



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la défense nationale

---

NDDN



NUMÉRO 076



1<sup>re</sup> SESSION



41<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mercredi 17 avril 2013**

**Président**

**M. James Bezan**



## Comité permanent de la défense nationale

Le mercredi 17 avril 2013

•(1615)

[Traduction]

**Le président (M. James Bezan (Selkirk—Interlake, PCC)):** La séance est ouverte.

Dans une demi-heure, environ, nous serons interrompus en raison de la tenue de votes. Nous allons donc essayer d'obtenir le plus de témoignages possible.

Sur ce, je demanderais aux témoins d'être aussi succincts que possible dans leurs déclarations préliminaires. Si vous avez des recommandations à faire, assurez-vous de les mentionner, aux fins de compte rendu. Ensuite, nous passerons à une série de questions; les députés disposeront de cinq minutes chacun. Nous verrons jusqu'où nous pourrions aller.

Aujourd'hui, nous accueillons M. Zul Merali, qui est président-directeur général de l'Institut de recherche en santé mentale de l'Université d'Ottawa. Représentant la Commission de la santé mentale du Canada, nous entendrons Mme Louise Bradley, qui est présidente-directrice générale. Nous accueillons également M. Don Richardson, qui est consultant en psychiatrie au sein de l'Association des psychiatres du Canada. Enfin, nous entendrons le directeur général national de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada, M. Phil Upshall.

Nous vous souhaitons à tous la bienvenue au comité et nous vous remercions de nous aider dans le cadre de notre étude sur les soins offerts aux membres des Forces canadiennes malades ou blessés.

Sur ces propos, je demanderais à M. Upshall de commencer.

**M. Phil Upshall (directeur général national, Société pour les troubles de l'humeur du Canada):** Monsieur le président, mesdames et messieurs les députés, merci. Nous vous remercions de l'occasion qui nous est fournie de vous présenter certains enjeux qui, à mon avis, méritent votre attention. Cela dit, je vais vous donner un aperçu de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada.

Nous sommes un organisme virtuel. Nous travaillons avec les familles et les personnes souffrant de troubles de l'humeur, plus particulièrement la dépression. Nous avons un site Web très dynamique et nous faisons tout ce que nous pouvons pour essayer d'obtenir de l'aide pour les personnes qui en ont besoin. Axé sur la collaboration, notre organisme travaille très étroitement avec la Commission de la santé mentale du Canada, l'Institut de recherche en santé mentale de l'Université d'Ottawa et toutes les associations médicales professionnelles.

Notre intérêt pour ce sujet précis découle du fait qu'une étude de recherche que nous avons entreprise il y a quelques années a démontré que les soins de santé mentale étaient en réalité un enjeu qui faisait l'objet d'une stigmatisation chez les professionnels des soins de santé eux-mêmes. En étudiant la question en profondeur, nous avons constaté que nos fournisseurs de soins de santé devaient

être mieux informés. En conséquence, nous avons créé, à l'intention des 76 000 médecins de famille du Canada, un cours de formation continue pour contrer la stigmatisation.

Nous l'avons fait parce que plus de 85 p. 100 des Canadiens qui souffrent de maladie mentale et tous ceux qui ont besoin de soins de santé quelconques consultent d'abord un médecin offrant des soins de santé primaire. Donc, nous étions d'avis que si nous intervenions d'abord auprès d'eux et que nous réussissions à modifier leur point de vue sur la façon de s'occuper des personnes souffrant de maladie mentale, ce serait avantageux. C'est ce qui s'est produit.

Peu après, en collaboration avec la commission et l'institut, nous avons organisé au Musée canadien de la guerre une réunion intitulée « Loin des yeux, non loin du coeur », qui portait précisément sur l'ESPT. Je crois que certains d'entre vous ont assisté à cette réunion. Je vais vous énumérer les recommandations qui en sont ressorties, aux fins du compte rendu.

Les recommandations présentées dans le rapport visent à: réduire et, un jour, à éliminer la stigmatisation concernant l'ESPT; améliorer les connaissances des médecins en matière de diagnostic et de traitement de l'ESPT, incluant leur connaissance des ressources et des réseaux de soutien disponibles; informer les personnes qui souffrent de l'ESPT et leurs familles sur les réseaux de soutien et les ressources disponibles afin d'accroître leur accessibilité, un aspect qui est un grave problème; promouvoir une collaboration et un dialogue continu entre le gouvernement et les chefs de file du secteur de la santé mentale spécialisés dans le traitement de l'ESPT, y compris les fournisseurs de soins de santé, les innovateurs et les chercheurs; améliorer les plate-formes éducatives destinées aux enfants et aux parents souffrant d'ESPT et améliorer les efforts de recherche pour mieux comprendre les déclencheurs et les traitements optimaux de l'ESPT.

