



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent des anciens combattants

ACVA • NUMÉRO 040 • 1^{re} SESSION • 41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 12 juin 2012

Président

M. Greg Kerr

Comité permanent des anciens combattants

Le mardi 12 juin 2012

• (1530)

[Traduction]

Le président (M. Greg Kerr (Nova-Ouest, PCC)): Bonjour à tous.

Soyez les bienvenus. Nous poursuivons notre étude des initiatives de transformation à Anciens Combattants Canada.

J'aimerais souhaiter la bienvenue à tous les témoins. L'ordre du jour a été légèrement modifié. Il semble que nous ne serons peut-être pas interrompus par des votes, ce qui serait bien agréable.

Brièvement, pour quiconque serait nouveau, je dirais qu'habituellement, nous écoutons les déclarations préliminaires, puis nous passons aux questions des députés. Nous essayons d'en faire le plus possible avant que le temps ne soit écoulé.

Cela dit, je vais nommer les témoins. Nous accueillons M. Sareen, professeur de psychiatrie à l'Université du Manitoba.

Nous entendrons aussi les représentants du ministère des Anciens Combattants. Il s'agit de David Pedlar, directeur, Politiques et recherches, et de Carlos Lourenso, directeur, Programmes des avantages médicaux et de l'autonomie des anciens combattants.

Le ministère de la Défense nationale est représenté par le colonel Gerry Blais, directeur, Gestion de soutien aux blessés, le colonel Bernier, médecin-chef adjoint, et Susan Truscott, directrice générale, Recherche et analyse (Personnel militaire). Si vous souhaitez nous présenter quelqu'un d'autre en cours de séance, libre à vous.

Si tout le monde est prêt, nous allons commencer. Vous aurez 10 minutes chacun pour faire votre déclaration préliminaire.

Monsieur Sareen, la parole est à vous.

M. Jitender Sareen (professeur de psychiatrie, Université du Manitoba): Merci.

J'aimerais remercier le comité de m'avoir invité à témoigner aujourd'hui. J'ai hâte de discuter avec vous des meilleures méthodes pour l'amélioration de la santé des Forces canadiennes et des anciens combattants.

Le Canada devrait être fier des efforts qui ont été faits ces 10 dernières années pour améliorer le système des soins en matière de santé mentale pour les militaires en service et les anciens combattants. Cependant, dans un contexte où les ressources sont limitées, pour relever les défis liés aux soins offerts aux anciens combattants qui ont participé à des combats en Afghanistan, les décideurs canadiens devront favoriser des partenariats solides avec le secteur universitaire et le secteur public.

Pendant mon exposé, afin de vous aider à comprendre le contexte dans lequel s'inscrivent mes commentaires, je vous donnerai un aperçu de mon cheminement de mon expérience. Je vous raconterai aussi une anecdote qui souligne certains des enjeux clés dont il faut tenir compte. Ensuite, je vous parlerai de certains aspects de

l'important travail réalisé par notre groupe, et je terminerai par les orientations possibles à l'avenir.

Je suis un psychiatre pour adultes. Je travaille à la Clinique de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel du ministère des Anciens Combattants, à Winnipeg, au Manitoba. Je suis aussi professeur de psychiatrie et directeur de recherche à l'Université du Manitoba, et je préside le comité scientifique de l'Association des psychiatres du Canada.

Ma recherche a été soutenue par les Instituts de recherche en santé du Canada, du Conseil manitobain de la recherche en matière de santé et de l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans.

À titre d'exemple des enjeux importants auxquels nous sommes confrontés, je vais décrire un cas qui, afin de ne pas violer la règle de confidentialité et ne pas permettre l'identification d'une personne en particulier, est un amalgame de divers éléments tirés de cas que j'ai traités.

Un militaire de 25 ans est envoyé à notre clinique TSO pour y suivre une évaluation et un traitement. Le militaire souffre de cauchemars, d'insomnie et d'irritabilité et il a des idées suicidaires. Il se souvient d'avoir été éjecté de son véhicule en raison d'une explosion pendant son affectation en Afghanistan. Il s'est évanoui et a eu la jambe fracturée. Sa blessure physique a nécessité plusieurs semaines de convalescence. Son compagnon d'armes a été tué instantanément lors de l'explosion.

Il est revenu à la maison il y a neuf mois. Depuis, il évite de participer à des activités avec sa femme et ses enfants en raison d'une dépression. Il se sent très coupable et se demande s'il aurait pu faire quelque chose pour aider son compagnon d'armes.

Les fins de semaine, pour chasser les souvenirs, contrôler la douleur physique qu'il ressent et essayer de régler ses problèmes de sommeil, il boit de grandes quantités d'alcool. Son mariage est en péril.

Ce que vous venez d'entendre est une histoire qu'entendent souvent, au quotidien, grand nombre de ceux qui travaillent dans les cliniques de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel d'un bout à l'autre du Canada. Pour le Canada, comme vous pouvez l'imaginer, le déploiement en Afghanistan a engendré des coûts importants sur le plan humain. Les problèmes comme le trouble de stress post-traumatique, la dépression et l'abus d'alcool ne touchent pas seulement ces personnes et leur famille, mais ont aussi un effet important sur les militaires en service, les anciens combattants et la société.

Ces histoires soulèvent d'importantes questions. Combien de militaires en service canadiens ont développé des troubles de santé mentale en raison de leur déploiement? Pourquoi une personne ayant participé à des combats développe-t-elle des troubles de santé mentale et une autre, non? Quels militaires sont susceptibles de développer des troubles de santé mentale? Que peut-on faire pour réduire l'incidence de la maladie mentale chez les militaires en service et les anciens combattants? Et surtout, comment pouvons-nous prévenir le suicide?

Steven Fletcher, ministre d'État aux Transports et député de Charleswood, a visité notre clinique l'an dernier, et il a posé la question suivante, à laquelle je n'avais pas la réponse: au Canada, comparativement aux anciens combattants, les civils sont-ils plus ou moins susceptibles d'obtenir un traitement approprié pour la dépression? C'est une question importante, parce qu'on a déjà reproché aux militaires de ne pas s'occuper des besoins psychologiques des anciens combattants.

À ce jour, nous n'avons pas de données scientifiques nous permettant de répondre à bon nombre des questions que je vous ai posées. Grâce à des partenariats importants avec des chercheurs, les Forces canadiennes et les anciens combattants, notre objectif est d'essayer de régler certaines de ces questions importantes.

Notre groupe de recherche a été créé il y a environ 10 ans. En 2002, les Forces canadiennes et Statistique Canada ont mené une enquête sans précédent sur la santé mentale afin de comprendre les besoins en matière de santé mentale des militaires actifs. Statistique Canada a réalisé des entrevues auprès de plus de 8 000 militaires actifs afin de comprendre les besoins en matière de santé mentale. Ces 10 dernières années, pour l'analyse de cette volumineuse base de données unique au monde, nous avons eu le soutien des IRSC, les Instituts de recherche en santé du Canada.

• (1535)

Voici trois principales constatations de notre travail.

Premièrement, nous avons été inspirés par le livre du sénateur Roméo Dallaire, *J'ai serré la main du diable*, dans lequel il décrit les horribles expériences qu'il a vécues en tant que Casque bleu au Rwanda. Il a grandement contribué aux efforts de sensibilisation sur le trouble de stress post-traumatique au Canada.

Deuxièmement, les conclusions de notre recherche ont démontré pour la première fois que les militaires canadiens qui ont participé à des combats lors de missions de maintien de la paix et qui ont été témoins d'atrocités — comme des génocides — avaient un risque plus élevé de souffrir de divers problèmes de santé mentale, et non seulement de TSPT. Cependant, il est important de noter que la majorité des problèmes de santé mentale chez les militaires ne sont pas liés au combat ou au déploiement. Lorsqu'il y avait un lien causal, moins de 10 p. 100 des maladies mentales étaient liées à des expériences pendant le déploiement.

La troisième principale constatation de notre étude importante a démontré qu'en 2002, la maladie mentale non traitée était un problème fréquent chez les militaires. Près de 50 p. 100 des personnes qui avaient eu un diagnostic de maladie mentale, comme la dépression et l'anxiété, n'avaient pas reçu de soins.

Les constatations de notre recherche ont eu un effet important sur le plan scientifique et sur les politiques. Nous avons publié des articles liés à ce travail dans des publications internationales et nous avons présenté nos conclusions lors de conférences à l'échelle nationale et internationale, y compris lors d'ateliers de l'OTAN portant sur la prévention du suicide et le trouble de stress post-traumatique. Il y a deux ans, j'ai été invité à faire un exposé sur les

facteurs de risque du suicide au Sous-comité sénatorial des anciens combattants.

Au cours des 10 dernières années, le gouvernement a pris des mesures concrètes pour améliorer l'accessibilité aux soins et la qualité des soins pour les membres. Le réseau des cliniques de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel du ministère des Anciens Combattants a été étendu dans l'ensemble du Canada. La section de la santé du déploiement a créé un test de dépistage post-déploiement sur la santé mentale afin d'offrir à nos soldats rapatriés, en temps opportun, un accès rapide aux soins.

Il est important de souligner que les conclusions de notre recherche sont fondées sur une étude en santé mentale de 2002, qui a été menée avant le déploiement des troupes terrestres, en 2004. En conséquence, il est nécessaire d'obtenir des renseignements plus récents sur les besoins de nos membres en service, parce qu'ils ont participé à beaucoup plus de missions de combat que jamais auparavant.

J'aimerais maintenant parler des partenariats auxquels nous participons.

À l'Université Queen's, la Dre Alice Aiken a dirigé un Forum de recherche sur la santé des militaires et des vétérans canadiens, auquel ont participé des universités de partout au Canada et des intervenants clés. L'objectif est d'améliorer les connaissances sur la santé mentale du personnel militaire.

L'an dernier, j'ai assisté à la conférence et j'ai participé à l'établissement de deux partenariats importants.

Premièrement, lors de cette conférence, j'ai pris connaissance de l'étude menée récemment par Statistique Canada et le ministère des Anciens Combattants, qui s'intitule « La vie après le service ». Notre groupe de recherche de l'Université du Manitoba a été invité à former un partenariat avec M. Pedlar et son groupe du ministère des Anciens Combattants afin d'étudier des questions importantes liées à la santé mentale. Parmi celles-ci, il y a: la variation du revenu du ménage et des difficultés financières en corrélation avec la maladie mentale; les problèmes de santé physique et la douleur chronique en corrélation avec le comportement suicidaire.

Deuxième, l'un des programmes que je dirige a pour objectif de créer une étude de suivi de la première enquête canadienne sur les membres en service, qui remonte à 2002. Mon travail consiste à créer des partenariats, grâce au financement de Recherche et développement pour la défense Canada, des Forces canadiennes et de la Commission de la santé mentale du Canada. Les premiers participants seront soit les personnes qui sont devenues les anciens combattants au cours des 10 dernières années, soit des personnes qui auront été déployées. Ce serait une étude unique en son genre, dans le monde. Elle portera sur des questions très importantes concernant les facteurs de risques et les facteurs de protection associés aux troubles de santé mentale, pendant les périodes de prédéploiement, de déploiement et de postdéploiement.

Pendant cet exposé, j'ai essayé de vous donner un aperçu des problèmes importants en matière de santé mentale que vivent nos membres en service. De toute évidence, chacun de ces problèmes comporte beaucoup plus de facettes, et c'est avec plaisir que j'en parlerai pendant la période des questions.

