupa Clarke: Durant...

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Je m'excuse, mais nous n'avons pas accès à ces renseignements.

Le président: Il vous reste huit secondes.

M. Alupa Clarke: Disposez-vous d'un système pour signaler les personnes qui sont susceptibles de commettre un suicide? Je sais que c'est très complexe, mais peut-être existe-t-il un système semblable?

Dre Alexandra Heber: Oui. À Anciens Combattants Canada, dans le dossier de gestion de cas, nous avons mis en place une alerte à cet égard.

Le président: Merci.

Madame Mathysen.

Mme Irene Mathysen: Merci.

Je peux peut-être revenir sur la question concernant le taux de suicide plus élevé chez les membres des Forces armées que chez les membres de la Marine et de la Force aérienne et vous demander de partager toute corrélation remarquée ou pensée que vous pourriez avoir.

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Voulez-vous en parler?

Dre Alexandra Heber: Encore une fois, je pense que tout ce que je dirais serait de la pure spéculation. Ce que vous avez dit pourrait être raisonnable. Est-ce lié aux gens qui ont vécu des expériences outre-mer plus traumatisantes durant leur déploiement? Ce pourrait être le cas. En fin de compte, nous ne le savons pas vraiment, mais chose certaine, cette augmentation du taux de suicide dans les Forces armées, ou dans certaines parties des Forces armées, a coïncidé avec notre mission en Afghanistan. Je pense qu'il est très raisonnable de dire qu'il y a ici un lien.

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Si nous n'avons pas analysé la question plus en profondeur, c'est parce que nous ne disposons pas de statistiques suffisantes. Nous ne pouvons examiner qu'une seule variable à la fois, comme s'il y a eu un déploiement ou non, s'il s'agit d'un militaire ou non, et ce genre de choses. Si nous commençons à examiner ce qu'on appelle une analyse bidimensionnelle, qui consiste à analyser deux variables à la fois, nous ne serons pas en mesure de dire quoi que ce soit parce que nous ne disposons pas de statistiques suffisantes pour appuyer nos dires.

• (1635)

Dre Alexandra Heber: Les chiffres sont si peu élevés, voilà pourquoi.

Mme Elizabeth Rolland-Harris: Encore une fois, je pense que l'ECM FC est l'un des piliers de notre recherche pour l'avenir. L'une des choses que nous pourrions faire consiste à regarder la couleur de l'uniforme et à se demander si cela fait une différence, tout en examinant d'autres facteurs de risque que nous savons être fréquemment liés au suicide.

Mme Irene Mathyssen: Il est intéressant de voir que les chiffres nous disent certaines choses et qu'il est pourtant impossible de tirer des conclusions concrètes à partir de ces mêmes chiffres. Je comprends votre mécontentement.

Madame Heber, vous parliez de transfert avec accompagnement. D'après ce que nous entendons, il y a un manifestement des vétérans qui ne se sentent pas accompagnés et qui parlent de leur frustration, des obstacles rencontrés, de leurs problèmes financiers, comme l'arrivée tardive du chèque de pension, du fait qu'ils se sentent abandonnés et aliénés et qu'ils ont le sentiment que quelque chose d'important leur a été enlevé. Vous avez parlé de cette réalité; on a donc un manifestement reconnu qu'il y avait un problème en ce qui a trait au transfert avec accompagnement. Certes, on a déployé un effort délibéré pour changer la situation. Est-ce toujours le cas? Est-ce quelque chose que vous allez poursuivre? Si oui, comment?

Dre Alexandra Heber: Oui. Je le répète: l'une des raisons pour lesquelles nous mettons en place une stratégie conjointe de prévention du suicide tient au fait que nous voulons nous assurer d'accorder une attention particulière à cette période. Encore une fois, avec certaines des recherches qui sont en cours à Anciens Combattants Canada, nous nous penchons réellement sur ces questions, comme celle de l'identité d'une personne et de ce qu'elle devient, particulièrement pour celles qui se sont enrôlées alors qu'elles étaient très jeunes et pour qui c'est plus que le seul emploi qu'elles ont connu: elles ont grandi parmi des militaires, et c'est la famille qu'elles connaissent. Notre armée est assez petite. Les gens se connaissent tous. J'ai servi seulement huit ans et demi, mais je connaissais tous les intervenants des services de santé des Forces canadiennes. Il y règne un fort sentiment d'identité commune.

Le président: Merci. C'est tout le temps que nous avons pour ce groupe de témoins.

J'aimerais vous remercier toutes les deux du travail que vous faites pour aider les hommes et les femmes qui ont servi notre pays.

Nous allons prendre une courte pause de quatre minutes, puis nous commencerons avec le prochain groupe de témoins.

• (1635)

_____ (Pause) _____

• (1640)

Le président: Bienvenue à tous. Pour notre deuxième heure, nous avons avec nous la docteure Courchesne, directrice générale, Direction générale des Professionnels de la santé; et Johanne Isabel, gestionnaire nationale, Services de santé mentale, toutes les deux du ministère des Anciens Combattants. Nous accueillons également Chantale Malette, gestionnaire nationale, Services d'aide aux employés, du ministère de la Santé.

Je ne pense pas que nous utiliserons les dix minutes, mais nos témoins feront une déclaration liminaire et nous allons commencer par Mme Isabel.

[Français]

Mme Johanne Isabel (gestionnaire nationale, Services de santé mentale, Direction de la santé mentale, ministère des Anciens Combattants): Bonsoir à tous. Je m'appelle Johanne Isabel et je travaille à Anciens Combattants Canada depuis 2001. Mon conjoint, pour sa part, est un retraité des Forces armées canadiennes.

Monsieur le président, membres du Comité, c'est pour nous un plaisir de faire une présentation sur le Service d'aide d'Anciens Combattants Canada. Il s'agit d'un service de consultation et d'aiguillage qui est offert 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, à nos vétérans, à nos membres retraités de la GRC ainsi qu'aux membres de la famille de ces personnes. Ce service est confidentiel. Si un vétéran n'est pas inscrit à un service ou à un programme d'Anciens Combattants Canada, il peut tout de même recourir à ce programme.

Voici un bref historique du programme.