Ces recommandations sont le fondement du mémoire que nous avons présenté au comité parlementaire — le mémoire plus budgétaire que nous avons présenté il y a deux ans —, qui a permis le financement du Réseau canadien de recherche et d'intervention sur la dépression. Ce financement de 5,2 millions de dollars a été annoncé l'an dernier et nous en sommes actuellement aux dernières étapes de l'élaboration des ententes avec Santé Canada. Cela résulte du fait que l'ESPT et le suicide sont deux des enjeux précis sur lesquels le gouvernement du Canada nous a demandé de nous pencher. Nous prêtons une attention particulière à ces deux aspects.

L'annonce du budget indique un montant de 200 000 \$ pour permettre à la Société pour les troubles de l'humeur du Canada d'élaborer, en collaboration avec la commission, l'institut, l'Association médicale canadienne et d'autres partenaires, un programme de formation médicale continue à l'intention des 76 000 médecins de famille canadiens afin de parfaire la théorie sur le stigma et informer les médecins sur la façon d'améliorer le traitement de l'ESPT.

Le groupe d'experts vient tout juste d'être formé, mais ce sera un groupe ayant d'excellentes connaissances scientifiques et cliniques.

Je pense que je devrais arrêter maintenant, parce que j'en suis à cinq minutes. J'ai beaucoup d'autres notes; j'en parlerai avec plaisir. Si vous le permettez, je pourrais citer, aux fins de compte rendu, le mandat du Réseau canadien de recherche et d'intervention sur la dépression.

Pour ce qui est de la prévention, le RCRID se concentre sur le repérage et la mise en oeuvre d'initiatives axées sur les politiques et les programmes qui contribuent à la réduction des taux d'incidence de la dépression, du suicide lié à la dépression et de l'ESPT. Quant au traitement, le RCRID sera axé sur l'élaboration d'approches et de protocoles améliorés en ce qui a trait au dépistage, à la participation, au diagnostic, au traitement et à la réintégration des personnes souffrant de dépression et d'ESPT. Donc, notre formation médicale continue — ou FMC — sur l'ESPT se poursuit.

•(1620)

M. Richard Chenier, notre gestionnaire de projet, est ici. La raison pour laquelle je signale sa présence, c'est qu'il est un agent de la GRC qui, au début des années 1970, a vu son partenaire être abattu. Il est devenu alcoolique et a été expulsé de la GRC. Au cours de sa vie, il a connu des problèmes importants, s'en est remis de son mieux, est devenu sous-ministre au sein de la fonction publique du Manitoba, a connu d'autres problèmes importants, est devenu un spécialiste de la santé mentale des enfants et des adolescents — dans le Nord de l'Ontario — et a ensuite commencé à travailler avec la Société pour les troubles de l'humeur du Canada.

Tandis qu'il travaillait avec nous, nous avons manifestement constaté que Richard est une personne exceptionnelle, mais il y avait autre chose. Ce n'est qu'il y a cinq ans qu'il a reçu un diagnostic d'ESPT. Pendant environ 35 ou 40 ans, il a fait des cauchemars au sujet de l'incident au cours duquel son partenaire a été abattu, au cours duquel il s'est retrouvé maculé de morceaux de cerveau. Il n'en fait plus depuis trois ans.

C'était le reste de mon exposé, monsieur le président. Je cède la parole à Mme Bradley.

**Le président:** Merci.

Madame Bradley.

**Mme Louise Bradley (présidente-directrice générale, Commission de la santé mentale du Canada):** Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du comité, merci beaucoup de l'occasion de témoigner aujourd'hui. Comme vous l'avez entendu, je suis présidente-directrice générale de la Commission de la santé mentale du Canada. Nous avons légèrement dépassé le mi-mandat, un mandat qui se termine en 2017. Je vous en dirai un peu plus à ce sujet dans quelques instants.

J'aimerais simplement vous indiquer qu'au cours de ma carrière d'infirmière autorisée, j'ai aussi dirigé un hôpital très important, à Edmonton. Nous y avons accueilli des membres des Forces canadiennes, qui ont reçu les meilleurs soins possible, les meilleurs soins physiques possible. À l'époque, j'étais préoccupée par l'aspect psychologique.

De plus, j'étais heureuse de participer, un an plus tard, à l'ouverture de la clinique TSO d'Edmonton. Je ne vous raconterai pas les histoires que j'ai entendues. Je suis certaine que vous avez entendu beaucoup d'histoires de ce genre de la part de gens qui ont fréquenté des cliniques TSO partout au pays.

L'an dernier, la commission a publié la toute première stratégie canadienne en matière de santé mentale. Dans le cadre de la

stratégie, nous avons présenté beaucoup de recommandations qui visent à améliorer, dans toutes les sphères du pays, la vie de gens qui souffrent de maladie mentale. De toute évidence, nous avons un intérêt réel pour le sort des personnes qui souffrent d'ESPT et, bien entendu, de leurs familles.