En terminant, j'aimerais rappeler au comité que les investissements dans la recherche et dans d'autres secteurs des soins de santé — les maladies cardiovasculaires, le VIH et le cancer, notamment — ont mené à l'acquisition rapide des connaissances et une réduction de la morbidité et de la mortalité au Canada et dans le monde. J'insiste fortement sur le fait qu'il est nécessaire d'investir dans la recherche en santé mentale dans le secteur militaire et dans les partenariats, car cela peut mener à l'acquisition rapide de connaissances et peut vraiment réduire la souffrance et sauver des vies.

Je vous remercie de votre attention.

• (1540)

Le président: Merci beaucoup, monsieur Sareen.

Je suis certain qu'il y aura beaucoup de questions lorsque nous arriverons à cette partie.

Je crois que c'est maintenant au tour de David Pedlar, pour 10 minutes.

M. David Pedlar (directeur, Politiques et recherches, ministère des Anciens Combattants): Merci beaucoup.

Je suis ravi de me retrouver à nouveau devant le comité, cette fois pour vous parler de la façon dont les travaux de recherche à Anciens Combattants Canada sont principalement menés en partenariat avec divers ministères et organisations, afin d'approfondir notre compréhension collective de la santé et du bien-être des anciens combattants.

J'aimerais souligner la présence de mes collègues chercheurs, qui représentent certains de nos partenaires, qui sont venus participer à la discussion d'aujourd'hui.

Je dirige la section de la recherche d'ACC. Nous faisons de la recherche appliquée, ce qui veut dire que nos travaux soutiennent directement les priorités d'ACC et les font progresser. Même si nos capacités sont modestes, nous avons de solides antécédents en ce qui concerne la réalisation et l'analyse de recherches portant sur la santé des militaires et des anciens combattants, et nous avons produit bon nombre de rapports de recherche, d'examen et de publications. Nous fournissons également un soutien technique et administratif au Comité consultatif scientifique sur la santé des anciens combattants du ministère des Anciens Combattants.

Notre équipe de recherche comprend un gérontologue, un épidémiologiste, un économiste de la santé, un conseiller médical et des spécialistes de la statistique. Notre travail contribue à l'élaboration de politiques, de programmes et de services qui répondent aux besoins des anciens combattants et de leur famille. Nos efforts sont également importants pour la clarification et la compréhension des nouveaux enjeux liés à la santé et au bien-être physique et mental pouvant avoir une incidence tout au long de la vie des anciens combattants.

Notre travail comporte deux fonctions clés. Premièrement, nous acquérons de nouvelles connaissances grâce à des études de recherche rattachées aux priorités d'ACC. Ces dernières années, l'une des priorités en matière de recherche a porté sur la compréhension de la transition du service militaire à la vie civile. Par exemple, le programme de recherche « Études sur la vie après le service », dont je vous ai parlé en février, répond à cette priorité. Ce travail est essentiel pour comprendre la santé, le bien-être et l'invalidité de la nouvelle génération d'anciens combattants, ce qui procurera des faits probants qui nous permettront de progresser.

Nous avons aussi fait la synthèse des connaissances existantes, ce qui signifie que nous interprétons et que nous surveillons les

observations scientifiques sur les militaires et les anciens combattants, de même que les opinions d'expert. Ce travail contribue à façonner les pratiques exemplaires dans le domaine de l'indemnisation en cas d'invalidité et des soins aux anciens combattants et à leur famille.

Permettez-moi de souligner qu'il s'agit d'un domaine spécialisé. Les nombreux problèmes de la santé que connaissent le personnel militaire, les anciens combattants et leur famille sont aussi vécus par les civils, mais il existe des différences se rapportant au contexte unique du service militaire. Par exemple, on retrouve rarement chez les civils la nature militaire des traumatismes physiques et psychologiques attribuables au service. Pensons au stress mental extrême que créent les combats ou des lésions par souffle. Ce sont des situations que l'on voit rarement dans la vie civile, mais qui surviennent couramment dans des opérations militaires ou sur les champs de bataille. La transition à effectuer du service militaire à la vie civile est également propre aux anciens militaires.

Les partenariats sont essentiels parce qu'ils nous permettent de nous acquitter de ce travail de manière plus efficace que si nous tentions de le faire par nous-mêmes. Grâce aux partenariats, nous pouvons coordonner les priorités de recherche de manière à travailler en vue d'objectifs communs ou complémentaires et éviter les chevauchements. Ils nous donnent aussi la possibilité de réunir les meilleurs experts, comme M. Sareen. Travailler en équipe nous permet d'apprendre ensemble et d'utiliser les ressources à bon escient, de maximiser l'efficacité et obtenir de meilleurs résultats. Parmi nos principaux partenaires de recherche, on compte le ministère de la Défense nationale, les Forces canadiennes et les Instituts de recherche en santé du Canada. Statistique Canada et l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des anciens combattants sont également des partenaires clés.

Dans le domaine de la recherche, nous collaborons étroitement avec le ministère de la Défense nationale et les Forces canadiennes. Ce lien est naturel, car de nos jours, la santé d'un vétéran est déterminée par ses expériences de vie, dont le service fait évidemment partie. Par conséquent, en ce qui a trait à une vaste gamme d'enjeux liés à la santé, la recherche fait partie intégrante de nos relations de travail étroites. Ces dernières années, un des domaines d'intérêt mutuel sur lequel nous collaborons est la compréhension de la transition du service militaire à la vie civile et la question de savoir comment les militaires libérés s'adaptent à leur nouvelle vie après leur service militaire.

Grâce à une étroite collaboration avec le groupe de Susan Truscott et Statistique Canada, nous avons mené à bien deux études qui nous renseignent sur le travail d'ACC en matière de soutien à la transition de la vie militaire à la vie civile. L'une porte sur le revenu et l'autre, sur la santé et le bien-être. Ces études portaient sur tous les anciens membres de la force régulière qui ont été libérés au cours des 10 dernières années.

Nous avons aussi participé à une troisième étude, qui portait sur le cancer et la mortalité au sein des Forces canadiennes et qui était dirigée par les Services de santé des Forces canadiennes, le groupe du colonel Bernier. L'étude sur la mortalité, dans laquelle on comparait le taux de décès du personnel en service ou libéré à celui de l'ensemble de la population canadienne, a été publiée en 2011. L'étude sur le cancer est toujours en cours. Nous procédons actuellement à l'analyse exhaustive des données que nous avons recueillies et qui portent sur des questions comme la santé mentale, le revenu, le suicide et l'accès aux programmes d'ACC.

Statistique Canada est également un partenaire important en raison de son expertise technique. L'organisme tient des registres nationaux protégés de données sur des choses comme le cancer, les causes de décès et le revenu, des données qui sont essentielles pour ce genre de travail.

En ce qui a trait aux Instituts de recherche en santé du Canada, les chercheurs d'ACC tiennent un registre de leur participation à divers projets. L'un de ces projets, que nous avons dirigés, portait sur les défis que doivent relever les anciens combattants qui souffrent de troubles de santé mentale lorsqu'ils réintègrent le marché du travail.

• (1545)

En octobre dernier, le ministère des Anciens Combattants, les Forces canadiennes, le ministère de la Défense nationale et l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans ont rencontré le président des IRSC et leur conseil scientifique afin d'explorer les possibilités de renforcer leur collaboration par l'intermédiaire des programmes de recherche des IRSC. Depuis, les chercheurs d'ACC ont participé à un atelier, sur invitation, sur les traumatismes cérébraux, qui mènera à l'élaboration d'un réseau national sur les traumatismes cérébraux, dont ACC fera partie. Nous sommes également en pourparlers pour prendre part à d'autres projets, ayant pour but notamment l'adoption éventuelle de pratiques exemplaires sur les soins en santé mentale.

Ce travail a une portée internationale. De fait, la recherche sur la santé des anciens combattants est menée en grande partie par nos alliés dans d'autres pays, en particulier les États-Unis, mais également par l'Australie et le Royaume-Uni. Nous procédons donc à un vaste échange de renseignements avec ces pays. Par exemple, je préside un sous-comité international de recherche du Forum international des cadres supérieurs. Ce forum, qui réunit des cadres supérieurs des États-Unis, du Royaume-Uni, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et du Canada, a lieu chaque année pour permettre de discuter de questions et d'initiatives communes. La recherche était le thème du forum de 2011, qui s'est déroulé à Ottawa. Tout au long du forum, et du sommet ministériel qui l'a précédé, les discussions ont surtout porté sur l'aide à la transition de la vie militaire vers la vie civile.

Avant de passer à la conclusion, j'aimerais parler d'un autre partenariat important, à savoir celui établi avec l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans. Cette organisation, qui représente un réseau d'environ 21 universités dans l'ensemble du Canada, renforce avec succès l'engagement de la communauté universitaire canadienne dans le domaine de la santé des anciens combattants. Nous jouons un rôle actif en fournissant un soutien non financier à cette organisation et en participant à la structure de gouvernance de son conseil consultatif, de son comité sur l'orientation scientifique, ainsi que d'autres comités. De plus, nous contribuons largement au forum annuel dont M. Sareen vient de parler, grâce à la planification, au parrainage et à la participation. D'ailleurs, notre ministre, l'honorable Steven Blaney, a fait un discours d'ouverture au forum de l'an dernier.

Depuis de nombreuses années, nous travaillons beaucoup avec des chercheurs universitaires de partout au pays. Et récemment, l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans nous a aidés en facilitant les relations avec les universités. Comme M. Sareen l'a dit, nous travaillons avec ce groupe sur trois études, dont une sur les idées suicidaires et une autre sur l'incidence du faible revenu sur la santé mentale. Ces travaux contribueront à documenter les activités du ministère en ce qui a trait à la prévention du suicide.

Nous avons aussi un partenariat avec l'Université Queen's pour deux études se rapportant à la douleur chronique et au bien-être, car il s'agit là d'un problème répandu chez les anciens combattants.

Enfin, nous collaborons avec l'Université de Sherbrooke à la mise au point d'un outil que nous avons conçu pour déterminer et réduire les obstacles à la réintégration en milieu de travail des anciens combattants dans le cadre de notre programme de réadaptation.

L'énergie et l'intérêt suscités chez les chercheurs canadiens ne cessent de croître. Nous attendons avec impatience le troisième Forum de recherche sur la santé des militaires et des vétérans, dont l'institut sera l'hôte cet automne. Le forum met en valeur la portée croissante de la recherche actuelle au Canada à l'appui des besoins des anciens combattants et de leurs familles.

Pour conclure, en dépit de la taille modeste de sa section de recherche, ou peut-être grâce à elle, ACC mise sur ses partenariats pour jouer un rôle de chef de file national de la recherche portant sur la santé des anciens combattants. Nous sommes fiers d'avoir joué un rôle important dans la hausse du nombre de partenariats importants dans ce domaine au cours des 10 dernières années. La collaboration dans ce champ de recherche permet de disposer de preuves solides pour formuler les programmes, les politiques et les services d'ACC, ce qui, en fin de compte, sert les intérêts des anciens combattants du Canada.

Merci.

• (1550)

Le président: Merci beaucoup, monsieur Pedlar.

Nous entamons maintenant notre dernier bloc de 10 minutes.

C'est Mme Truscott qui va commencer? D'accord. Merci.

Mme Susan Truscott (directrice générale, Recherche et analyse (Personnel militaire), ministère de la Défense nationale): Bonjour, monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du Comité permanent des anciens combattants. Je vous remercie de me donner l'occasion de vous parler de la recherche que nous menons et de notre partenariat avec le ministère des Anciens combattants.