En 2000, Anciens Combattants Canada a travaillé en collaboration avec Santé Canada dans le but d'offrir un service similaire au Programme d'aide aux membres des Forces armées canadiennes. Nous voulions nous assurer que les vétérans et leur famille pourraient passer de la vie militaire à la vie civile de façon plus fluide. C'est pour bien servir notre clientèle lors de la transition que nous voulions offrir ce même service.

Le 1^{er} décembre 2014, votre comité a recommandé que le programme d'aide destiné aux anciens combattants soit bonifié. Entre 2000 et 2014, les anciens combattants pouvaient recevoir jusqu'à huit séances individuelles de counselling avec un professionnel de la santé. Comme je l'ai mentionné déjà, à la suite de vos recommandations et depuis le 1^{er} avril 2014, le programme offre 20 séances individuelles de consultation à tous nos vétérans, aux membres de leur famille et aux membres retraités de la GRC.

Je vais maintenant céder la parole à Mme Malette.

• (1645)

Mme Chantale Malette (gestionnaire nationale, Relations opérationnelles et des clients, Services d'aide aux employés, ministère de la Santé): Bonjour. Je m'appelle Chantale Malette.

[Traduction]

Les services qui sont offerts par le truchement du Service d'aide d'ACC sont principalement confidentiels, bilingues et accessibles en tout temps à partir d'un numéro 1-800 et sur la ligne téléphonique de Santé Canada. Des professionnels en santé mentale répondent à chaque appel. Tous les conseillers ont à tout le moins une maîtrise ou un doctorat. Le vétéran peut donc accéder automatiquement et sur-le-champ à un professionnel en santé mentale.

Les services téléphoniques sont aussi offerts aux personnes malentendantes. Une personne peut obtenir un soutien immédiat en cas de crise et du counseling de la part d'un professionnel en santé mentale qui détient au moins une maîtrise. Si la personne qui appelle est en crise, le professionnel en santé mentale prendra tout le temps nécessaire pour la calmer avant de l'aiguiller vers un service de counseling en personne.

Nous faisons appel à notre réseau national de praticiens spécialisés du secteur privé selon nos besoins, partout au Canada. Nous offrons du counseling en personne et par téléphone, particulièrement lorsque des services sont requis dans une zone éloignée ou que le client en fait la demande. Nous offrons aussi du counseling en ligne au besoin.

Nous avons recours à des ressources externes ou à ACC si le temps nécessaire pour résoudre le problème excède la période couverte par le programme. Nous utilisons les séances et les heures offertes dans le cadre du programme pour assurer la transition de la personne, pour soutenir le vétéran jusqu'à ce que des soins de longue durée soient disponibles.

En ce qui concerne la prévention du suicide, on vérifie l'état du client pour chaque appel. Nous vérifions le niveau de stress et s'il y a des pensées suicidaires ou meurtrières. Si le conseiller considère que l'appelant a des pensées suicidaires, il lui demandera son autorisation pour communiquer avec son gestionnaire de cas à ACC et l'informer de la situation.

En ce qui a trait aux conseillers, nous avons accès à plus de 900 professionnels en santé mentale à l'échelle du Canada. Ils ont tous au moins une maîtrise dans un domaine psychosocial et cinq années d'expérience en pratique privée. Ils ont fait l'objet d'un contrôle de sécurité par le gouvernement, ont une assurance contre la faute professionnelle et sont membres d'une association professionnelle reconnue. Les références professionnelles sont également vérifiées.

Au sujet de l'assurance qualité, chaque fois qu'un vétéran consulte un professionnel en santé mentale, nous invitons la personne à répondre à un sondage sur la satisfaction afin d'obtenir plus de renseignements quant à sa satisfaction à l'égard du programme. Nous procédons aussi à des visites annuelles des bureaux des conseillers. Nous en visitons au moins 5 % chaque année. Nous sommes également accrédités par l'EASNA, la Employee assistance society of North America, et le COA, le Council on Accreditation. Nous respectons les normes les plus élevées de l'industrie.

• (1650)

[Français]

Mme Johanne Isabel: Voici maintenant quelques statistiques.

Entre 2012 et 2016, le nombre de personnes ayant utilisé le Service est passé de 614 à 1 140. Il y a donc eu une augmentation. Celle-ci est due principalement à la décision de bonifier les services en faisant passer à 20 le nombre de consultations. Pour un vétéran ou un membre de sa famille qui veut traiter d'un problème important, il est intéressant de bénéficier de consultations sur une plus longue période. C'est très positif.

Pour ce qui est des 1 143 personnes indiquées ici, 68 % d'entre elles sont des vétérans, 28 % sont des membres de leur famille et 2 % sont des personnes retraitées de la GRC. Les gens qui utilisent les services sont, en moyenne, dans la fin de la quarantaine ou au début de la cinquantaine. Les gens utilisent le Service d'aide d'Anciens Combattants Canada principalement pour des problèmes psychologiques non liés au service militaire ou pour du counseling destiné aux couples.

Merci.

[Traduction]

Le président: Excellent. Merci.

Monsieur Kitchen, je pense que vous allez diviser votre temps avec M. Brassard.

Allez-y monsieur Kitchen.

M. Robert Kitchen: Merci, monsieur le président.

Merci à vous tous d'être ici.

Je vous remercie d'être venue témoigner de nouveau devant le Comité.

Je vous remercie de votre exposé et de nous avoir donné quelques statistiques. Lorsque vous parlez d'un numéro accessible en tout temps, pouvez-vous me dire de quelle manière une personne peut accéder à ce numéro? Par exemple, je viens de la Saskatchewan. Vous dites avoir 900 professionnels en santé mentale à votre disposition. Si une personne de la Saskatchewan compose le numéro à minuit, à qui téléphone-t-elle?

Mme Chantale Malette: Elle appelle à Ottawa. Tous les conseillers qui répondent pour le Service d'aide d'ACC sont à Ottawa, donc lorsque la personne compose le numéro 1-800, elle a automatiquement accès à un professionnel en santé mentale qui vérifiera son état et qui l'aiguillera vers un service de counseling en personne n'importe où au Canada, y compris en Saskatchewan si elle le veut.

M. Robert Kitchen: Nous avons parlé de transfert des connaissances. D'après ce que je vois, il est question de transfert des connaissances et de transmission de ces connaissances à nos vétérans.

Avez-vous réalisé un sondage ou une étude pour savoir combien de vétérans connaissent l'existence de ce service?