À la commission, nous menons nos travaux dans un grand esprit de collaboration. Nous sommes heureux de collaborer avec le RCRID, dont mon collègue, M. Upshall, vient de parler. La stratégie comporte plusieurs autres aspects. C'est avec plaisir que je vous fournirai des exemplaires de la stratégie, si certains d'entre vous le souhaitent.

Nous avons aussi mené un certain nombre de projets avec les Forces canadiennes. Vous avez entendu le témoignage du lieutenant-colonel Stéphane Grenier. Nous lui sommes très reconnaissants du travail qu'il a fait en ce qui a trait au soutien par les pairs. La commission a sans aucun doute tiré profit de son expertise.

J'ai mentionné les familles. C'est un aspect vraiment essentiel et je tiens à ce que vous en soyez conscients. Sous peu, dans quelques mois, la commission publiera des lignes directrices nationales concernant les aidants membres de la famille. On y trouvera des recommandations sur le genre de services et de mesures d'aide offerts aux personnes qui prennent soin de gens qui souffrent de maladie mentale. Les principes établis dans le document seront certainement utiles pour les enjeux liés à l'ESPT.

L'autre projet sur lequel nous travaillons, en collaboration avec le ministère de la Défense nationale, c'est notre programme de lutte contre la stigmatisation. Je suis certaine que vous avez beaucoup entendu parler de l'incidence de la stigmatisation et de la discrimination sur les personnes qui souffrent d'ESPT. Encore une fois, j'ai lu le témoignage de Stéphane Grenier, et il a parlé des difficultés que ses collègues et lui ont eues en raison de ce problème grave.

La commission a décidé d'adopter une approche novatrice quant à la stigmatisation. Nous analysons les programmes pour savoir ce qui fonctionne. Nous sommes très heureux d'indiquer que le programme En route vers la préparation mentale est très bien perçu. Les résultats de cette analyse sont aussi accessibles.

En terminant, j'ai des commentaires au sujet des ressources humaines en santé. Il a été dit que la santé mentale est l'orphelin du système des soins de santé, et c'est toujours aussi vrai. Dans la stratégie — et dans d'autres secteurs d'activités de la commission —, plusieurs points portent sur les façons de gérer cette question et de trouver des solutions.

Récemment, nous avons beaucoup travaillé sur la santé en milieu de travail. Bien entendu, tout est un milieu de travail; on ne parle pas seulement d'immeubles de bureaux. Pour les militaires, en particulier, cette définition est beaucoup plus large. De plus, nous nous penchons sur des stratégies en matière de prévention du suicide.

•(1625)

Cela dit, nos recommandations sont, en fait, d'examiner le travail que nous avons fait en tant que catalyseur dans l'ensemble du pays. Nous attendons avec impatience le rapport et les recommandations que présentera le comité et c'est avec un très grand plaisir que nous vous offrirons, par l'intermédiaire de notre Centre d'échange des connaissances, toute l'aide possible pour la préparation ou la diffusion de cet important rapport ainsi que des résultats qui en découleront.

Je vous remercie de tout coeur.

**Le président:** Merci.

Monsieur Merali.

**M. Zul Merali (président-directeur général, Institut de recherche en santé mentale de l'Université d'Ottawa, à titre personnel):** Merci beaucoup.

Bonjour et merci de nous donner l'occasion d'exprimer notre point de vue sur une question très importante pour les Canadiens.

Comme on l'a mentionné, je suis PDG de l'Institut de recherche en santé mentale de l'Université d'Ottawa de même que directeur scientifique du Réseau canadien de recherche et d'intervention sur la dépression, le RCRID. Le cadre conceptuel du RCRID a donné lieu à un vrai réseau pancanadien grâce à l'injection de 5,2 millions de dollars dans le budget précédent du gouvernement fédéral, comme l'a indiqué M. Upshall. La mission du RCRID, telle qu'elle a été approuvée par le gouvernement, est de mettre l'accent sur la dépression, mais également sur des problèmes connexes, y compris le trouble de stress post-traumatique et le suicide.

Nous mettons actuellement en place le réseau en collaborant étroitement avec la Commission de la santé mentale du Canada et la Société pour les troubles de l'humeur du Canada. Nous allons regrouper les meilleurs cerveaux du nord au sud et d'ouest en est.

L'excellence en matière de recherche est sans aucun doute ce qui nous permettra de passer à la prochaine étape. Le réseau compte déjà plus de 150 des plus brillants esprits au pays. En travaillant en étroite collaboration au lieu de nous faire concurrence, nous souhaitons transformer notre façon de prévenir, de diagnostiquer et de traiter les maladies mentales. Grâce au réseau, nous espérons faire d'importants progrès, tout comme ceux réalisés avec une approche semblable dans les domaines de la santé cardiaque et du cancer.