Je m'appelle Susan Truscott, et je suis directrice générale de la recherche et de l'analyse du personnel militaire. Je suis une scientifique spécialisée dans le domaine de la défense et, depuis 30 années, j'exécute et je gère des travaux de recherche sur le personnel militaire au ministère de la Défense nationale et aux Forces canadiennes. Je suis accompagnée aujourd'hui du colonel Jean-Robert Bernier, médecin-chef adjoint des services de santé des Forces canadiennes, et du colonel Gerry Blais, directeur de la gestion du soutien aux blessés.

J'aimerais vous parler brièvement de mon organisme, du genre de recherches qui s'y font et des raisons qui les motivent et vous expliquer pourquoi notre collaboration avec Anciens combattants Canada est avantageuse pour ce ministère et le MDN ainsi que pour les militaires en service, pour les anciens combattants et pour leur famille.

La Direction générale de la recherche et de l'analyse du personnel militaire, ou la DGRAPM, est une division du Commandement du personnel militaire qui relève du chef du personnel militaire et aussi un centre de recherche rattaché à Recherche et développement pour la défense Canada, ou RDDC, qui relève du sous-ministre adjoint de la science et de la technologie. La DGRAPM est composée de chercheurs civils et militaires qui détiennent un doctorat ou une maîtrise dans une gamme de disciplines, mais surtout dans le domaine des sciences sociales.

Notre mission consiste à influencer sur la politique et le processus décisionnel relatifs au personnel des Forces canadiennes et du ministère de la Défense nationale en remplissant les rôles suivants: effectuer des recherches et des analyses stratégiques et opérationnelles en matière de personnel qui sont pertinentes et adaptées aux besoins; élaborer et utiliser des méthodes et des mesures novatrices comme des tests de sélection, des instruments d'enquête et des modèles d'effectifs; exploiter des technologies de pointe afin d'améliorer l'efficacité de la recherche; offrir des conseils d'experts objectifs et fondés sur des preuves à l'intention des dirigeants; établir les priorités de la recherche et coordonner celle-ci de façon à accomplir la mission des Forces canadiennes; faire intervenir les partenaires universitaires, industriels, gouvernementaux et alliés dans l'élaboration et l'application des recherches et des analyses sur le personnel.

Le système de gestion du personnel militaire des Forces canadiennes est un ensemble complexe de sous-systèmes reliés entre eux et interdépendants qui nécessitent constamment le contrôle, l'établissement de priorités et la transition. En raison de ces liens de dépendance mutuelle, quiconque prend des décisions stratégiques dans un domaine doit le faire en étant parfaitement conscient des effets que ces dernières pourraient avoir à court et à long terme dans d'autres volets du système.

Par conséquent, la recherche sur le personnel constitue un instrument fondamental des gestionnaires du personnel militaire et elle est essentielle à l'élaboration d'une politique et de plans stratégiques éclairés et axés sur les faits aux fins de la gestion du personnel. C'est donc là le rôle que la DGRAPM remplit auprès du chef du personnel militaire dans son rôle d'autorité fonctionnelle des Forces canadiennes en ce qui concerne la politique sur le personnel militaire.

Nous exécutons la plupart des travaux de recherche avec nos propres ressources internes, mais si c'est possible et approprié, nous faisons aussi appel à des entrepreneurs et nous collaborons avec d'autres organismes du gouvernement et de l'extérieur, afin de maximiser nos moyens de recherche. Un des organismes avec lesquels nous collaborons est Anciens combattants Canada. Cela est tout à fait logique en ce qui concerne non seulement la recherche se rapportant directement à la transition des membres des Forces canadiennes à la vie civile, mais aussi si l'on songe à la vie des anciens combattants, une fois cette transition opérée.

Comme vous le savez déjà, la direction générale et ACC ont collaboré ensemble pour réaliser les études sur la vie après le service militaire, ce qui a abouti à trois rapports portant sur la méthodologie, les résultats de l'étude sur le revenu et les résultats de l'enquête sur la transition à la vie civile. En outre, les chercheurs médicaux de l'organisme du colonel Bernier, soit la Direction générale des services de santé, ont mené l'étude du cancer et de la mortalité chez les membres des Forces canadiennes, en collaboration avec ACC.

Le MDN a lui aussi mené des recherches sur la transition. Une analyse récente de la littérature sur la transition à la vie civile a mis l'accent sur la santé mentale des personnes qui quittent les forces armées et sur les défis professionnels auxquels ils font ensuite face. Par suite de ces recherches, on a cerné un certain nombre de thèmes importants sur lesquels d'autres recherches pourraient être exécutées en collaboration avec ACC, et des travaux comportant des analyses secondaires des données tirées des études sur la vie après le service militaire ont déjà commencé.

Le ministère de la Défense nationale participe en outre à des projets dirigés par des chercheurs universitaires qui examinent les

données issues des études sur la vie après le service militaire et qui se penchent sur la relation entre la douleur chronique et la diminution du bien-être, ainsi que sur l'effet de tous les problèmes coexistants de santé physique et mentale sur les anciens combattants.

• (1555)

Enfin, on a amorcé la planification en vue de mener une étude sur les réservistes qui emploiera la même méthodologie que l'enquête sur la transition à la vie civile auprès d'anciens membres de la force régulière. Tout comme dans le cas de cette enquête, notre ministère prend part aux discussions sur la méthodologie de recherche en fournissant des données administratives et des indications sur les politiques propres aux réservistes; il contribuera également à la rédaction et à l'examen des rapports. On s'attend à ce qu'il y ait des problèmes uniques aux réservistes; en menant l'étude séparément, on pourra donc cerner ces problèmes et se pencher là-dessus aux stades de l'enquête et de l'analyse.

Je m'attends sans réserve à ce que la collaboration entre le ministère de la Défense nationale et Anciens Combattants Canada dans le cadre de ces recherches se poursuive pendant de nombreuses années et à ce que les deux ministères continuent à en tirer des avantages lorsqu'il s'agira de coordonner leurs efforts pour élaborer des politiques et des programmes axés sur les faits à l'intention des membres des Forces canadiennes et des anciens combattants, à tous les stades de leur vie.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, madame Truscott.

Colonel.

[Français]

Colonel Jean-Robert Bernier (médecin-chef adjoint, ministère de la Défense nationale): Monsieur le président, membres du comité, je vous remercie de me donner l'occasion de vous parler des partenariats de recherche en santé des Forces canadiennes.

[Traduction]

En tant que conseiller principal du ministère de la Défense nationale sur toutes les questions liées à la santé et fournisseur de services de santé aux Forces canadiennes, le médecin-chef doit disposer d'une capacité solide en matière de surveillance, d'analyse et de recherche en santé pour déceler des problèmes et améliorer les politiques, les programmes et les capacités cliniques connexes. En raison de la nature particulière du service militaire et de ses dangers opérationnels, professionnels et environnementaux, il faut mener une recherche appliquée qui, souvent, n'est pas, ou ne peut pas, être réalisée dans le domaine civil.

Par conséquent, la stratégie et le programme de recherche en santé du médecin-chef portent sur les besoins militaires et visent à atteindre une productivité et une efficacité maximales grâce à la collaboration avec d'autres organisations.

Nous disposons d'une capacité de recherche interne considérable qui est assurée par nos cliniciens scientifiques, aussi bien dans les cliniques des Forces canadiennes que dans les centres médicaux universitaires, et par le personnel scientifique au quartier général national et au Centre de médecine environnementale des Forces canadiennes. Chaque année, ils publient des dizaines d'études, de thèses et de rapports techniques jugés par les pairs et ils ont une réputation mondiale comme chefs de file dans des domaines clés de la recherche en santé militaire, par exemple, dans la gestion des traumatismes, les soins critiques et la santé mentale.

[Français]

R & D pour la défense Canada est notre partenaire le plus important, et nous menons en ce moment plus de 40 projets communs. Cela nous permet de réaliser des recherches essentielles, uniques au Canada, dans plusieurs domaines d'importance militaire, notamment la défense contre les agents chimiques et biologiques, les lésions par souffle et certains éléments de la santé mentale. Nous collaborons également avec d'autres éléments du ministère de la Défense nationale du Canada, plusieurs ministères et agences gouvernementales, comme le ministère des Anciens Combattants, le secteur privé et des universités.

[Traduction]

Nous renforçons notre collaboration avec les universités depuis la fondation de l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans, qui a été établi en réponse à une proposition que le médecin-chef a formulée en 2009. Ce réseau de 22 universités constitue un complément de la recherche sur la santé des militaires et des anciens combattants, car il permet de coordonner nos travaux de recherche pertinents et il a déjà organisé deux colloques de recherche afin de maximiser la transmission de résultats dans tout le pays.

Nous travaillons également en collaboration bilatérale et multilatérale avec les autorités en matière de recherche en santé militaire des pays alliés, y compris plusieurs organisations de recherche en santé de l'OTAN. En rassemblant nos ressources afin de faire de la recherche qui sert nos intérêts communs, nous obtenons souvent des résultats à un coût relativement faible ou qui affichent un rendement du capital investi extrêmement élevé.

En améliorant l'efficacité de la recherche et de la collaboration avec nos partenaires, nous cherchons à augmenter le plus possible le nombre de projets de recherche sur la santé qui permettent de protéger la vie et la santé des membres des Forces canadiennes.

[Français]

Je vous remercie de votre attention.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup, colonel.

Madame Truscott, j'aimerais vous poser une question avant de passer aux interventions des députés — ils vous l'auraient probablement posée de toute façon. Vous allez collaborer à l'étude sur les réservistes. Savez-vous si on procédera bientôt à cette étude?

Mme Susan Trustcott: C'est déjà plus ou moins en cours.

Le président: Merci.

Comme je le dis, je ne veux pas m'emparer des questions, mais celle-ci en est une qui revient souvent. Alors, merci.

Sur ce, nous passons à Mme Mathysen, qui dispose de cinq minutes.

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

Et merci à vous tous d'être ici et de nous fournir des renseignements sur cet autre aspect de la recherche que nous aimerions examiner, à savoir la transition.

J'ai quelques questions à vous poser. Vous pouvez tous y répondre, mais j'ai cru bon de commencer par M. Sareen.

Vous avez parlé de la recherche et des préoccupations liées à l'adaptation des anciens combattants. Un des problèmes qui m'inquiète particulièrement, c'est l'itinérance chez les anciens combattants. Ces hommes et femmes ont participé à des missions

de maintien de la paix et ont servi leur pays de façon remarquable; pourtant, on entend des histoires tragiques sur le sort de ces gens qui finissent par se retrouver dans des situations très désespérées.

Vous avez parlé de la santé mentale et de la recherche que vous menez sur ce sujet. Vous êtes-vous penché ou avez-vous effectué des travaux sur le lien entre l'itinérance et la santé mentale et sur la façon dont ces deux éléments semblent aller ensemble?

• (1600)

M. Jitender Sareen: C'est une excellente question. Je suis un des codirigeants du site de Winnipeg dans le cadre du projet d'aide aux sans-abri de la Commission de la santé mentale. Comme vous le savez, la Commission de la santé mentale du Canada mène l'initiative Chez Soi dans cinq villes, et les anciens combattants représentent une portion petite, mais non moins importante de la population visée.