[Français]

Mme Johanne Isabel: Beaucoup d'efforts ont été faits afin de promouvoir davantage le Service. L'information a été mise sur notre site Web. Elle est également beaucoup consultée sur nos plateformes Facebook et Twitter. De façon mensuelle, l'information sur ce service est transmise aux anciens combattants. Mme Malette intervient beaucoup auprès des Forces canadiennes, de la GRC et de tous les bureaux d'Anciens Combattants Canada, afin de bien expliquer et de présenter les avantages de ce programme.

[Traduction]

M. Robert Kitchen: De quelle manière pouvons-nous acheminer cette information aux vétérans sans abri qui n'ont pas d'ordinateur, qui ne gazouillent pas, qui n'utilisent pas Facebook et qui vivent peut-être dans le Nord de la Saskatchewan ou de l'Ontario ou peu importe? Comment pouvons-nous leur transmettre cette information?

[Français]

Mme Johanne Isabel: C'est une très bonne question.

Vous avez raison: nous pouvons toujours faire mieux. Nos questionnaires de cas reçoivent de l'information. Depuis 2012, le Service d'aide d'ACC est plus utilisé. Pourrait-il l'être davantage? Oui. Est-il efficace? Oui. Les anciens combattants sans abri pourraient-ils en bénéficier? Oui, et nous travaillons constamment en ce sens. Pourrions-nous en faire davantage? La réponse est oui.

Nous veillons à diversifier les moyens de leur faire connaître le Service d'aide. Nous avons divers programmes qui visent à ce que les anciens combattants sans abri reçoivent aussi de l'information sur le Service d'aide. Nous leur distribuons des dépliants afin de leur faire connaître ce service.

• (1655)

[Traduction]

Le président: Merci.

Monsieur Brassard.

M. John Brassard: Merci, monsieur le président.

Le Comité étudie la santé mentale et la prévention du suicide chez les vétérans. Vous êtes en première ligne de tout ce qui se passe ici.

Quelle sorte de recommandations aimeriez-vous voir le Comité formuler en ce qui a trait à la gestion de la prévention du suicide et de certains problèmes de santé mentale?

Voulez-vous que je choisisse quelqu'un? Docteur? Je sais que vous êtes déjà venue ici.

Dre Cyd Courchesne (directrice générale, Direction Générale des Professionnels de la santé, médecin-chef, ministère des Anciens Combattants): Oui, c'est le cas, et nous attendons avec impatience le rapport. Comme l'a mentionné Mme Isabel, c'est à la suite des recommandations formulées par votre Comité que nous avons fait passer de huit à vingt le nombre de séances de counseling, parce que nos chiffres montrent qu'il s'agit d'un service nécessaire. J'aimerais vous rappeler que ce service est offert peu importe si la personne touche des prestations d'Anciens Combattants. Il s'adresse aux 600 000 vétérans vivant au Canada.

En ce qui a trait à la prévention du suicide, comme l'ont dit mes deux collègues qui ont été très éloquentes, nous poursuivons nos recherches afin de comprendre ce problème très complexe. Nous travaillons en plus étroite collaboration avec nos collègues des Forces canadiennes, particulièrement durant les périodes de vulnérabilité qui sont définies à l'aide d'une étude épidémiologique ou de recherche, afin de renforcer nos programmes.

M. John Brassard: Travaillez-vous avec des intervenants? Par exemple, travaillez-vous avec les provinces ou les municipalités? Avez-vous essayé d'une façon ou d'une autre d'établir des liens avec d'autres organisations afin d'aider la population de sans-abri? Les municipalités, par exemple, recueillent des statistiques, et il y a d'autres organisations, comme nous l'avons appris dans d'autres témoignages, qui vérifient combien il y a d'anciens combattants sans abri. Essayez-vous d'établir des liens avec ces organisations?

Dre Cyd Courchesne: Je vais me lancer, puis ma collègue pourra terminer.

Effectivement, certains de nos collègues au ministère des Anciens Combattants travaillent sur une stratégie visant précisément les vétérans en état de crise, les vétérans sans abri. Il s'agit de problèmes que nous ne pouvons pas affronter sans aide. C'est pourquoi on entretient des liens étroits avec des organisations municipales et provinciales, avec toutes ces personnes sur le terrain. Nous n'arriverions à rien sans l'aide importante fournie par ces intervenants.

[Français]

Je ne sais pas si ma collègue a quelque chose à ajouter.

Mme Johanne Isabel: Non.

[Traduction]

Le président: Merci.

Monsieur Eyolfson.

M. Doug Eyolfson: Merci, et merci à tous d'être venus.

Bienvenue, docteur Courchesne. Ai-je bien prononcé votre nom de famille?

Dre Cyd Courchesne: Oui, c'est très bien.

M. Doug Eyolfson: D'accord, merci.

J'aimerais pousser plus loin les questions que j'ai posées à la Dre Heber plus tôt. D'après ce que j'ai compris, il y a une communication qui est établie. Vous auriez peut-être pu répondre à ma question. Je voulais savoir, relativement à l'aide demandée aux médecins de premier recours, s'il y a une communication particulière établie avec le milieu de la médecine d'urgence?

Dre Cyd Courchesne: Nous ne communiquons pas avec des urgentologues précisément, mais nous travaillons en étroite collaboration avec le Collège de médecins de famille du Canada. Cette organisation a créé un groupe spécialisé afin de produire du matériel didactique pour tous les médecins de famille du Canada; le but étant de leur fournir de l'information sur les questions de santé concernant les familles de militaires. Elle a aussi fait savoir qu'elle avait l'intention de produire un guide de conseils pratiques sur la santé des anciens combattants.

L'Association canadienne de la médecine du travail et de l'environnement nous a invités à venir présenter un exposé sur les questions de santé qui touchent les anciens combattants. Mon collègue Jim Thompson et moi-même avons l'intention de présenter un exposé sur les résultats de diverses études; nous voulons informer le plus grand nombre de médecins possible. Nous avons également des liens avec l'Institut Vanier de la famille. Nous nous intéressons de près aux familles et aux anciens combattants. Donc, oui, nous menons beaucoup d'activités informatives.