Nous recommandons de mettre le RCRID au service du gouvernement du Canada et du ministère de la Défense nationale pour nous aider à trouver des solutions fondées sur la recherche au trouble de stress post-traumatique, au suicide et à la dépression.

Nous aimerions également qu'une plus grande attention soit accordée à la compréhension des circuits cérébraux qui contribuent à la maladie mentale. Comme vous le savez peut-être, le gouvernement Obama a dernièrement pris une importante initiative dans ce dossier, une initiative ambitieuse, et il a dit que le cerveau est la prochaine frontière. Nous faisons tous partie de ce mouvement et nous devons faire ce qui est essentiel pour les Canadiens.

Nous recommandons également de donner davantage d'attention aux troubles du sommeil, qui sont intimement liés au stress post-traumatique. Il est très difficile d'en arriver à un rétablissement complet sans en tenir compte.

Enfin, nous aimerions que le gouvernement songe à créer des chaires de recherche pour rapprocher les services des forces armées des entreprises de recherche civiles. C'est une façon d'améliorer les efforts de collaboration pour vraiment régler un problème auquel sont non seulement confrontés des militaires, mais aussi des civils de partout au pays.

Je vais m'arrêter ici. C'est avec plaisir que je répondrai à vos questions.

Merci.

• (1630)

**Le président:** Merci beaucoup.

Monsieur Richardson.

**M. Don Richardson (consultant en psychiatrie, Association des psychiatres du Canada):** Merci.

Monsieur le président, je vous remercie de cette occasion qui m'est offerte de comparaître devant le comité. L'APC s'intéresse comme vous aux besoins en santé mentale des hommes et des femmes militaires et des anciens combattants.

En tant que cliniciens et chercheurs, nous avons observé des progrès dans la compréhension des effets d'un traumatisme psychologique sur la santé physique et mentale. Selon les données dont nous disposons, le TSPT peut être soigné par des traitements éprouvés, y compris la pharmacothérapie et la psychothérapie, c'est-à-dire la thérapie par la parole.

Malheureusement, la recherche sur l'efficacité des traitements montre invariablement qu'ils sont moins efficaces chez les militaires que souffrent de TSPT que chez les civils. Nous ne savons pas exactement pourquoi. Cela dit, l'explication réside peut-être dans le type de traumatisme ou le taux plus élevé de comorbidité chez les militaires atteints.

On parle de comorbidité lorsque le TSPT et d'autres troubles psychiatriques ou problèmes de consommation sont concomitants. Le TSPT lié au service militaire se manifeste rarement seul et est souvent accompagné d'autres troubles psychiatriques, y compris un trouble dépressif majeur, d'autres troubles de l'anxiété et des dépendances. Il reste donc beaucoup de travail à faire pour mieux comprendre la mauvaise réaction au traitement chez les militaires et les anciens combattants ainsi que pour choisir des modalités de traitement adapté.

En tant qu'organisme national, l'APC s'est fait un ardent défenseur des traitements fondés sur des données probantes pour soigner le TSPT et les traumatismes liés au stress opérationnel. Elle a d'ailleurs consacré son numéro de février 2009 de *Canadian Psychiatry Aujourd'hui* au thème de la santé mentale et des militaires. L'année dernière, elle a présenté, en collaboration avec Anciens Combattants Canada, un module sur le TSPT dans ses « Perspectives en soins de santé mentale ». Les perspectives sont une série de programmes de formation continue à l'intention des psychiatres et des médecins de famille du Canada. Le programme de soins de santé mentale de cette année fera encore le point sur le traitement du TSPT. L'accent sera mis sur le TSPT lié au service militaire et sur ses effets sur les anciens combattants et les militaires.

L'APC collabore aussi étroitement avec des psychiatres militaires et civils pour créer une section consacrée aux militaires et aux anciens combattants. La section réunira des chercheurs et des cliniciens qui travaillent dans le domaine pour effectuer des recherches et prodiguer des soins fondés sur des données probables.

L'APC aimerait que le comité examine quatre recommandations. La première concerne le dépistage. Même s'il y en a déjà un effectué après le déploiement des membres encore en service, un dépistage périodique du TSPT et de troubles comorbides courants tels que la dépression grave, les dépendances et le suicide favoriserait une détection précoce et faciliterait le traitement.

Il faut également savoir que des réservistes et beaucoup de membres encore en service atteints de TSPT vivent dans la collectivité. On pourrait donc favoriser le dépistage primaire de traumatismes liés au stress opérationnel en encourageant les médecins et les spécialistes de premier recours à demander aux patients s'ils ont, ou si l'un de leurs proches, a déjà servi dans les Forces canadiennes. Cette approche a eu beaucoup de succès aux États-Unis.