Oui, je pense que la maladie mentale peut influencer sur le revenu personnel et le revenu du ménage et entraîner ce qu'on appelle une « dérive sociale ». De plus, aux États-Unis, les gens ayant des difficultés financières ont du mal à s'en sortir par les temps qui courent. Partout dans le monde, le revenu des ménages et les finances sont mis à rude épreuve. Les études que nous avons effectuées sur cette question révèlent qu'une telle situation présente un risque indépendant pour les problèmes de santé mentale, y compris le suicide.

Comme vous l'avez dit, il y a un lien solide entre l'itinérance, le stress financier et la santé mentale, et il s'agit d'une relation bidirectionnelle. Quand on est déprimé et qu'on ne peut pas travailler, on est alors invalide, ce qui peut mener à des problèmes financiers. Par ailleurs, si on subit des changements financiers ou une perte d'emploi, peu importe si on est dans l'armée ou en pleine transition de la vie militaire à la vie civile, il s'agit d'une question très importante.

Sans trop vouloir m'attarder sur les détails de l'étude sur l'itinérance, je dirais qu'une des principales questions abordées est l'idée d'accorder la priorité au logement. Au lieu de traiter la maladie mentale, puis d'aider la personne à trouver un logement, on doit plutôt essayer d'adopter l'approche de la priorité au logement. C'est, selon moi, ce qui s'impose.

On nous a invités à Winnipeg à cause de notre travail sur les Autochtones et la santé mentale. Je pense que vous entendrez parler d'exemples encourageants dans le cadre de cette étude.

M. David Pedlar: Si vous me le permettez, j'aimerais poursuivre sur la lancée de M. Sareen. Il a parlé du projet Chez Soi. Il s'agit d'un projet pilote à grande échelle en vue d'une intervention pour lutter contre l'itinérance dans quatre ou cinq sites partout au pays. Nous y participons depuis le tout début.

C'est non seulement un projet de démonstration, mais aussi un projet de recherche qui vise à déterminer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas et à recueillir des données pour en savoir plus sur la population. Aux premières étapes du projet, nous avons travaillé avec une équipe scientifique pour faire en sorte que des questions d'identification des anciens combattants soient intégrées au protocole utilisé pour chaque participant au programme dans l'ensemble du pays, et cela représente probablement jusqu'à 2 200 personnes. Ainsi, nous serons en mesure de collaborer avec la Commission de la santé mentale afin de tenir compte de la dimension propre aux anciens combattants.

Mme Irene Mathysen: Merci.

Le président: Je vous laisse poser une très brève question.

Mme Irene Mathysen: D'accord.

Monsieur Sareen, vous avez aussi participé à des travaux sur le suicide et l'effet d'un faible revenu sur la santé mentale. Vous y avez peut-être déjà répondu partiellement. Selon vos constatations préliminaires, l'effet d'un faible revenu est-il différent pour les anciens combattants que pour la population en général?

M. Jitender Sareen: Aucune étude n'a été faite. Nous avons un étudiant au doctorat dont la thèse porte sur la question, parce que nous n'arrivions pas à trouver de publications à cet égard, mais il y en a beaucoup sur deux autres sujets. Des chercheurs se sont demandé si l'argent fait le bonheur; par exemple, si vous gagnez le gros lot, est-ce que ça fait le bonheur dans la population en général et est-ce que ça fait le bonheur si vous avez des troubles mentaux et vivez dans la pauvreté?

Il n'y a virtuellement aucune étude sur les militaires. Comme vous le savez, l'invalidité, les prestations et tout le reste ont un grand effet.

• (1605)

Mme Irene Mathysen: Merci beaucoup.

Le président: Merci beaucoup, monsieur.

Madame Adams, vous avez cinq minutes, s'il vous plaît.

Mme Eve Adams (Mississauga—Brampton-Sud, PCC): Merci beaucoup aux témoins de leur présence.

Monsieur Sareen, nous avons entendu plus tôt qu'ACC a mené des travaux sur deux fonctions clés. La première consistait à faire la synthèse des connaissances existantes, soit d'interpréter et de surveiller les observations scientifiques sur les militaires et les anciens combattants, de même que les opinions d'experts. Dans le deuxième cas, des recherches de première main sont menées, ce qui nous donne de nouvelles connaissances par l'entremise d'études comme celles dont il a été question, à savoir les Études sur la vie après le service.

Pourriez-vous me donner un aperçu de haut niveau de ce que vous avez trouvé et nous dire si l'étude est maintenant terminée?

M. Jitender Sareen: En ce qui concerne l'Étude sur la vie après le service, je crois que ce serait mieux si je laissais M. Pedlar y répondre. Nous abordons des points précis à cet égard, mais je crois que ce serait mieux...

M. David Pedlar: Puis-je répondre à la question?

Mme Eve Adams: Bien entendu.

M. David Pedlar: L'étude a été réalisée dans le but de comprendre la transition vécue entre le service militaire et la vie civile et d'avoir une idée de la santé et du bien-être des anciens combattants après leur libération. Par le passé, nos travaux se sont, entre autres, limités à nos clients, à savoir environ 10 ou 15 p. 100 des anciens combattants. L'une des forces de cette étude est que nous avons réussi à examiner l'ensemble des 37 000 membres de la force régulière — pas ceux de la force de réserve — qui ont été libérés au cours d'une période de 10 ans, soit de 1997 à 2007. Il s'agissait de notre premier examen étendu de ce nouveau groupe.

Il y a eu un certain nombre de constatations importantes. Ce groupe est très hétérogène. Autrement dit, un membre peut emprunter un lot de chemins différents au cours de sa transition, et bon nombre de ces chemins sont positifs. La plupart des anciens combattants ont dit avoir bien vécu leur transition, et le tout a relativement été facile. Cependant, une minorité importante de gens, environ 25 p. 100, ont vécu une transition difficile ou très difficile. Cela nous a donc permis de cerner un sous-groupe qui a vécu plus de problèmes.

Mme Eve Adams: Quelle méthodologie a été utilisée? A-t-on distribué un questionnaire papier à l'ensemble du groupe ou...?

M. David Pedlar: Il y avait deux principales études. Il s'agissait d'une étude de couplage, et nous avons été en mesure d'y arriver grâce à une liste de tous les membres libérés. Cette liste nous a été fournie par le ministère de la Défense nationale et les Forces canadiennes. L'étude qui mettait l'accent sur les revenus sur une période de 10 ans a été reliée par Statistique Canada à un dossier de l'Agence du revenu du Canada. Nous avons donc été en mesure d'examiner les revenus sur une période de 10 ans débutant avant la transition et se terminant après.

Nous nous sommes également servis de cette liste pour créer un cadre que Statistique Canada a utilisé pour mener des entrevues auprès de plus de 3 000 anciens combattants qui ont fait la transition. Il s'agissait d'une enquête nationale. Voilà la méthodologie de base des deux principales études.

Mme Eve Adams: Je vous ai interrompu au moment où vous alliez nous parler des constatations de haut niveau provenant de l'étude.

M. David Pedlar: Oui. À ce sujet, l'expérience vécue lors de la transition variait beaucoup, mais certains ont vécu une transition difficile. En ce qui concerne le revenu, il était moins probable qu'un ancien combattant ait un faible revenu comparativement à l'ensemble de la population. Ils risquent deux fois moins de faire l'objet de ce que nous appelons une mesure de faible revenu, soit une mesure de Statistique Canada.

Mme Eve Adams: Et cela va de soi. Ces gens sont conditionnés pour travailler, faire un bon travail et servir leur pays. J'imagine qu'ils feraient des employés formidables.

M. David Pedlar: Exact. Les membres de ce groupe bénéficiaient très peu des programmes provinciaux d'aide sociale. Je crois que c'était rarement plus de 1 ou 2 p. 100 des membres d'une année à l'autre.

Cependant, certains anciens combattants ont dû surmonter des défis. Certains ont vu leur revenu fluctuer après leur libération. Les gens dont le salaire a le plus varié après leur libération sont ceux qui ont été libérés pour des raisons médicales, les femmes et ceux qui ont servi de 10 à 20 ans et qui se trouvaient donc en milieu de carrière. Ils risquaient davantage de voir leur plan de carrière changer en quittant l'armée à ce stade.

En ce qui a trait à la santé, il y a eu un certain nombre de constatations. Nous avons remarqué qu'il y avait des catégories où les anciens combattants avaient plus de problèmes de santé que les autres Canadiens. Parmi celles-ci, il y avait les maladies musculo-squelettiques, comme l'arthrite. Le taux était environ le double. Le taux pour les problèmes de dos était aussi environ le double. En général, ils avaient des taux plus élevés d'incapacité — à savoir l'incapacité de fonctionner dans la vie quotidienne. Toutefois, beaucoup de ces problèmes se limitaient à environ 16 p. 100 des membres de ce groupe. Les gens n'avaient pas qu'un seul problème; ils avaient tendance à en avoir un certain nombre. Cela nous a donc permis de cerner un groupe qui pourrait avoir de grands besoins en ce qui a trait à la façon dont leur situation est abordée par l'entremise de la gestion de cas et des autres services offerts.

Nous avons aussi examiné la portée du programme. Nous avons appris que nous avons beaucoup de succès avec certains groupes, surtout ceux qui ont été libérés pour des raisons médicales. Il s'agit d'un groupe que nous ciblons depuis le début de nos travaux sur la Nouvelle Charte des anciens combattants. Nous avons de nombreux contacts avec ce groupe, mais nous ne pouvons pas en dire autant pour ce qui est de certains autres groupes, comme les membres qui ont servi pendant une courte période, ceux qui ont été libérés de certaines façons — il peut s'agir de libérations sur une base volontaire —, les anciens combattants plus jeunes qui ont servi peu de temps, ainsi que d'autres groupes avec lesquels la communication et d'autres éléments laissent à désirer.

Voilà un aperçu de haut niveau.

• (1610)

Le président: Merci beaucoup, monsieur Pedlar.

Monsieur Casey, vous avez cinq minutes.

M. Sean Casey (Charlottetown, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je suis heureux que trois des quatre exposés aient fait allusion à l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans. Je suis très heureux que les cinq minutes du Parti libéral soient utilisées pour discuter de la manière dont le gouvernement du Canada peut en faire davantage pour assurer la continuité et le succès de cet organisme.

Le médecin-chef adjoint dit:

En raison de la nature particulière du service militaire et de ses dangers opérationnels, professionnels et environnementaux, il faut mener une recherche appliquée qui, souvent, n'est pas, ou ne peut pas, être réalisée dans le domaine civil.

Je suis tout à fait d'accord avec cela. Voilà pourquoi il faut mieux soutenir l'ICRSMV.

Monsieur Pedlar, vous avez très soigneusement choisi vos mots — et je peux comprendre pourquoi — lorsque vous avez dit qu'ACC fournissait « un soutien non financier » à l'ICRSMV. Vous avez également affirmé que vous contribuez largement au Forum annuel de recherche sur la santé des militaires et des vétérans canadiens. Nous entendons de telles paroles provenant d'ACC concernant bon nombre de partenariats dans lesquels le ministère n'investit pas réellement d'argent. Le programme Du régiment aux bâtiments me vient à l'esprit.

Monsieur Sareen, vous avez dit que l'ICRSMV vous aide dans vos travaux.

Je suis désolé de ce long préambule, mais j'aimerais entendre vos commentaires au sujet...