• (1700)

Mme Johanne Isabel: En outre, nous avons aussi travaillé avec le Centre de toxicomanie et de santé mentale à Toronto, ou CAMH. Le CAMH a mis en ligne une série de modules sur la santé mentale, dont un comprend de l'information de base sur la santé mentale et la toxicomanie. C'est un module bilingue de 20 minutes, et tous les professionnels de la santé peuvent y accéder en ligne.

Nous travaillons également avec la Commission de la santé mentale du Canada ainsi qu'avec Premiers soins en santé mentale Canada. La communauté des anciens combattants peut suivre un cours de formation de deux jours. Par « communauté des anciens combattants », je veux dire que la formation est offerte à tous les fournisseurs de soins primaires, aux membres de la famille et aux amis. Notre objectif est que 3 000 membres, ou le plus possible, suivent ce cours de formation de deux jours d'ici la fin de 2020.

M. Doug Eyolfson: D'accord, merci.

J'aimerais approfondir les choses un peu. Avez-vous communiqué avec les écoles de médecine du Canada afin que ces questions soient traitées dans le cadre du programme de cours actuel?

Dre Cyd Courchesne: J'essaie de me rappeler s'il y a eu ce genre d'effort de sensibilisation pendant mon temps dans les Forces armées. Par l'intermédiaire de l'Association médicale canadienne, les Forces canadiennes étaient représentées à l'échelon des médecins spécialistes et à celui des médecins généralistes. J'ai siégé au Forum des omnipraticiens, et nous avons des représentants dans la Fédération d'étudiants en médecine du Canada. Donc, ces questions ont commencé à être traitées sur le plan social. L'Association médicale canadienne a sans aucun doute fait du très bon travail: en 2014, elle a déclaré qu'elle allait encourager les médecins de famille à traiter les anciens combattants dans le cadre de leur pratique. Les associations médicales du Canada nous sont d'un très précieux soutien.

M. Doug Eyolfson: D'accord, merci. Je suis content de l'apprendre.

Avez-vous remarqué des tendances relativement à la façon dont les anciens combattants souffrant de problèmes de santé mentale cherchent de l'aide? Nous savons que, dans les Forces armées et dans la société en général, les gens souffrant de troubles de santé mentaux ont toujours été stigmatisés. Tout le monde travaille dur pour réduire cette stigmatisation. Les campagnes de sensibilisation du public visant à réduire la stigmatisation ont-elles eu des effets positifs? Les anciens combattants se présentent-ils par eux-mêmes plus tôt? Se présentent-ils avant d'être en crise? L'effet est-il celui escompté?

Dre Cyd Courchesne: Vous avez déjà entendu l'avis d'un statisticien professionnel spécialiste en épidémiologie, et je ne prendrai pas le risque de dire qu'il y a incontestablement eu des résultats favorables, parce que je n'ai pas de statistiques à l'appui si on m'en demandait.

Je pourrais vous reparler de notre ligne téléphonique d'aide pour les anciens combattants. Un de ses avantages est que — en ce qui concerne la stigmatisation — elle est anonyme. On peut appeler 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Vous n'avez pas à être admissible à l'un de nos programmes ou à un autre pour l'utiliser, et je crois que c'est ce qui la rend si pratique.

Dès que la personne fait son premier appel — franchit cette première étape où elle décide de parler à quelqu'un — elle va peut-être se rendre compte qu'elle a un problème plus grave. Les professionnels à l'autre bout de la ligne téléphonique d'aide d'ACC travaillent avec des anciens combattants. Ils connaissent nos programmes. Ils savent quand ils doivent dire: « Eh bien, peut-être devriez-vous parler avec un de nos gestionnaires de cas afin d'obtenir davantage de soutien pour vous aider avec votre situation ».

Voilà ce que je voulais dire à propos de la stigmatisation; je voulais faire un lien avec la ligne d'aide téléphonique d'ACC. Il n'y a aucun critère d'admission préalable: vous n'avez qu'à appeler, et on vous connecte immédiatement.

Le président: Merci.

Madame Mathysen.

Mme Irene Mathysen: Merci, monsieur le président.

Merci, docteur Courchesne, d'être revenue éclaircir certains points pour nous.

Je veux revenir sur certains points précis. Vous offrez actuellement 20 consultations en personne en plus des séances pour la famille. Y a-t-il un calendrier précis d'établi pour ces 20 consultations? Une fois les 20 séances terminées, fait-on un suivi pour évaluer leur efficacité? Que se passe-t-il si d'autres séances sont nécessaires?

Je ne sais pas si vous en avez parlé.

● (1705)

Dre Cyd Courchesne: Je vais laisser Mme Malette répondre à la question sur la durée des séances.

Mme Chantale Malette: Habituellement, nous sommes en mesure d'offrir 20 heures de séances, et la plupart du temps, c'est suffisant. Pour les cas où nous avons besoin de plus de 20 heures, nous allons, bien sûr, communiquer avec ACC à propos des services requis, et, habituellement, nous allons fournir l'intervention nécessaire. S'il le faut, nous pouvons aller jusqu'à 25 ou 30 heures.

Mme Irene Mathysen: J'ai été très intéressée par ce que vous avez mentionné, madame Malette et vous, docteur Courchesne, à propos de l'interaction avec les praticiens et de la communication avec les fournisseurs et les médecins de famille. J'ai aussi été intriguée par l'idée de demander aux médecins de famille de prendre en charge des anciens combattants.

Votre intention est-elle, en partie, de vérifier la qualité des services offerts à la lumière de ce que ces médecins de famille vont découvrir pendant leurs interactions avec les anciens combattants? Ce que je veux savoir, j'imagine, c'est si vous en tirez des leçons?

Dre Cyd Courchesne: Voulez-vous dire les professionnels de la santé qui fournissent des services de counseling aux anciens combattants avec l'aide d'ACC?

Mme Irene Mathysen: Vous avez mentionné informer les médecins de famille, et je voulais savoir s'ils vous rendent la pareille.

Dre Cyd Courchesne: Quand j'ai dit cela, je répondais à la question de votre collègue sur les activités de sensibilisation que nous menons auprès des associations et des médecins de famille. Nous ne sommes pas en mesure de communiquer avec ces médecins de famille. Je ne sais pas si...

Mme Irene Mathysen: Mme Isabel, je crois, a dit que vous meniez des visites constructives à des bureaux de praticiens, et je voulais savoir si vous en profitiez pour en tirer des leçons importantes.