La recommandation suivante porte sur la diffusion des connaissances. Les militaires et les anciens combattants doivent savoir que le TSPT peut être soigné par des traitements fondés sur des données probantes, y compris la pharmacothérapie et la psychothérapie. De leur côté, les cliniciens doivent savoir que le TSPT se manifeste rarement de façon isolée et que la comorbidité est fréquente, et qu'elle doit être traitée énergiquement pour optimiser les résultats, surtout si le patient s'apprête à suivre une psychothérapie axée sur le traumatisme — au cours de laquelle il parle de l'événement traumatisant.

Les autres recommandations se rapportent à la recherche. La majorité des directives de traitement mettent l'accent sur le TSPT aux dépens de la comorbidité. Nous avons désespérément besoin de recherche sur l'efficacité des traitements pour améliorer notre compréhension du TSPT lié au service militaire et l'adaptation du traitement, y compris la pharmacothérapie et la psychothérapie, en fonction des patients. Des recherches sont également nécessaires pour mieux comprendre la neurobiologie relative au TSPT, comme on l'a déjà mentionné, les facteurs de risque, la résilience au trouble et la façon dont le traumatisme psychologique a un effet sur d'autres problèmes de santé, tels que la douleur chronique et les maladies cardiovasculaires. La recherche servirait aussi à mieux comprendre les besoins particuliers des réservistes.

• (1635)

Enfin, et c'est également très important, il y a toute la question du soutien familial. Le TSPT et les traumatismes liés au stress opérationnel ne touchent pas seulement les militaires et les anciens combattants, mais aussi leur famille. Leurs conjoints et leurs enfants ont souvent de la difficulté à obtenir des services dans la collectivité. L'amélioration des services qui leur sont offerts et de la coordination avec les services communautaires des provinces est essentielle pour mieux répondre aux besoins des familles et, par le fait même, des militaires et des anciens combattants.

Je vous remercie encore une fois de votre intérêt et de votre soutien continu à l'égard de la santé mentale des militaires et des anciens combattants. C'est avec grand plaisir que je répondrai à vos questions.

Merci.

**Le président:** Merci.

Nous allons maintenant commencer nos tours de questions de cinq minutes.

Monsieur Harris.

**M. Jack Harris (St. John's-Est, NPD):** Merci, monsieur le président, et merci à tous les témoins de leurs exposés.

Je dois d'abord mentionner que vous avez tous beaucoup de choses très intéressantes à dire, mais que nous avons malheureusement peu de temps pour les entendre.

Monsieur Richardson, je vais commencer avec vous si vous le permettez. Vous avez affirmé que les militaires ne réagissent pas aussi bien que les autres patients au traitement du TSPT.

Est-ce que cela signifie que les résultats se font attendre plus longtemps? Et selon le temps nécessaire pour traiter un militaire, y a-t-il des répercussions sur le type de programmes qui devraient être offerts?

**M. Don Richardson:** C'est une excellente question. Le traitement est souvent plus long, mais ce qui importe, c'est que la comparaison des études a permis de constater que les civils ont tendance à obtenir de meilleurs résultats que les anciens combattants et les militaires.

D'un point de vue clinique, nous remarquons généralement que le TSPT lié au service militaire est, comme je l'ai mentionné, presque toujours accompagné d'autres troubles. Le traitement est donc généralement plus intensif, et il peut aussi être plus long.

• (1640)

**M. Jack Harris:** Des groupes civils de santé mentale à Petawawa se sont également plaints de la complexité des cas caractérisés par une série de troubles et, à vrai dire, de taux de suicide élevés, d'importants problèmes de consommation et d'une pénurie de médecins spécialistes des dépendances.

Selon vous, y a-t-il des facteurs particuliers dont il faut tenir compte pour traiter les problèmes de dépendance des militaires?

**M. Don Richardson:** Je pense que la dépendance à l'alcool et aux drogues constitue un problème lié au TSPT. Quand on a vérifié si les taux étaient plus élevés chez les militaires que dans la population civile, on a probablement relevé des taux de dépression plus importants. Cela dit, lorsqu'il est question de l'orientation spécifique du traitement, je pense que la stabilisation représente la première étape et qu'il faut donc examiner tous les problèmes du patient, pas seulement le TSPT. S'il a développé une dépendance, il faut s'en occuper, qu'il s'agisse d'évaluer une dépression et des tendances suicidaires ou de s'assurer que la personne est stable avant de commencer une thérapie spécifique axée sur un traumatisme.

**M. Jack Harris:** Vous avez évidemment besoin de ressources pour procéder ainsi.

Madame Bradley, les Canadiens peuvent s'estimer heureux d'avoir une organisation comme la vôtre, qui est active depuis 2007. Compte tenu de l'attitude du gouvernement envers certains types d'organismes, il pourrait bien vous qualifier de lieu de palabres parce que vous parlez de ces problèmes depuis très longtemps.