J'ai une dernière chose à dire avant de vous laisser la parole. Comme plusieurs d'entre vous le savent, je sais que des représentants de l'ICRSMV ont prononcé un plaidoyer très convaincant devant le Comité des finances de la Chambre des communes dans le cadre des propositions prébudgétaires. Ils cherchaient à obtenir du financement — des fonds réels et suffisants — pour leur permettre de réaliser leurs travaux. Ils ne l'ont pas obtenu.

J'aimerais que vous nous disiez ce que le gouvernement du Canada pourrait et devrait faire. De plus, à quels résultats pourrions-nous nous attendre si le gouvernement faisait ce qu'il doit faire au sujet de l'ICRSMV?

Merci.

M. David Pedlar: Je vais débiter.

Nous soutenons l'institut depuis le début. Nous l'avons fait de la façon dont je vous ai fait part.

En plus de cela, nous collaborons également avec l'institut en ce qui concerne les demandes de recherche auprès de groupes comme les Instituts de recherche en santé du Canada. Nous avons actuellement une demande en attente de traitement. Si cette demande est acceptée, l'ICRSMV administrera la subvention de recherche. Du financement sera offert par l'entremise de subventions à mesure que nous progresserons. Nous collaborons très étroitement avec l'institut au sujet des subventions disponibles.

Cela pourrait ainsi fournir directement des fonds supplémentaires à l'institut.

• (1615)

M. Sean Casey: Merci.

Col Jean-Robert Bernier: Je vais en aborder les origines. Pendant de nombreuses années, nous avions des chercheurs universitaires et des chercheurs associés des forces armées qui voulaient vraiment obtenir des données pour les aider à réaliser des travaux pour leur propre compte ou celui de leur faculté sur les militaires ou les domaines relatifs à la santé des militaires. Les Forces canadiennes, Recherche et développement pour la défense Canada et Anciens Combattants Canada, je crois, finançaient de manière indépendante les travaux de chercheurs universitaires ou de facultés au sujet de questions très précises.

Il faut suivre tout un processus pour les contrats et les soumissions.

Le médecin-chef a eu l'idée il y a quelques années de mettre sur pied un point d'accès central, un processus commun pour toutes les universités. Les intervenants n'auraient plus qu'à se rendre à ce point central pour trouver les éléments pertinents et intéressants concernant les problèmes de santé des militaires et des anciens combattants.

L'ICRSMV ne possède pas de capacité de recherche. Il s'agit d'un véhicule administratif ou d'un institut qui vise à améliorer et gérer l'ensemble des initiatives des intervenants du milieu universitaire qui veulent apporter leur soutien. L'argent provenant du ministère de la Défense ou d'Anciens Combattants Canada qui est accordé serait géré par l'ICRSMV; c'est l'institut qui déterminerait le mécanisme ou le groupe de chercheurs universitaires. Dans la plupart des cas, nos besoins en matière de recherche sont tellement grands qu'aucune université au Canada ne pourrait y répondre seule.

Pour répondre à nos besoins en matière de recherche, il faut souvent faire appel à de nombreux chercheurs d'une même université ou de diverses universités. Dans de tels cas, nous nommons souvent un chercheur associé des forces armées, de Recherche et développement pour la défense Canada ou d'Anciens Combattants Canada; ce chercheur explique aux autres la réalité et le contexte, soit deux éléments très importants pour faire en sorte que les recherches sur la santé réalisées par des chercheurs universitaires du milieu civil soient vraiment applicables aux forces armées.

Il y a actuellement de l'argent provenant du ministère de la Défense et d'Anciens Combattants Canada. Nous avons des questions de recherche précises que nous voulons aborder et nous avons demandé à l'ICRSMV de voir s'il y a de l'intérêt du côté des universités à ce sujet. Nous élaborons également une vaste offre permanente en vue d'éviter d'avoir à utiliser un processus bureaucratique très long et très fastidieux pour recevoir des soumissions pour les recherches. Nous espérons avoir une offre permanente avec l'ICRSMV qui servira de tremplin pour mettre en place une initiative concertée regroupant les meilleurs chercheurs du milieu universitaire qui possèdent les capacités et les connaissances en la matière.

J'aimerais seulement mentionner que les Australiens ont également un institut sur la santé des militaires et des vétérans, mais il leur a fallu 15 ans pour mettre le tout en branle. L'ICRSMV n'existe que depuis deux ans, et nous avons déjà remis le premier prix de recherche en santé militaire. C'est une première. Le médecin-chef a créé ce prix grâce à un parrainage privé. M. Sareen en a été le premier récipiendaire en reconnaissance de la grande qualité de la recherche qu'il a présentée lors du deuxième Forum de recherche sur la santé des militaires et des vétérans canadiens.

Les choses progressent. La structure des comités s'améliore progressivement. Cela nous permettra d'être plus efficaces et de mettre en place un processus juste dans lequel les intérêts, les compétences et les capacités de toutes les universités pourront être représentés. Il y aura un élément central qui se chargera de la distribution de l'argent du gouvernement fédéral.

Il faudra du temps pour que tout fonctionne rondement, mais il y a eu d'importants progrès. Bref, à un très faible coût pour les contribuables canadiens, nous avons mis en place un système beaucoup plus efficace et productif en vue d'aborder les questions de recherche sur la santé des militaires et des vétérans.

Le président: Merci beaucoup, colonel Bernier.

La parole est à M. Chisu, pour cinq minutes. Je vous en prie.

M. Corneliu Chisu (Pickering—Scarborough-Est, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président. Merci beaucoup aux témoins d'être ici.

Comme vous le savez, le service militaire est exigeant physiquement et mentalement. Pourtant, on entend souvent dire qu'il y a peu d'informations sur les effets à long terme sur la santé des militaires après leur libération.

Monsieur Sareen, vous avez parlé dans votre présentation du livre *J'ai serré la main du diable*, écrit par le général Dallaire, aujourd'hui sénateur.

Avez-vous déjà parlé à quelqu'un ayant pris part à l'opération de la poche de Medak? Il s'agissait de la première mission des Forces canadiennes en Bosnie, et c'était une mission de combat.

• (1620)

M. Jitender Sareen: Oui.

M. Corneliu Chisu: C'était en 1995. C'est très intéressant, parce que cette mission a pavé la voie aux opérations en Afghanistan. Ces militaires sont maintenant des anciens combattants. Avez-vous déjà communiqué avec quelqu'un qui a pris part à ces affrontements, ou avez-vous des données à ce sujet? Je crois que c'était la première fois que des soldats canadiens ouvraient le feu de cette façon et qu'ils tuaient quelqu'un.

M. Jitender Sareen: Oui.

M. Corneliu Chisu: Ce fut le premier engagement militaire à se démarquer totalement des opérations de maintien de la paix. Encore là, cela a pavé la voie aux opérations en Afghanistan de 2006 à 2011.

J'aimerais aussi attirer votre attention sur ce qu'on appelle les « pelotons du personnel en attente ». Le colonel sait probablement de quoi je parle. Qu'est-ce qu'on entend par « pelotons du personnel en attente »? Il s'agit des membres du personnel qui, pour diverses raisons, ne sont pas inscrits aux cours et qui sont libérés des forces, mais il leur faut attendre longtemps avant d'être libérés.

J'ai eu connaissance de quelques accidents quand j'étais officier du génie de construction à Meaford, en 2006; l'un d'eux était un suicide. Je pense donc que cela mérite notre attention. Je ne sais pas si votre étude « La vie après le service » aborde aussi cet aspect important de la vie militaire.

M. Jitender Sareen: Merci pour la question.

Je traite actuellement des anciens combattants qui ont servi en Bosnie. Je pense que l'enquête précédente, effectuée en 1995, se penchait sur la question. Vous avez raison, avant l'Afghanistan, le Rwanda et la Bosnie, le plus grand stress que pouvaient occasionner les missions de maintien de la paix, c'était l'ennui.

M. Corneliu Chisu: J'en profiterai pour mentionner qu'un livre a été écrit sur la poche de Medak. Avez-vous eu l'occasion de le lire?

M. Jitender Sareen: Non, je ne l'ai pas lu.

M. Corneliu Chisu: Je vous le recommande fortement, monsieur.

M. Jitender Sareen: Si vous me permettez un autre commentaire, j'ajouterais que comme pour les prédispositions aux maladies cardiovasculaires, il y a toute une gamme de facteurs à considérer, et on peine d'ailleurs à comprendre totalement les maladies cardiovasculaires ou le cancer. Ce sont des maladies complexes pour lesquelles des facteurs génétiques, environnementaux et familiaux... Il y a 30 ans, la plupart d'entre nous aurait probablement fumé la cigarette dans cette salle, mais avec le temps, on a découvert que la cigarette est un important facteur de risque.

Je crois que les maladies mentales font partie de ces maladies complexes, et qu'on ne comprend pas exactement pourquoi une personne en particulier... Pour revenir à l'idée du forum, il est important de se rappeler que c'est un groupe particulier. Si nous pouvons réunir les grands esprits... L'argent est important, mais en réalité...

Des étudiants m'ont accompagné à la conférence, et ils avaient très hâte d'entendre l'allocution de Roméo Dallaire. Il s'agit d'interpeller la prochaine génération de chercheurs qui vont en fait faire les découvertes attendues.

Col Jean-Robert Bernier: En ce qui concerne l'opération de la poche de Medak, il s'agissait du 2^e Bataillon, le groupement tactique du Régiment de l'infanterie légère de la Princesse Patricia. Mon chirurgien adjoint à la base de Calgary était l'officier médical senior de ce groupement. Lui et moi avons établi, après cette opération, le premier programme de verbalisation suivant un incident critique pour les forces armées de l'ouest du Canada, d'où provenaient les troupes. Il a été sur place pendant toute la durée de la mission, y compris lors de la bataille de la poche de Medak, et il a vu comment les problèmes de santé mentale se sont présentés et quelles en ont été les suites.

Les forces armées disposaient à l'époque d'un assez bon programme de santé mentale, ou plutôt d'une bonne capacité clinique en matière de santé mentale, mais il faut se souvenir qu'il avait été établi tout de suite après la Guerre froide, alors qu'on s'attendait à des pertes massives en Europe de l'Ouest. La santé mentale n'occupait toutefois pas autant de place qu'elle le fait depuis quelques décennies. Les stigmates associés aux problèmes de santé mentale étaient bien présents, et la société refusait de célébrer l'issue de cette opération. On était loin à ce moment-là des ressources et des services offerts aujourd'hui, même chose pour les efforts visant à effacer les stigmates associés aux soins, ainsi que pour la mentalité qui prévalait même au sein des forces armées. Aujourd'hui, les choses sont à des années-lumières de ce qu'elles étaient. Je ne dirais pas que la situation était déplorable, mais les anciens combattants de cette bataille en particulier n'ont pas pu profiter des meilleures ressources en santé mentale ni d'un contexte des plus favorables. Certains d'entre eux ont donc souffert énormément et pendant un long moment avant de recevoir les soins appropriés.

Aujourd'hui, et j'en ai déjà parlé au comité, avec les normes de soins, le dépistage et la réduction des stigmates dans les forces armées, en plus des programmes offerts, même s'ils ne sont pas parfaits et qu'il arrive que certains ne se présentent pas pour avoir les soins dont ils ont besoin... La plupart du temps, ce sont ces personnes elles-mêmes qui ont des idées préconçues et qui refusent tout simplement de recevoir des soins.