Dre Cyd Courchesne: Ce ne sont pas des médecins de famille qui s'occupent du Service d'aide d'ACC. C'est Santé Canada qui surveille la qualité du Service d'aide d'ACC. Ai-je raison?

Mme Chantale Malette: Oui.

Dre Cyd Courchesne: Je me répète: ce service est anonyme. C'est pourquoi aucune partie de l'information ne nous est communiquée. Nous savons uniquement combien de personnes utilisent le service, et peut-être si elles en sont satisfaites ou non.

De temps en temps, il nous arrive de traiter des plaintes, et nous faisons le suivi dans ce cas, mais les fournisseurs ne communiquent jamais avec nous pour nous fournir ce genre d'informations.

Mme Irene Mathysen: On dirait seulement que nous courons toujours contre la montre pour essayer de prévenir les suicides et de répondre aux besoins des gens. On dirait qu'on est toujours pris dans cette ambivalence où on ne sait pas quel chemin prendre. J'essaie de démêler tout cela, et, apparemment, je n'y arrive pas très bien, mais j'essaie tout de même de démêler les choses.

La Dre Heber a mentionné que ACC a mis à jour sa stratégie relative à la santé mentale. Le ministère collabore aussi avec la Défense nationale afin de mettre au point une stratégie conjointe sur le suicide. Pouvez-vous nous en dire plus à ce sujet? Je voulais poser cette question plus tôt à propos de la forme de ces composantes. En quoi consiste cette stratégie?

Dre Cyd Courchesne: Je vais répondre à cette question, si vous me le permettez.

Vous savez que le suicide n'est pas un problème simple. Il y a un grand nombre de facteurs sous-jacents. Je sais que les gens en ont parfois assez d'entendre parler d'études, mais les études sont très importantes, puisqu'elles nous fournissent une très grande partie de l'information dont nous avons besoin pour élaborer les programmes, les services et les stratégies que nous utilisons pour affronter ce problème.

La stratégie comprend plusieurs aspects. Il y a la prévention, les interventions ainsi que ce qu'on pourrait appeler la « postvention ». Essentiellement, c'est une façon élaborée de dire qu'on délimite et qu'on organise nos activités.

Je dirais que tout ce que vous avez entendu à propos de la ligne d'aide téléphonique d'ACC et même tous les programmes offerts par ACC aux anciens combattants s'inscrivent dans les stratégies ou mesures de prévention.

D'après les études, nous savons que les membres libérés des Forces armées sont particulièrement vulnérables pendant la période de transition; c'est pourquoi nous voulons axer des efforts dessus. Pouvons-nous faire autre chose que leur faire subir une entrevue de fin de service, leur assigner un gestionnaire de cas, les aider à s'y retrouver dans le système et s'assurer qu'ils ont accès aux avantages et aux traitements dont ils ont besoin? Tout cela, c'est déjà fait. Nous allons améliorer tout ce que je viens de mentionner dans le cadre de la stratégie que nous élaborons avec nos collègues des Forces canadiennes.

• (1710)

Le président: Merci.

Allez-y, monsieur Fraser.

[Français]

M. Colin Fraser: Merci, monsieur le président.

Merci à vous trois d'être ici aujourd'hui pour livrer votre présentation et répondre à nos questions.

J'aimerais commencer par vous, madame Isabel. Vous avez mentionné les 20 consultations qui se font en personne. Le nombre de consultations est donc passé de 8 à 20.

Pouvez-vous nous expliquer les étapes que doit suivre une personne pour qu'on lui accorde ces 20 consultations? Est-ce facile de recevoir cette approbation? Y a-t-il des formulaires à remplir? Les membres font-ils face à des difficultés avant de recevoir l'approbation pour ces consultations?

Mme Johanne Isabel: Non. La première étape, que ce soit pour un vétérinaire, un membre de sa famille ou un membre retraité de la GRC, est simplement de composer le numéro 1 800. Comme Mme Malette le mentionnait, l'équipe est à Ottawa. Un membre du personnel va poser des questions, demander comment ça va. Il va aussi déterminer l'urgence de l'appel. Si un client a des idées suicidaires, le protocole sera un peu différent. Cependant, lorsque le client mentionne qu'il veut rencontrer en personne un conseiller ou un professionnel de la santé mentale, dépendamment de la région où il se trouve, le membre du personnel pourra le recommander dans un délai pouvant aller de 24 heures à un maximum de cinq jours, selon l'urgence. Le vétérinaire ou la personne qui fait la demande pourra recevoir ce service en personne, avec un conseiller.

Concernant le nombre de séances de consultation nécessaires, à savoir si ce sera deux ou vingt, ce n'est pas le client qui va le déterminer. Cela se fait à la suite d'une évaluation effectuée par un professionnel de la santé. Le vétérinaire ou le client ainsi que le professionnel de la santé vont discuter ensemble du problème et

des difficultés à traiter. Cette évaluation va déterminer le nombre de séances.

Tout à l'heure, on a demandé s'il arrivait que l'on doive augmenter le nombre de séances à plus de 20. La réponse est oui et c'est important. Il faut faire preuve de jugement, en fonction des besoins d'un client. Parfois, c'est nécessaire. Cependant, j'aimerais également mentionner que ce n'est pas la majorité des cas. Dans une année, Mme Malette peut m'appeler trois ou quatre fois pour augmenter le nombre de consultations. Dans ce cas, on parle d'environ cinq à six séances supplémentaires.

M. Colin Fraser: Madame Isabel, à votre avis, les étapes du programme fonctionnent-elles bien maintenant? Auriez-vous des recommandations à formuler afin d'améliorer le programme?

Mme Johanne Isabel: Je travaille avec Santé Canada depuis 2012. Nous avons eu très peu de plaintes ou de commentaires négatifs par rapport au nombre de séances, d'autant plus que nous avons augmenté le nombre de consultations à 20. Il s'agit d'un service qui est plus utilisé. À cet égard, je n'ai pas de recommandations à faire.

• (1715)

M. Colin Fraser: D'accord. Merci.

J'aimerais maintenant m'adresser à Mme Malette.