Vous avez parlé de votre travail auprès des militaires. Avez-vous eu un contact direct avec l'armée, qui vous aurait demandé conseil en raison de votre expérience pour régler certains de ces problèmes? Il en est question depuis un certain temps: nous parlons encore de stigmatisation et de traitement de base, tout comme M. Richardson il y a quelques instants.

Y a-t-il une solution à laquelle vous pourriez contribuer? Vous a-t-on abordés à ce sujet, ou l'armée essaie-t-elle plutôt de trouver ses propres solutions?

**Mme Louise Bradley:** Nous travaillons en collaboration. Nous a-t-on explicitement demandé notre aide pour régler un problème donné? Non, et pour être honnête, j'en suis très reconnaissante parce que je ne pense pas qu'il y ait de solution miracle.

Et en passant, nos activités ne se limitent pas du tout aux discussions. Nous avons beaucoup de programmes actifs, y compris certains qui sont fondés sur des données probantes qui, dans les faits, indiquent comment résoudre la stigmatisation ou considérablement la réduire. L'accent est mis sur les professionnels de la santé en tant que groupe. C'est généralement l'approche qui est adoptée.

En tant qu'infirmière autorisée, je trouve triste qu'il en soit ainsi lorsqu'on dit que ces professionnels représentent un des plus grands obstacles aux soins. Je sais que l'armée est aux prises avec des problèmes très similaires. Je ne sais pas s'ils sont plus graves, mais tous les chemins mènent à la stigmatisation. C'est le seul de ses programmes que nous avons pu évaluer, mais je pense que la commission pourrait très bien élargir le champ de ses activités.

**Le président:** Merci.

Les cloches sonnent. D'après le paragraphe 115(5) du Règlement:

Nonobstant l'alinéa 108(1)a) et le paragraphe 113(5), le président d'un comité permanent, spécial, législatif ou mixte suspend la réunion lorsque retentit la sonnerie d'appel pour un vote par appel nominal, à moins qu'il y ait consentement unanime de la part des membres du comité pour continuer à siéger.

Étant donné que la sonnerie d'appel retentira pendant 30 minutes, je vais demander le consentement.

**M. Jack Harris:** A-t-on activé la minuterie?

**Le président:** Oui, on peut l'activer. Ça sonne depuis environ cinq minutes, ce qui signifie qu'il nous reste environ 25 minutes.

Pouvez-vous vous assurer de le mettre en mode silence, s'il vous plaît?

**Mme Christine Moore (Abitibi—Témiscamingue, NPD):** Monsieur Bezan, il y aura donc une intervention des conservateurs, des libéraux, après quoi ce sera à mon tour?

**Le président:** Oui. Ensuite, nous pourrions quitter les lieux. Je crois que je vais permettre deux autres interventions rapides de cinq minutes par député, après quoi la séance sera levée. Cela vous convient-il? Nous avons 26 minutes.

Ai-je le consentement?

**Des voix:** D'accord.

**Le président:** Monsieur Strahl, à vous la parole.

**M. Mark Strahl (Chilliwack—Fraser Canyon, PCC):** Merci beaucoup.

Merci, à vous tous, de témoigner dans de telles circonstances contraignantes. Nous vous en sommes reconnaissants et nous vous remercions de votre présence.

J'ai déjà siégé au Comité de la santé et, bien entendu, la santé mentale est un sujet qui, d'après nos observations, influe sur toutes les autres études que nous avons menées, qu'il s'agisse de maladies chroniques, d'innovation ou peu importe. Cette question revient chaque fois: il y a toujours un lien.

J'aimerais connaître votre avis à ce sujet, monsieur Upshall. Cela rejoint peut-être la question posée par M. Harris. Dans quelle mesure les Forces canadiennes se sont-elles montrées réceptives à l'idée de travailler avec des groupes externes, avec des chercheurs civils? Accueillent-elles favorablement cette collaboration ou sont-elles...? En général, de votre point de vue, avez-vous constaté une volonté, de la part des Forces canadiennes, de travailler avec des gens de l'extérieur pour régler un problème qui touche leurs membres?

• (1645)

**M. Phil Upshall:** Qu'ai-je fait pour mériter cette question?

**Des voix:** Oh, oh!

**M. Phil Upshall:** Je représente la collectivité des consommateurs, des patients et des familles. Je travaille en étroite collaboration avec la Commission de la santé mentale du Canada et l'institut; il vaudrait donc mieux leur poser cette question.