Nous avons fait énormément de chemin en ce qui a trait aux soins cliniques en santé mentale, au soutien non clinique et à la mentalité, ayant pratiquement éliminé les stigmates y étant associés. On a réussi à renverser la culture et à changer la perception des problèmes de santé mentale, entre autres grâce au général Dallaire, mais aussi grâce aux nombreux efforts déployés pour en arriver là où nous en sommes aujourd'hui.

•(1625)

Le président: Merci beaucoup, colonel Bernier. Le temps est écoulé depuis un moment déjà.

Madame Papillon, bienvenue à vous. Vous avez cinq minutes. Je vous en prie.

Mme Annick Papillon: Merci beaucoup, monsieur le président.

[Français]

Merci beaucoup à tous nos invités de s'être déplacés aujourd'hui.

Plusieurs anciens combattants que j'ai consultés pendant plusieurs mois, lorsque j'étais porte-parole adjointe responsable du dossier d'Anciens Combattants Canada, m'ont parlé de l'importance des services de première ligne. Lorsqu'on parlait de leurs besoins, c'était l'importance de parler à des gens qui ressortait le plus. Je ne peux pas passer sous silence toutes les réductions de personnel, notamment à Québec, dont je suis la députée. Onze postes de fonctionnaire ont été éliminés au Québec, dont trois à Québec. Ce sont des personnes qui s'occupent principalement d'accompagner les vétérans aux prises avec un traumatisme de stress opérationnel. Des quatre postes à Québec, il n'en restera qu'un seul. Au final, les postes de 75 employés affectés au service à la clientèle seront abolis. Il est certain que cela empêchera le ministère de répondre directement aux besoins des vétérans. J'aimerais vous entendre là-dessus.

Cela nous inquiète énormément. Si on continue sur cette lancée, d'ici cinq ans, il y aura d'importants problèmes, compte tenu de notre présence en Afghanistan et du fait qu'il y aura de plus en plus d'anciens combattants. De plus, les effets des missions en Bosnie, au Rwanda et en Somalie se font toujours sentir. Qu'en sera-t-il dans les

prochaines années? J'aimerais entendre les commentaires des représentants du ministère des Anciens Combattants là-dessus. On peut bien parler de statistiques et de rapports et faire des investissements, mais qu'en est-il des services directs aux vétérans et à leur famille?

[Traduction]

M. David Pedlar: Carlos, voulez-vous répondre à la question?

M. Carlos Lourenso (directeur, Programmes des avantages médicaux et de l'autonomie des anciens combattants, ministère des Anciens Combattants): Premièrement, monsieur le président, le ministère continue à s'assurer que les anciens combattants sont en mesure de choisir les canaux de service qui leur conviennent le mieux. Les choses changent. Nous savons que la technologie évolue et nous savons que nous pouvons offrir des services d'une multitude de façons. Les anciens combattants sont différents des anciens combattants d'autrefois. Ils s'attendent à pouvoir recevoir des services par différents moyens, c'est-à-dire en ligne, par téléphone, en personne et ainsi de suite. Le ministère des Anciens Combattants s'engage à offrir ces différents canaux de service à ses clients.

Le ministère continuera à offrir des services en personne dans tous les secteurs où les anciens combattants en auront besoin. Dans les dernières années, les anciens combattants étaient éparpillés un peu partout au pays, et souvent il n'y avait pas de bureau de services ou de bureau de district dans leur secteur — par exemple au nord de l'Ontario ou au nord du Québec —, ce qui voulait dire que des gens se déplaçaient pour aller les rencontrer. Ce sera encore le cas dans les années à venir. Il y aura toujours des points de contact où les anciens combattants pourront se présenter pour recevoir des services, et il y aura des points de contact où nos agents se déplaceront pour rencontrer les anciens combattants. Nous allons toutefois apporter certains changements pour réduire les lourdeurs administratives et faciliter la tâche à nos clients, tout en veillant à leur offrir ces différents canaux de service, peu importe la façon dont ils se présenteront à nous.

[Français]

Mme Annick Papillon: Ça, bien sûr, c'est le point de vue du ministère des Anciens Combattants. Il réduit le nombre de fonctionnaires et il pense que tous les anciens combattants sont capables de faire facilement la transition à la vie civile en moins de six mois. Malheureusement, ce n'est pas le cas. Quand on écoute, qu'on demande leur avis aux anciens combattants à Québec, au Québec, ce n'est pas ce que j'entends, et je suis certaine que les anciens combattants de Québec ne sont pas différents de ceux du reste du pays. Ils ne reçoivent pas de services. Ils m'ont dit ne s'être jamais plaints des services; ils demandent seulement qu'il y ait plus de gens pour répondre à leurs besoins. Ils ne se sont jamais plaints du travail des fonctionnaires et ils saluent leur travail, mais ils pensent qu'il n'y en a pas assez. Alors, imaginez ce qu'il en sera avec les réductions à fond de train dans ce domaine. Ce n'est vraiment pas la bonne direction à prendre.

C'est le message qu'il est important de donner ici au nom de tous les anciens combattants. Ils veulent savoir que ce comité et le ministère prendront leurs besoins en considération. Ils demandent plus de services directs, de parler à quelqu'un et non pas de rester en ligne après avoir composé un numéro 1-800 quelque chose Canada. Ils veulent parler à des personnes et ne pas passer d'un gestionnaire de cas à un autre et raconter chaque fois leur histoire. Ils veulent sentir qu'ils peuvent faire confiance à des individus qui resteront en poste et qui pourront leur offrir des services. C'est une première chose importante.

Je me demande si vous avez un plan de match sur les soins de santé à long terme, qui continuent à être un problème. Vu la fermeture de l'hôpital Sainte-Anne, ce sera délaissé. Avez-vous pensé à offrir aux vétérans des soins de santé à long terme?

•(1630)

[Traduction]

Le président: Malheureusement, c'est tout le temps que nous avons. C'était une présentation très éloquente. Je pense que tout a été consigné dans nos délibérations. Si l'un ou l'autre d'entre vous veut répondre aux questions par écrit, nous vous encourageons à le faire.

Nous cédon maintenant la parole au très discret et subtil M. Storseth, pour cinq minutes.

Des voix: Oh, oh!

M. Brian Storseth (Westlock—St. Paul, PCC): Merci, cher président.

Je veux revenir aux initiatives de transformation.

Colonel Bernier, vous n'en êtes pas à votre première visite, et j'aime toujours entendre vos témoignages. Vous avez parlé des stigmates, et j'estime que c'est un point extrêmement important. M. Chisu a raison — les stigmates dont sont affligés les hommes et les femmes qui ont servi en Bosnie et ailleurs... J'ai pu m'asseoir avec quelques-uns d'entre eux. Ils ont mis des années à s'en sortir, et ils ont longtemps souffert avant d'en parler à quelqu'un. Nous devons tout mettre en oeuvre pour que cela n'arrive plus jamais au Canada.

La direction des Forces canadiennes a beaucoup changé. Les généraux Natynczyk et Hillier ont tous les deux joué un rôle prépondérant dans cette transformation, et ils veillent à ce qu'on travaille à effacer ces stigmates. J'en conclus, d'après votre témoignage, que vous avez aussi l'impression que les mentalités ont changé.

Y a-t-il des indicateurs ou des mesures qui pourraient nous indiquer que cela fonctionne, que les stigmates s'estompent réellement?

Col Jean-Robert Bernier: Oui, monsieur. C'est une nouvelle mentalité qui est maintenant bien ancrée dans les forces armées, et c'est devenu contre la culture de ne pas donner son soutien à ceux qui en ont besoin. Et c'est grâce à tous les efforts de sensibilisation déployés auprès des dirigeants, des pairs, des subordonnés, des membres eux-mêmes et de leur famille, pour les aider à reconnaître les signes et les symptômes et savoir comment obtenir des soins. De plus, nous avons environ cinq mesures objectives qui démontrent que...

L'une d'elles est une étude que nous avons effectuée il y a deux ou trois ans auprès des membres des Forces canadiennes, et qui nous a permis de constater que seuls 7 p. 100 environ des répondants auraient une opinion négative d'un autre soldat aux prises avec un problème de santé mentale ou qui en présente des symptômes. C'est très peu, surtout si on compare ces résultats à ceux obtenus auprès de la population civile.

La Royal Society of Medicine du Royaume-Uni a publié une étude comparant l'ampleur des préjugés dans cinq grands pays alliés anglo-saxons — la Nouvelle-Zélande, l'Australie, le Canada, les États-Unis et le Royaume-Uni —, et a conclu que c'est au sein des Forces canadiennes que les moins d'idées préconçues sont véhiculées.

Tous les membres sont soumis à un dépistage postdéploiement, un processus amélioré qui est en fait une évaluation détaillée et approfondie permettant de détecter les problèmes de santé mentale et

physique. On procède au dépistage de trois à six mois suivant un déploiement d'environ deux mois. Au moment où a été réalisé le Supplément de l'Enquête de 2002 sur la santé dans les collectivités pour les Forces canadiennes, on constatait qu'il fallait en moyenne cinq ans et demi pour qu'un membre réclame des soins en santé mentale.

Depuis quelques années, en fait depuis la mise en place du processus amélioré de dépistage postdéploiement, on remarque que plus de la moitié des membres reçoivent déjà des soins de trois à six mois après leur retour d'un déploiement.

Finalement, un chercheur américain de renom et d'une grande crédibilité a comparé des données américaines à des données canadiennes, et a conclu que le niveau de préjugés relevé dans les Forces canadiennes se situait à un tiers du niveau enregistré dans la population militaire américaine.

•(1635)

M. Brian Storseth: Excellent. Merci beaucoup.

J'ai une autre question à vous poser rapidement à ce sujet. Prévoit-on mener des études à long terme? Vous ne le savez peut-être pas, mais pensez-vous qu'on procédera à des études de suivi tous les trois, cinq ou dix ans à ce sujet?

Col Jean-Robert Bernier: Nous avons toute une liste d'études à long terme et d'études planifiées, et nous n'aurions probablement pas assez de temps pour que je les énumère toutes. Certaines sont très importantes, comme la nouvelle édition du Supplément de l'Enquête de 2002 sur la santé dans les collectivités pour les Forces canadiennes, qui sera réalisée l'an prochain. Il y a aussi un autre sondage sur la santé et le style de vie. Toute une gamme d'études nous aideront à déterminer quelles répercussions ont eu les programmes de santé mentale mis en oeuvre au cours des 10 dernières années, mais aussi à comprendre quels sont les problèmes et les besoins actuels.

M. Brian Storseth: Pardon. Allez-y.

Mme Susan Trustcott: J'ajouterais simplement que nous procédons également à des enquêtes, dont une qui s'appelle « Votre opinion ». C'est une enquête menée auprès du personnel militaire tous les six mois. Nous interrogeons aussi régulièrement les conjoints. Nous demandons entre autres aux membres à quel point ils font confiance aux Forces canadiennes pour prendre soin d'eux et de leur famille s'ils sont blessés.

C'est un autre mécanisme qui appuie ceux que le colonel Bernier a mentionnés. Nous voulons demeurer à l'affût et savoir dans quelle mesure les membres du personnel croient que le système va les prendre en charge.

M. Brian Storseth: Merci.

Vous avez lu dans mes pensées. Ma prochaine question portait sur les familles et les conjoints. C'est excellent.

Finalement, colonel Bernier, savons-nous si les préjugés qui persistent se trouvent davantage dans certains secteurs des forces — dans les forces aériennes ou dans l'armée comparativement à la marine —, ou est-ce à peu près égal partout?