Vous avez mentionné que l'accès au service se faisait par la ligne téléphonique 1 800. Vous avez aussi parlé de Facebook, Twitter et autres choses semblables. Y a-t-il une manière de communiquer instantanément avec un membre du personnel, en ligne, par ordinateur?

Mme Chantale Malette: Non. En ce moment, il n'y a aucune façon de le faire parce que cela deviendrait très difficile d'évaluer l'état de la personne et de pouvoir recommuniquer avec elle. En ce moment, la façon la plus sûre de le faire, c'est par la ligne 1 800 où un professionnel de la santé mentale répond et vérifie tout de suite l'état de la personne. Ensuite, il peut recommuniquer avec cette personne, noter son numéro de téléphone et ainsi de suite. Il y a donc un contact direct avec la personne.

[Traduction]

M. Colin Fraser: Une chose qui est ressortie des témoignages précédents est l'importance du soutien des pairs, c'est-à-dire le fait qu'un ancien combattant qui est peut-être en état de crise actuellement puisse parler avec quelqu'un qui a aussi fait partie des Forces armées.

Si un ancien combattant appelle la ligne 1-800, pourra-t-il parler immédiatement à quelqu'un? Vous avez mentionné certains des critères d'embauche au centre d'appels. Est-ce qu'il est possible de mettre la personne qui appelle en communication avec quelqu'un — un pair — immédiatement?

Mme Chantale Malette: La personne serait aiguillée vers des ressources existantes, par exemple, le SSBSO. Nous travaillons également en étroite collaboration avec eux. Si un ancien combattant a besoin de parler avec un pair, nous utiliserions les services déjà en place.

M. Colin Fraser: Mais cela prendrait un assez long moment après l'appel, plus d'une heure.

Mme Chantale Malette: Cela prendrait peut-être plus d'une heure, mais il va sans dire que l'appel serait fait immédiatement, et on resterait avec la personne au téléphone ou on ferait le suivi à de nombreuses reprises au cours de la soirée. On trouverait la meilleure façon d'aider la personne à ce moment.

M. Colin Fraser: Est-il déjà arrivé qu'une personne appelle et demande si elle peut parler à un ancien combattant? A-t-on déjà posé ce genre de questions?

Mme Chantale Malette: Ce n'est jamais arrivé.

M. Colin Fraser: Merci, monsieur le président.

Je n'ai pas d'autres questions.

Le président: Il ne nous reste plus beaucoup de temps. J'aimerais vous demander un éclaircissement, à propos de votre dépliant. Je cite:

C'est un service volontaire et confidentiel, pour aider tous les anciens combattants, leurs familles ainsi que les principaux dispensateurs de soins qui vivent des préoccupations personnelles qui peuvent affecter leur bien-être. Le service vous est offert sans aucuns frais.

Les fournisseurs de soins ou les membres de la famille ont-ils besoin d'être référés par un ancien combattant pour utiliser ces services?

[Français]

Mme Johanne Isabel: En fait, c'est un service qui est offert par Santé Canada. La personne a tout simplement besoin de mentionner qu'elle est la conjointe d'un vétéran et puis elle peut avoir accès immédiatement au service.

[Traduction]

Le président: Merci.

Voilà qui met fin à la période de questions. Au nom du Comité, j'aimerais vous remercier toutes les trois d'être venues témoigner ici aujourd'hui. Je tiens aussi à vous remercier de tout ce que vous faites pour aider les hommes et les femmes qui ont servi leur pays.

Madame Romanado, allez-y.

Mme Sherry Romanado (Longueuil—Charles-LeMoyne, Lib.): Je suis consciente du fait que je n'aurais pas la parole en temps normal.

Serait-il possible de faire parvenir une copie de ceci à tous les députés fédéraux? Je ne crois pas que tous les députés savent que ce service existe. Je vous recommande fortement de vous assurer qu'ils en reçoivent une copie.

Le président: Parfait. Merci.

Monsieur Fraser, allez-y.

M. Colin Fraser: Monsieur le président, je voulais savoir pourquoi nous finissons à 17 h 20.

Le président: Nous pouvons donner six minutes à M. Bratina, s'il le souhaite.

M. Bob Bratina: Merci.

L'augmentation de 614 à 1 143 et le temps supplémentaire pour les 20 consultations ont-ils exigé davantage de ressources? Êtes-vous parvenus à répondre à la demande avec le personnel à votre disposition, ou avez-vous eu à mobiliser d'autres fonds?

Mme Chantale Malette: À dire vrai, nous avons eu à embaucher davantage de professionnels en santé mentale.

M. Bob Bratina: Ces jeunes gens... On a mentionné des personnes avec des antécédents dans les Forces armées, mais qu'en est-il de l'orientation? Comment les formez-vous par rapport au contexte militaire? J'imagine qu'il faut une certification ou quelque chose du genre, en plus de leur maîtrise. Est-ce qu'il y a un processus d'orientation?

• (1720)

Mme Johanne Isabel: Vous posez une bonne question. Je dois admettre qu'actuellement il n'y a pas de certification ou de programme précis. Nous avons tenu une discussion à ce sujet la semaine dernière, à la suite des recommandations du conseil consultatif des familles d'Anciens Combattants Canada. On nous a recommandé d'allonger la formation pour nos fournisseurs de services en santé mentale qui travaillent au Service d'aide d'ACC. La semaine prochaine, nous allons tenir une téléconférence pour en discuter et trouver les solutions.

M. Bob Bratina: Je suis sûr que vous avez besoin de personnes hautement qualifiées, et il s'agit probablement des jeunes qui sortent de l'université. Ce serait plus difficile, disons, pour un vétéran qui a passé quelques années en service d'être certifié. Un vétéran pourrait naturellement comprendre ce que vit un autre ancien combattant, mais les gens sont formés pour réagir à des problèmes précis qui dépassent les capacités d'un ancien combattant, malgré son intérêt pour la chose.

En ce qui concerne le sondage de satisfaction, pouvez-vous me parler un peu de la façon dont c'est fait?

Mme Chantale Malette: Lorsqu'un client consulte l'un de nos conseillers, le conseiller va lui remettre un sondage à remplir volontairement. Les questions portent sur les services que le client a reçus. On fournit également à la personne une enveloppe affranchie pour que la personne puisse nous faire parvenir l'information. Ensuite, nous la communiquons à ACC.