Je peux vous dire que les militaires ne viennent pas consulter des organisations de patients qui sont, comme dans notre cas, des experts

en matière de soutien par les pairs et de soutien communautaire pour nous demander de leur fournir un encadrement ou des conseils sur la façon d'aller de l'avant. Je crois qu'il est juste de dire, d'après notre expérience, que les forces armées, à l'instar d'un certain nombre d'autres organisations paramilitaires et d'autres entités que je ne nommerai pas, ne sont pas ouvertes à l'idée de recevoir des conseils de gens de l'extérieur. Elles estiment que leur collectivité dispose déjà, dans la plupart des cas, de l'expertise nécessaire à l'interne. Évidemment, faire appel à des organisations, comme des cliniques de traitement pour blessures liées au stress opérationnel, pour offrir de l'aide est une chose, mais...

**M. Mark Strahl:** Certains d'entre vous travaillent-ils avec les membres actifs des Forces canadiennes, ou travaillez-vous surtout avec des membres qui ont été libérés à cause, peut-être, d'une maladie mentale? Travaillez-vous avec les soldats actifs, c'est-à-dire les membres des Forces canadiennes?

**M. Zul Merali:** Oui, à l'Institut de recherche en santé mentale de l'Université d'Ottawa, nous avons établi un partenariat dans le cadre duquel nous étudions en particulier les troubles du sommeil associés à l'état de stress post-traumatique.

Relativement au travail en vase clos, je constate qu'on commence à faire tomber les murs et qu'on parvient à trouver plus de solutions grâce à des partenariats. J'ai bon espoir que cette tendance prendra de l'ampleur dans l'avenir immédiat.

**M. Mark Strahl:** Selon vous, y a-t-il des recommandations ou des obstacles que les Forces canadiennes pourraient aborder directement pour mieux travailler...? Estiment-elles plutôt, comme M. Upshall l'a dit, qu'elles ont tout ce qu'il faut à l'interne? Y a-t-il des obstacles législatifs ou réglementaires particuliers qui les empêchent de recourir, me semble-t-il, à d'excellentes organisations civiles, comme les vôtres, qui pourraient fournir de l'aide?

**Mme Louise Bradley:** Je ne trouve pas qu'il y a des obstacles. Je tiens toutefois à souligner, en réponse à votre question et à celle posée tout à l'heure, que le MDN a consulté la commission pour lui dire: « Écoutez, nous voulons offrir un service et nous croyons que vous pouvez l'améliorer grâce à un projet de soutien par les pairs. » C'est quelque chose qui est largement reconnu dans l'ensemble des Forces canadiennes et, maintenant, par la commission.

Il s'agit certes d'une piste qui mérite d'être explorée et que la commission appuie beaucoup. C'est une approche qui s'est avérée efficace, et je pense qu'on peut certainement l'améliorer.

**M. Phil Upshall:** Notre gestionnaire de projets vient de me rappeler qu'en fait, la Société pour les troubles de l'humeur du Canada et le RCRID travaillent généralement avec le MDN et le ministère des Anciens Combattants sur la question de l'état de stress post-traumatique. Le MDN nous a donné accès à son vaste répertoire de vidéos et de renseignements, ce qui permettra d'éclairer le travail que nous effectuons.

J'aurais dû le mentionner plus tôt. Je ne veux pas que vous donniez l'impression qu'ils n'appuient pas ouvertement la collaboration.

**M. Mark Strahl:** Merci.

**Le président:** Monsieur McKay, vous êtes le dernier intervenant.

**L'hon. John McKay (Scarborough—Guildwood, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins de leur présence.

Récemment, nous avons donné avis d'une interpellation sur le suicide des militaires, et nous venons de recevoir une réponse aujourd'hui. Comme c'est souvent le cas ici, la presse n'a pas tardé à s'emparer de la nouvelle.

J'ai examiné le bilan des suicides chez les militaires au cours des cinq dernières années, et aucune tendance ne semble se dégager. Ce phénomène semble toucher tous les rangs et tous les groupes d'âge, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur d'un théâtre d'opérations. Il y a, en moyenne, 15 suicides par année.

Monsieur Richardson, votre commentaire sur la réticence des soldats à se faire soigner a piqué ma curiosité.

Avez-vous fait des observations sur le suicide des militaires — je vais commencer par M. Richardson, mais ma question s'adresse à tous les témoins —, et y a-t-il des choses que les statistiques ne montrent pas?

• (1650)

**M. Don Richardson:** La recherche à laquelle j'ai participé portait sur la population de notre clinique. Il s'agit d'une clinique de consultation externe qui offre des services à probablement 20 p. 100 des militaires qui sont encore en poste, mais la majorité des patients sont des anciens combattants, c'est-à-dire des militaires libérés. La dépression est le principal signe annonciateur d'idées suicidaires — bien entendu, on ne parle pas ici de suicides réussis. Même si l'état de stress post-traumatique est associé au suicide et aux tentatives de suicide, il est souvent accompagné de dépression. Nous avons découvert que la dépression était à l'origine des idées suicidaires.

**L'hon. John McKay:** C'est donc lié à la dépression.

Y a-t-il d'autres observations?