Col Jean-Robert Bernier: Selon les indications que nous avons, les stigmates persistent surtout aux grades inférieurs, et comme c'est généralement le cas dans l'ensemble de la population pour des choses comme celle-là, il y a une corrélation à faire avec le niveau d'instruction. Mais nous n'avons pas beaucoup de données objectives à ce sujet.

M. Brian Storseth: J'aimerais...

Le président: Merci beaucoup, monsieur Bernier.

M. Brian Storseth: J'ai posé la question parce qu'on trouve des forces aériennes et la PPCLI dans ma circonscription.

Le président: La parole est maintenant à M. Lobb pour cinq minutes.

M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC): Merci, monsieur le président.

Madame Truscott, M. Storseth a mentionné que vous aviez lu dans ses pensées. Pouvez-vous dire au comité quoi d'autre vous avez pu voir dans son esprit?

Des voix: Oh, oh!

M. Ben Lobb: C'est peut-être une question à poser après 17 h 30.

Il y a une chose que j'aimerais savoir. Monsieur Bernier, vous nous avez dit qu'il y avait trois fois plus de préjugés à l'égard de la santé mentale au sein des forces américaines que dans les Forces canadiennes. Je me demandais simplement ce que les États-Unis ne faisaient pas, étant donné que les choses vont bien au Canada. Aidez-nous à comprendre ce qui se passe, car c'est important. Nous avons trouvé une solution, mais qu'est-ce que les États-Unis n'ont pas compris?

Col Jean-Robert Bernier: Je ne peux pas vraiment avancer de théorie, mais la perception et le traitement des problèmes de santé mentale ont toujours été très différents là-bas. Le soutien offert aux troupes américaines n'est pas du tout le même, et on remarque aussi d'importantes différences dans la durée et la fréquence des déploiements, par exemple. Il y a tout simplement trop de facteurs à considérer pour identifier une cause précise.

La façon dont les États-Unis dirigent leurs forces armées, et en particulier comment ils traitent des suicides, de la santé mentale ou des stigmates, est trop différente de la nôtre pour faire des comparaisons directes.

M. Ben Lobb: D'accord.

Ma question s'adresse à quiconque voudra répondre. Le programme de transformation a pour but d'améliorer la vie des vétérans. Celui-ci touche différents secteurs importants, dont celui de la recherche, notre sujet d'aujourd'hui. Dans son mémoire, M. Bernier souligne que l'on travaille avec d'autres pays de l'OTAN et — je vais paraphraser — que les pratiques exemplaires que nous empruntons aux autres sont tirées sur le volet.

Comment ça fonctionne? J'imagine que c'est un processus continu, mais j'aimerais savoir comment celui-ci fonctionne. Ces pratiques exemplaires sont-elles examinées par le ministère des Anciens combattants ou le MDN en vue d'une mise en oeuvre chez nous?

• (1640)

Col Jean-Robert Bernier: Mme Truscott pourra également répondre à certaines de ces questions, puisqu'elle participe au programme de coopération technique entre l'Australie, le Canada, le Royaume-Uni, les États-Unis et la Nouvelle-Zélande.

Je préside le comité de recherche en médecine et santé de l'OTAN, qui compte plusieurs groupes de travail sur la recherche. Voici comment ça fonctionne. Des pays doivent avoir un intérêt commun et s'entendre sur le sujet de recherche qui leur convient, celui qui permet de traiter d'un problème commun. Ensuite, chacun fournit toutes les données qu'il possède sur le sujet, des données provenant principalement de l'analyse documentaire, mais aussi de ses propres recherches menées, habituellement, sur du personnel militaire.

Par exemple, un de nos chercheurs préside un groupe de travail sur les suicides au sein du personnel militaire. Quinze autres pays participent à ce groupe de travail.

Les résultats, soit les pratiques exemplaires, sont ensuite publiés. Chaque pays applique les pratiques qui conviennent le mieux à sa réalité et aux facteurs sociaux et organisationnels de sa force militaire.

Le financement de ces projets est aussi partagé. Les efforts multinationaux et bilatéraux sont très variés, notamment en ce qui concerne les États-Unis. Parfois, le Canada investit peu d'argent et d'efforts dans un projet de recherche, alors que les États-Unis y contribuent 50 fois plus.

Je ne parle pas particulièrement de la santé mentale. Par exemple, nous travaillons à l'élaboration de vaccins dans le cadre de la défense biologique — des vaccins contre les armes biologiques — et d'autres mesures de prévention médicales. Pour un de ces vaccins, le Canada assume 2 p. 100 des coûts et le Royaume-Uni une autre petite partie. Le reste, ce sont les États-Unis qui s'en chargent. Donc, dans de nombreux cas, pour une très petite participation, parfois simplement le financement de l'analyse, on obtient un rendement du capital investi extrêmement élevé.

Mais, ces recherches sont toujours alignées sur un intérêt et un sujet communs à tous les participants. Il faut que ce soit ainsi, notamment avec nos meilleurs alliés, car nous participons aux mêmes missions. Nous déployons rarement nos forces sans le soutien de nos alliés. Donc, les membres de l'OTAN travaillent à l'interopérabilité de leurs forces et à la normalisation de leurs pratiques et programmes sur le plan de la santé et sur tout autre plan ayant un impact sur les opérations militaires.

Le président: D'accord. Votre temps est écoulé.

J'aimerais signaler que nous laissons à nos témoins tout le temps qu'il faut pour répondre. Ce sont les membres du comité que l'on interrompt.

Cela met fin à la première série de questions. Nous allons maintenant amorcer la deuxième. Les membres disposeront de quatre minutes chacun.

Je crois comprendre que M. Chicoine sera le premier intervenant.

Monsieur, vous avez la parole.

[Français]

M. Sylvain Chicoine (Châteauguay—Saint-Constant, NPD): Merci, monsieur le président.

Je remercie aussi tous nos témoins d'être venus aujourd'hui pour nous faire part de leurs connaissances et de leurs observations.

J'ai une question sur les conclusions de la coroner Hélène Lord, qui avait enquêté sur le suicide d'un soldat de la base militaire de Valcartier. Elle a indiqué que les délais d'attente étaient beaucoup trop longs. En effet, il fallait 120 jours pour avoir accès à des soins au centre de santé mentale de la base de Valcartier.

J'aimerais savoir si des mesures ont été prises afin de réduire les délais d'attente pour qu'ils soient conformes à la norme de 30 jours des Forces canadiennes, au lieu de 120 jours comme c'était le cas au moment de l'enquête de la coroner.

Col Jean-Robert Bernier: Je ne peux pas parler de cas individuels parce que les lois relatives à la vie privée me l'interdisent. Je peux cependant dire qu'il s'agit d'un problème qui touche la population canadienne dans son ensemble. La semaine dernière, un journal d'Ottawa, *l'Ottawa Citizen*, indiquait en première page que l'hôpital d'Ottawa avait une liste d'attente d'un an, uniquement pour une évaluation et non pour un traitement. Dans les Forces canadiennes, ces délais sont beaucoup plus courts. On a des difficultés dans certaines régions, par exemple à Valcartier et à Petawawa, mais on a la permission du gouvernement et les ressources nécessaires pour engager deux fois plus de professionnels en santé mentale que dans le secteur civil au Canada. Le nombre actuel de professionnels au Canada, par rapport à la population, est le plus élevé de tous les pays de l'OTAN.

C'est ce qu'on a, mais on veut toujours s'améliorer. On voudrait combler tous ces postes, mais on a beaucoup de difficulté à le faire parce qu'il y a une grande pénurie de ces professionnels partout au Canada. C'est pourquoi on établit et on renforce nos liens avec les sociétés professionnelles. Par exemple, récemment, il y avait un salon de l'emploi à Québec. Notre personnel en santé mentale y a fait plusieurs présentations sur les problèmes militaires, notamment le syndrome de stress post-traumatique, et on fait de même lors de toutes les conférences scientifiques réunissant des associations professionnelles. Ainsi, à la suite de ce salon de l'emploi, on a réussi à susciter l'intérêt de 10 psychologues québécois. On augmente notre capacité et nos liens avec ces associations professionnelles dans le cadre de ces conférences scientifiques pour essayer de susciter plus d'intérêt.

De plus, nous avons une entente qui nous permet d'engager des professionnels en santé mentale et de leur payer des salaires plus élevés que ce qui est permis par la fonction publique. Cependant, malgré tout cela, on a de la difficulté à les trouver, comme tous les établissements de santé au Canada d'ailleurs, à cause de la pénurie.

•(1645)

[Traduction]

Le président: Brièvement, s'il vous plaît, monsieur Chicoine.

[Français]

M. Sylvain Chicoine: Y a-t-il eu une réflexion sur le recours à des psychologues cliniciens? Je crois que les Forces canadiennes n'ont pas recours à ces professionnels. Quand nos troupes sont déployées à l'étranger, il n'y a pas d'intégration de psychologues cliniciens aux Forces canadiennes.

Y a-t-il eu une réflexion relativement à l'embauche de tels psychologues?

Col Jean-Robert Bernier: À l'heure actuelle, on a recours à des psychologues cliniciens dans tous nos grands centres de santé mentale. Toutefois, il s'agit de civils et non pas de militaires. Lors des déploiements, on a recours à des psychiatres, à des infirmières en santé mentale et à des travailleurs sociaux ayant des compétences spéciales, ainsi qu'à nos médecins généralistes, qui ont certaines compétences en particulier.

Compte tenu de la façon dont on est organisés présentement, on n'a pas eu besoin des compétences des psychologues cliniciens lors des opérations de déploiement, mais on les utilise, par exemple, pour la décompression dans un tiers lieu, à Chypre, après les longs

déploiements. C'est le cas si on a la capacité de déployer des civils, si on a besoin d'eux et si on détermine que ce serait nécessaire pour les opérations.

On évalue continuellement nos besoins relativement à toutes les professions et à toutes les compétences dans tous les domaines de la santé.

[Traduction]

Le président: Merci.

Passons maintenant à M. Harris. Vous avez quatre minutes.

M. Richard Harris (Cariboo—Prince George, PCC): Merci, monsieur le président.

Monsieur Lourenso, j'aimerais revenir à vous, puisque vous n'avez pas eu la chance de répondre. J'aimerais que vous expliquiez à mes collègues d'en face qu'ils ont tort de croire qu'il est impossible de transformer ou d'améliorer quelque chose sans accroître le financement.

Je sais qu'ils ont tort. Je sais aussi que vous vous engagez à offrir le meilleur service possible aux vétérans qui éprouvent, entre autres, des problèmes de santé physique ou de santé mentale. J'aimerais simplement que vous nous parliez un peu plus de cet engagement et que vous rassuriez mes collègues d'en face que vous êtes sur la bonne voie.

M. Carlos Lourenso: Certainement. Comme d'autres témoins vous l'ont déjà dit, le ministère a adopté diverses mesures visant à simplifier les services offerts aux clients et à en accroître l'efficacité. Nous voulons nous assurer que ceux qui ont le plus besoin de nous auront quelqu'un pour les épauler.

Nous avons tenté de simplifier et d'automatiser les tâches administratives au sein du ministère — les processus, les envois postaux, les formulaires à remplir, la paperasse et les diverses tâches quotidiennes — et de réduire le nombre de signatures du client et de formulaires.