M. Bob Bratina: Peu importe ce que nous faisons, c'est toujours important d'examiner la situation et de voir comment les choses progressent. Je suis heureux de l'apprendre.

Habituellement, combien de temps dure une séance de counseling en personne?

Mme Chantale Malette: D'ordinaire, une séance dure une heure.

M. Bob Bratina: Est-ce une bonne durée, dans l'ensemble? Cela est-il reflété dans le sondage de satisfaction?

Mme Chantale Malette: Oui.

M. Bob Bratina: Vingt séances, est-ce extrême ou un nombre maximum? D'après ce que vous avez dit, les gens vont aller à une ou deux séances, puis votre groupe décide si d'autres séances sont nécessaires. Ce n'est pas la personne qui décide et dit: « J'aimerais revenir la semaine prochaine. »

Mme Chantale Malette: C'est exact. On doit intervenir auprès du client, et c'est en fonction de l'intervention nécessaire que nous décidons du nombre de séances.

M. Bob Bratina: Quand une personne téléphone à la ligne d'aide, comment fait-elle pour s'identifier?

Mme Chantale Malette: La personne peut s'identifier soit comme un vétéran ou ancien combattant.

M. Bob Bratina: On a qu'à dire: « Je suis un ancien combattant et j'ai besoin d'aide », c'est ça?

Mme Chantale Malette: La plupart du temps, oui. Mais dans le cas contraire, ou dans les cas où la personne vient seulement d'apprendre l'existence du service et ne sait pas si elle y est admissible, nous allons lui poser des questions pour savoir si elle a déjà fait partie des Forces armées et, le cas échéant, si elle est membre de la Force régulière ou un ancien combattant.

M. Bob Bratina: L'un des sujets d'étude du Comité, et nous en avons parlé souvent, est la continuité de l'identité des vétérans une fois leur service terminé. Il vaudrait peut-être mieux qu'ils aient une carte ou quelque chose du genre afin de leur permettre de s'identifier d'emblée comme anciens combattants. Croyez-vous que cela serait pratique?

Mme Chantale Malette: Oui, je crois...

Mme Johanne Isabel: Oui, ce serait un avantage.

Cela dit, comme je l'ai mentionné, les gens n'ont pas à prouver qu'ils ont déjà fait partie des Forces armées, ils n'ont qu'à le dire. Même si on peut croire que des gens peuvent recevoir des services simplement en prétendant être des vétérans, je serais surprise que cela arrive réellement. Puisqu'ils n'ont pas à fournir de preuve, une carte n'ajouterait pas vraiment de valeur dans ce cas précis, dans le cadre de ce programme en particulier.

M. Bob Bratina: Il y a des cas très rares, mais on a déjà vu des gens se pointer au jour du Souvenir en uniforme avec des médailles et...

Mme Johanne Isabel: Vous avez raison, monsieur.

M. Bob Bratina: Merci beaucoup.

Je n'ai plus d'autres questions.

Le président: Merci.

Monsieur Kitchen.

M. Robert Kitchen: Merci, monsieur le président.

Rapidement, j'aimerais approfondir la question de M. Fraser à propos du soutien des pairs.

Pouvez-vous nous fournir un peu plus de précisions à ce sujet? Je voulais savoir si c'est quelque chose que vous aviez examiné ou même seulement si vous y aviez réfléchi. Les vétérans en parlent souvent, entre autres choses. Ils disent: « Est-ce qu'il y a quelqu'un qui écoute? » Nous ne demandons pas à nos vétérans d'aider réellement nos autres vétérans. Nous avons l'occasion de faire en sorte que les gens qui appellent pourraient parler, par téléconférence, 24 h sur 24, 7 jours sur 7, à quelqu'un qui les comprend, parce que la plupart du temps, les gens ne les comprennent pas. Je connais un grand nombre de psychologues et d'étudiants à la maîtrise et au doctorat qui ne comprennent pas ce que les vétérans disent.

À mon avis, cela ajouterait de la valeur à vos services si les vétérans pouvaient avoir ce genre d'accès facile lorsqu'ils sont en état de crise. Je voulais savoir, premièrement, si vous y aviez réfléchi, et deuxièmement, si ce n'est pas le cas et que c'est la première fois qu'on vous présente l'idée, si vous croyez qu'elle a une certaine valeur.

• (1725)

Dre Cyd Courchesne: Je vais me lancer.

D'après les statistiques et les appels, ce ne sont pas seulement les vétérans qui utilisent ce service. Il y a aussi des membres de la GRC, des membres de la famille et des enfants. La plupart des appels ne concernent pas des questions liées au service dans les Forces armées. C'est pourquoi, jusqu'ici, je dirais que ce n'a pas été un problème. De toute façon, à nouveau, les gens qui répondent aux appels sont parfaitement au courant de tous les services que nous offrons, y compris le SSBSO, lequel dispose d'un très grand réseau de pairs qui sont prêts à soutenir les gens et à nous aider. Si ce n'est pas possible en moins d'une heure, il y a un réseau bien établi de gens qui sont prêts à prendre la relève dès qu'on leur demande.

M. Robert Kitchen: D'accord, mais ma question ne concernait pas le service ou une personne qui demande d'accéder à un service. Je parle des anciens combattants en crise qui souffrent de problèmes de santé mentale, peu importe de quel type de problème il s'agit, parce qu'on sait qu'il y a de nombreux types différents de troubles de santé mentale. Un vétéran ou un membre des Forces armées qui comprend la personne en crise pourra peut-être suffire à la réconforter, à l'apaiser ou à la calmer. En ce qui concerne les téléconférences, ne croyez-vous pas que cela pourrait ajouter de la valeur?

Dre Cyd Courchesne: Oui, absolument. Personne ne remet en question la valeur du soutien par les pairs. Absolument, cela ajouterait de la valeur.

M. Robert Kitchen: Serait-il possible de l'intégrer au programme?

Dre Cyd Courchesne: Nous allons certainement examiner cette possibilité.

M. Robert Kitchen: Merci, monsieur le président.

Le président: Madame Lockhart.

Mme Alaina Lockhart: Merci, monsieur le président.

J'aimerais qu'on parle un peu des familles et de la formation qu'ils reçoivent. Avec les autres témoins, nous avons parlé de la formation en premiers soins présentement offerte dans le cadre des programmes de santé mentale et de prévention du suicide. Avez-vous déjà songé à offrir une formation similaire aux membres de la famille avant même la libération des Forces? En avez-vous discuté?