**M. Zul Merali:** Je pense que vous avez mis le doigt sur le problème. Si on prend l'exemple des États-Unis, à l'heure actuelle, la mort par suicide est plus fréquente chez les militaires qui retournent au pays que chez les soldats qui sont sur le terrain. Les chiffres sont énormes et ils ne cessent d'augmenter, parce que comme le dit son nom, l'état de stress post-traumatique survient après le traumatisme et se manifeste après bien des années. Les militaires rentrent chez eux, en proie à un traumatisme, et ils ont du mal à s'en remettre.

L'autre point que Don a soulevé concerne la comorbidité. La dépression et l'état de stress post-traumatique vont de pair. La dépression est un facteur de risque important pour le suicide. Je pense que tous ces éléments s'imbriquent l'un dans l'autre. Parfois, ils paraissent comme des facteurs distincts, mais ce n'est pas le cas: ils sont tous étroitement liés, et je pense que nous devons aller au fond de cette question pour pouvoir...

**L'hon. John McKay:** L'autre pensée qui m'est venue à l'esprit, c'est qu'on parle ici du nombre de suicides chez les militaires au cours de cinq ans. On ne fait pas le suivi des membres qui ont récemment été libérés. Il serait intéressant de voir comment les choses évoluent sur une période de cinq ans, après que les membres sont libérés des forces armées.

Avez-vous des observations à ce sujet?

**M. Zul Merali:** Je ne peux pas me prononcer sur la situation au Canada, mais je sais qu'aux États-Unis, il y a un suivi qui se fait, et les résultats montrent le nombre ne cesse d'augmenter avec le temps.

**L'hon. John McKay:** J'ai une dernière question à vous poser. L'armée a établi l'UISP, une unité qui s'adresse aux militaires ayant des difficultés. Je pense que les gens sur la base considèrent souvent cette unité comme étant un dépotoir. Cela en dit long sur la question de la stigmatisation. Une fois qu'on est transféré à cette unité, on est vraiment stigmatisé.

Je ne prête pas de mauvaises intentions à l'armée, parce qu'il faut empêcher ces gars de manipuler des munitions chargées ou d'autres matériels de ce genre. Mais une fois qu'ils sont placés dans cette unité, leur carrière est en gros...

Avez-vous des suggestions?

**Mme Louise Bradley:** C'est vrai pour tous les domaines. Reconnaître qu'on a des problèmes de santé mentale, dans n'importe quel milieu de travail, équivaut souvent à un suicide professionnel, si bien que... La norme de sécurité psychologique élaborée par la commission peut s'appliquer à n'importe quel milieu de travail. Nous avons constaté que les gens préfèrent souffrir plutôt que d'admettre qu'ils souffrent de problèmes de santé mentale. Passer aux aveux est perçu comme un signe d'incompétence ou d'instabilité.

La norme que la commission a élaborée prévoit un certain nombre d'outils — à ne pas confondre avec des règles. Il ne s'agit pas d'un problème qu'on peut résoudre en prenant telle ou telle mesure.

Un des éléments essentiels de cette initiative est l'accès au milieu de travail dès le début. On peut agir à petite échelle ou à grande échelle. Parfois, on ignore tout simplement la situation. Alors, la première étape prévue par la norme est de mener une analyse et une évaluation approfondies, ce qui n'est pas difficile à faire. Ensuite, on peut apporter de très petits changements pour régler les problèmes.

La norme liée au milieu de travail n'est pas conçue pour le contexte militaire, mais je crois qu'on pourrait envisager d'en étendre la portée.

Quoi qu'il en soit, la stigmatisation est un gros problème; il n'y a aucun doute là-dessus. C'est la raison pour laquelle 40 p. 100 des adultes ayant des enfants aux prises avec des problèmes de santé mentale ne vont pas chercher de l'aide.

Si on transpose ce problème au contexte dont il est question, le résultat sera forcément bien pire que cela.

• (1655)

**Le président:** Je vais devoir vous interrompre ici. Il nous reste 14 minutes, et nous devons retourner à la Chambre pour voter.

Je tiens à remercier M. Upshall, Mme Bradley, M. Merali et M. Richardson de leur présence. Je suis désolé des interruptions auxquelles nous avons été exposés aujourd'hui à cause des votes.

Si vous voulez ajouter des observations que nous n'avons pas eu le temps d'entendre, ne serait-ce que pour attirer notre attention sur des points que vous avez oubliés de mentionner, veuillez les mettre par écrit et les transmettre au greffier, et nous ne manquerons pas de les examiner. Je vous en suis très reconnaissant.

Sur ce, quelqu'un peut-il proposer une motion d'ajournement?

**Une voix:** J'en fais la proposition.

**Le président:** Nous avons terminé.









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

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

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

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

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

---

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

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

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

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

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

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

---

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