Cela nous permet de mieux utiliser notre personnel et les autres ressources dont nous disposons. Nous avons mis sur pied les Centres intégrés de soutien du personnel et organisé des cliniques pour TSO. Nous comptons également 200 gestionnaires de cas graves et plus de 4 000 fournisseurs de soins de santé mentale un peu partout au pays. Nous avons donc accru le nombre de points de services externes offerts aux vétérans dans diverses régions du pays — pas seulement ceux qui habitent dans des grandes villes et là où il y a une forte concentration de militaires —, afin de nous assurer qu'ils ont accès aux différents programmes, qu'ils peuvent interagir de différentes façons avec le ministère et qu'ils peuvent profiter d'une plus grande gamme de services auxquels ils n'auraient pas eu besoin auparavant.

Nous savons que, comparativement aux vétérans des autres époques, ceux qui faisaient partie d'une cohorte d'âges dont l'écart n'était que de quatre ou cinq ans — comme les anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale —, l'écart d'âge des vétérans d'aujourd'hui est beaucoup plus prononcé, ce qui signifie que leurs besoins sont très variés. Notre ministère doit s'ajuster à cette réalité et nous assurer que les services offerts aux vétérans et leur prestation cadrent avec leurs besoins divers.

•(1650)

M. Richard Harris: J'imagine que, dans le cadre de ces améliorations et de cet exercice de simplification, le défi consiste à informer les vétérans ayant besoin d'aide que vos méthodes ont changé pour qu'ils ne s'attendent pas aux vieilles méthodes lentes et complexes utilisées auparavant. Il faut les convaincre qu'il faut essayer vos nouveaux services simplifiés, qu'ils vont aimer l'expérience. C'est certainement un des défis à relever. Les vétérans qui éprouvent des problèmes ne savent peut-être pas que vos services sont maintenant plus efficaces et plus simples. La difficulté consiste à les mettre à l'aise avec ces nouveaux services afin qu'ils puissent être mieux servis.

M. Carlos Lourenso: Absolument. Une de nos plus importantes transformations fut de décentraliser nos bureaux. Plutôt que d'être concentrés dans les villes, ceux-ci sont maintenant dispersés là où habitent les vétérans, que ce soit dans les régions rurales, près des bases militaires ou dans les villes. En collaboration avec nos collègues du MDN, nous avons adopté une approche très dynamique pour créer dans les bases les Centres intégrés de soutien du personnel où travaillent des employés du MDN, du ministère des Anciens Combattants et des membres des Forces canadiennes. Nous avons également modifié nos systèmes en direct et nos sites Web. Nous avons ajusté notre capacité à interagir avec un groupe de vétérans plus jeunes qui demande de tels services en ligne. La sensibilisation est donc un élément clé de nos efforts.

Le président: Merci.

Je crois que le colonel Blais voudrait ajouter quelque chose.

Colonel Gerry Blais (directeur, Gestion de soutien aux blessés, ministère de la Défense nationale): J'allais dire sensiblement la même chose que M. Lourenso. Les Centres intégrés de soutien du personnel permettent davantage de contacts personnels, notamment avec les nouveaux vétérans, puisque nous avons maintenant des représentants du ministère des Anciens Combattants dans les bases canadiennes. Les vétérans peuvent ainsi avoir un contact personnel avec un de ces représentants.

De plus, nous invitons les gens du ministère des Anciens Combattants à nous accompagner lors de nos séances d'information à l'intention des réservistes et des membres de la Force régulière sur les soins et avantages offerts aux militaires malades ou blessés.

M. Richard Harris: Excellent.

Le président: Merci beaucoup.

Madame Perreault, vous avez la parole pour quatre minutes.

[Français]

Mme Manon Perreault (Montcalm, NPD): Mes questions s'adressent à M. Lourenso et portent sur le Programme pour l'autonomie des anciens combattants et sur le soutien à domicile.

Je veux bien comprendre ce qu'est le programme. J'imagine que lorsque ce programme a été créé, il répondait aux besoins des anciens combattants qui, aujourd'hui, sont vieillissants. Ceux-ci s'en vont peut-être dans des établissements. Ces établissements ont-ils été modifiés pour répondre à la nouvelle cohorte des jeunes anciens combattants? Ces gens ont des besoins différents, après tout.

[Traduction]

M. Carlos Lourenso: Le Programme pour l'autonomie des anciens combattants a été décrit comme étant probablement le programme de soins à domicile le plus élargi et le plus généreux au pays. J'oserais dire qu'il n'existe aucun programme provincial comparable.

Ce programme a été conçu en 1981 alors que les vétérans n'étaient pas très âgés, mais vieillissants. Les services offerts ont beaucoup changé depuis. Aujourd'hui, nous offrons une panoplie de services conçus pour venir en aide à des clients très âgés, comme des services infirmiers et personnels à domicile.

Aussi, dans le cas d'un jeune vétéran ayant subi une blessure grave ou une amputation, par exemple, le programme peut lui offrir un service d'entretien jardinier et ménager ou l'aider à se déplacer pour profiter des services qui lui sont offerts.

Nous analysons constamment le programme et apportons les ajustements nécessaires pour qu'il réponde davantage aux besoins d'une clientèle plus jeune.

•(1655)

[Français]

Mme Manon Perreault: Pardonnez-moi de vous interrompre. Cela veut dire que les personnes qui bénéficient de ce programme subissent probablement des évaluations annuelles ou périodiques. Cela veut dire que quelqu'un qui en bénéficie pourrait ne pas nécessairement y avoir droit toute sa vie.

[Traduction]

M. Carlos Lourenso: C'est exact. Le programme a été conçu pour aider les vétérans à long terme ou au cours d'une période de transition ou encore ceux qui ont des besoins chroniques. Autrement dit, le programme, jumelé avec d'autres, comme des programmes de réadaptation ou d'orientation professionnelle, peut aider les vétérans en leur offrant certains soins à domicile.

Les vétérans peuvent utiliser les services du PAAC moins longtemps. Les gestionnaires de cas évaluent leurs besoins à différents moments et ajustent les services offerts en conséquence.

[Français]

Mme Manon Perreault: Actuellement, y a-t-il des gens qui auraient besoin de l'appui de ce programme mais qui n'en bénéficient pas?

[Traduction]

M. Carlos Lourenso: De façon générale, tout vétéran ayant subi une blessure liée au service et nécessitant des services offerts dans le cadre du PAAC serait admissible à ceux-ci. C'est la réponse la plus simple.

[Français]

Mme Manon Perreault: C'est un programme...

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup. Votre temps est écoulé.

Ce fut rapide, non?

[Français]

Mme Manon Perreault: C'est déjà terminé.

[Traduction]

Le président: Passons maintenant à M. Lizon. Monsieur, vous avez quatre minutes.

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

J'aimerais remercier les témoins de leur présence.

Ma question s'adresse à M. Sareen. J'aimerais aussi entendre la réponse des autres témoins qui voudraient intervenir.

Habituellement, notre habile président me fait savoir que mon temps est écoulé. Donc, si jamais cela se produit et que vous n'avez pas eu la chance d'intervenir, veuillez nous faire parvenir votre réponse par écrit.

Le président: Il vous reste environ une minute.

Des voix: Oh, oh!

M. Wladyslaw Lizon: Monsieur Sareen, nous avons beaucoup parlé du traitement des maladies mentales. Selon votre expérience et les résultats de vos études, la situation serait moins alarmante si nous pouvions prévenir la maladie mentale. Devrait-on ajouter quelque chose en ce sens à la formation militaire? Vous avez mentionné la préparation au déploiement. Que pourrait-on faire d'autre pour protéger nos militaires qui partent en mission, non seulement sur le plan physique avec l'équipement et les innovations, mais aussi sur le plan psychologique et émotionnel?

Commençons par vous, monsieur Sareen, et si les autres veulent intervenir, je leur en serais reconnaissant.

M. Jitender Sareen: Notre groupe a rédigé un document sur le sujet. Selon certaines données, ceux qui ont été victimes de violence physique ou sexuelle à un jeune âge sont plus à risque de souffrir de problèmes de santé mentale. La violence faite à un enfant, jumelée à un déploiement et à une expérience de combat, a un effet cumulatif. C'est probablement le plus important facteur de risque au cours de la période antérieure au déploiement.

Le concept des interventions psychoéducatives suscite beaucoup d'intérêt. Nous offrons une formation physique à nos militaires, mais pourrait-on leur offrir aussi une formation psychologique? Les militaires pourront vous le confirmer, mais je crois comprendre que très peu est offert à ce chapitre. Pourtant, la prévention des maladies mentales a toujours été un aspect important.

Je ne crois pas qu'il y ait une solution idéale, une solution parfaite. On s'interroge à savoir s'il ne faudrait pas exclure des déploiements les militaires ayant des antécédents de santé mentale. C'est un sujet très controversé; ce serait logique s'il s'agit de schizophrénie ou de problèmes psychotiques, mais lorsqu'il s'agit de détresse, de

dépression ou d'anxiété... Si l'on exclut tous les militaires ayant un problème de santé mentale quelconque, nous n'aurons plus de force militaire.

Nous n'avons pas suffisamment de données pour le moment. Toutefois, nous menons des études sur le sujet des interventions, tout comme le forum et différents programmes de partenariats.

● (1700)

Le président: Je suis désolé, mais votre temps est écoulé. Colonel Bernier, voudriez-vous ajouter quelque chose?

Col Jean-Robert Bernier: Toutes les solutions que l'on sait efficaces ou qui peuvent aider en matière de prévention sont utilisées, notamment le dépistage. Dès le recrutement, les candidats ayant un problème de santé mentale sont écartés. Tout au long de leur carrière, les militaires doivent subir des examens médicaux périodiques au cours desquels on leur pose des questions visant à détecter des problèmes de santé mentale. Avant le déploiement, nous effectuons des tests de dépistage de problèmes psychosociaux et mentaux. Avant et après le déploiement, les militaires participent au programme Chemin vers la préparation mentale visant à accroître leur niveau de résistance à ces problèmes. Ce programme s'appuie sur des données provenant du secteur de la psychologie du sport, du secteur d'opérations spéciales des États-Unis ou d'autres sources.

Il y a quelques années, nous avons également le Comité d'experts des Forces canadiennes sur la prévention du suicide. Celui-ci était composé d'experts militaires et civils du Canada et des pays alliés. Son mandat était d'analyser toutes les mesures préventives possibles proposées dans les publications et pouvant... ou tout ce qui était susceptible d'aider. Même en l'absence de données probantes, les mesures pouvant avoir un impact positif...ont été trouvées par le comité et mises en oeuvre.

Par ailleurs, la Rand Corporation, aux États-Unis, a mené une évaluation semblable. Toutes les mesures qu'elle a découvertes dans un programme solide visant à minimiser les problèmes de santé mentale étaient déjà utilisées dans les Forces canadiennes.

Le président: Merci beaucoup.

J'aimerais sincèrement remercier les témoins pour leur contribution. Nous vous en sommes très reconnaissants.

Il est de plus en plus évident que nous menons une étude d'envergure.

Nous devons maintenant passer aux travaux du comité. Nous allons donc suspendre la séance. Je demanderais aux membres de bien vouloir saluer les témoins qui s'appêtent à nous quitter.

[La séance se poursuit à huis clos.]

POSTE  MAIL

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

Poste-lettre

Lettermail

**1782711
Ottawa**

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à :
Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5*

*If undelivered, return COVER ONLY to:
Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5*

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.

On peut obtenir des copies supplémentaires en écrivant à : Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5
Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943
Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

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.

Additional copies may be obtained from: Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5
Telephone: 613-941-5995 or 1-800-635-7943
Fax: 613-954-5779 or 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

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