Mme Johanne Isabel: Je n'en suis pas sûre.

J'imagine que ce que je pourrais dire, actuellement, c'est que, comme je l'ai mentionné, nous travaillons avec la Commission de la santé mentale du Canada afin de fournir deux journées de formation en premiers soins relativement à la santé mentale. Jusqu'ici, nous avons fourni près de 14 séances d'un bout à l'autre du pays, et notre objectif est d'en fournir au moins 150. C'est l'une des façons dont les membres d'une famille peuvent s'informer un peu plus à propos de la santé mentale. Ainsi, ils vont avoir une meilleure compréhension de ce qui se passe et reconnaître les différents signes dans les réactions de leur époux ou épouse.

La Dre Courchesne a également fait mention de notre partenariat avec Saint Elizabeth relativement au programme mis en oeuvre au printemps.

Dre Cyd Courchesne: Tous ces programmes sont également offerts par l'intermédiaire du Centre de ressources pour les familles de militaires. Ainsi, les membres de la famille y ont accès avant la libération du membre des Forces canadiennes.

Mme Alaina Lockhart: Je n'ai qu'une seule autre question: ces services sont-ils payés à l'avance, ou alors les familles doivent-elles payer elles-mêmes et demander d'être remboursées?

Mme Johanne Isabel: En ce qui concerne les premiers soins de santé mentale... c'est gratuit.

Mme Alaina Lockhart: D'accord.

Mais qu'en est-il du déplacement?

Mme Johanne Isabel: Je dois l'admettre, le déplacement ne l'est pas.

Mme Alaina Lockhart: C'est un point que je veux soulever, parce que certaines familles ont mentionné cela comme étant un obstacle.

Mme Johanne Isabel: D'accord, merci de nous le laisser savoir.

Mme Alaina Lockhart: D'accord, merci.

Le président: Monsieur Graham.

M. David de Burgh Graham (Laurentides—Labelle, Lib.): Je n'ai qu'une question rapide.

Quand une personne appelle la ligne 1-800, quel est le processus? Qu'est-ce qu'elle entend? Dès qu'elle compose le numéro, est-ce qu'elle entend que son appel est important et qu'elle doit demeurer en ligne, ou est-ce qu'elle s'adresse directement à une personne? Est-ce qu'il y a des messages préenregistrés? Pouvez-vous me donner une idée du processus?

Mme Chantale Malette: Un professionnel de la santé mentale répond au téléphone. Ce n'est pas une machine qui répond au client. C'est une vraie personne.

• (1730)

M. David de Burgh Graham: Disons que quelqu'un appelle parce qu'il y a un état de crise et que de l'aide est nécessaire immédiatement, qu'est-ce qui se passe?

Mme Chantale Malette: Le conseiller va évaluer la situation et poser des questions sur le niveau de stress, les idées suicidaires et l'idéation suicidaire. Le conseiller va également passer tout le temps nécessaire avec la personne au téléphone avant de l'aiguiller vers un professionnel de la santé mentale ou d'autres services. Au besoin, on peut aussi appeler le 911 avant tout cela.

M. David de Burgh Graham: Donc, vous faites ce qui est nécessaire.

Mme Chantale Malette: Oui.

M. David de Burgh Graham: D'accord.

Je devrais aussi faire suite à un point que Sherry a soulevé plus tôt. Elle a recommandé de faire parvenir cette information aux députés fédéraux. En tant que député, quels renseignements et quelles ressources sont à ma disposition? Nous sommes 338 députés, avec des bureaux dans chaque circonscription. Souvent, ils sont très loin de tout bureau du Service d'aide d'ACC. Que pouvons-nous faire pour vous aider dans votre mission, en gros?

Dre Cyd Courchesne: Toute cette information est également publiée sur notre site Internet.

M. David de Burgh Graham: Eh bien, l'Internet n'est pas encore arrivé dans ma circonscription, voyez-vous.

Des voix: Ah! Ah!

Dre Cyd Courchesne: Nous publions également chaque semaine des messages sur Twitter et dans les médias sociaux. Nous avons des gazouillis récurrents qui informent le public de tous les services offerts par le ministère.

[Français]

Mme Johanne Isabel: Nos anciens combattants nous tiennent à coeur. Vous êtes tous invités, d'une façon ou d'une autre, à promouvoir le Service et à offrir des dépliants dans vos bureaux. Ce sera pour moi un immense plaisir que de préparer des boîtes d'information à votre intention. Cela vous permettra de les distribuer dans vos régions respectives. Nos vétérans sont importants. Nous voulons améliorer leur situation.

Est-ce que, pour ce faire, tout est en place?

Peut-être pas, mais avec votre soutien et vos recommandations,

[Traduction]

c'est ce que nous cherchons à accomplir.

[Français]

M. David de Burgh Graham: Vous est-il possible d'être proactifs en faisant parvenir ces documents à nos bureaux?

Mme Johanne Isabel: Absolument. Je vais le faire.

M. David de Burgh Graham: Je l'apprécie.

[Traduction]

La balle est dans votre camp.

Merci, monsieur le président.

Le président: J'ai une question à ce sujet. Nous préparons tous des bulletins parlementaires, et je voulais savoir s'il serait possible de nous faire parvenir quelque chose que nous pourrions utiliser dans nos bulletins parlementaires. Pourriez-vous l'envoyer à mon personnel? Peut-être que le Comité pourrait en faire la promotion auprès du public dans un bulletin parlementaire. C'est juste une idée.

Mme Johanne Isabel: D'accord.

Le président: Sur ce, au nom du Comité, je tiens à vous remercier d'être venus témoigner aujourd'hui et de tout ce que vous faites pour aider les hommes et les femmes qui servent notre pays. Si vous avez d'autres renseignements à nous faire parvenir, envoyez-les au greffier, et il se chargera de les faire parvenir au Comité. Également, j'aimerais aussi que vous réfléchissiez à mon idée pour les bulletins parlementaires.

Quelqu'un veut-il présenter la motion d'ajournement?

M. Robert Kitchen: J'en fais la proposition.

(La motion est adoptée.)

Le président: Merci.

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>