



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la défense nationale

NDDN • NUMÉRO 005 • 2^e SESSION • 41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 21 novembre 2013

Président

L'honorable Peter Kent

Comité permanent de la défense nationale

Le jeudi 21 novembre 2013

•(0850)

[Traduction]

Le président (L'hon. Peter Kent (Thornhill, PCC)): Bonjour, chers collègues. Nous poursuivons ce matin l'étude du comité permanent sur les soins offerts aux membres des Forces armées canadiennes malades ou blessés.

Nous recevons trois groupes ce matin. Il s'agit de l'Association canadienne pour les skieurs handicapés, qui est représentée par Clay Dawdy, directeur de Calabogie Adaptive Snowsports, Division de la capitale nationale, et de Bob Gilmour, directeur des opérations de Calabogie Adaptive Snowsports.

Nous recevons également Mark Ferdinand, directeur national des Politiques publiques à l'Association canadienne pour la santé mentale.

Le troisième groupe que nous accueillons ce matin est l'Association canadienne des ergothérapeutes, dont les porte-parole sont Elizabeth Steggle, dirigeante en affaires professionnelles, et Nicolas McCarthy, agent des communications.

Nous allons commencer par laisser chaque groupe nous présenter un exposé de 10 minutes, dans l'ordre selon lequel je viens de les présenter, puis nous ferons un tour de table pour que les députés puissent poser des questions aux témoins.

Monsieur Dawdy, vous avez 10 minutes.

M. Clay Dawdy (directeur, Calabogie Adaptive Snowsports, Division de la capitale nationale, Association canadienne pour les skieurs handicapés): Merci beaucoup.

Tout le monde devrait avoir reçu un exemplaire de notre présentation, du moins je l'espère, et je vous prie de faire preuve d'indulgence parce que le document fait 15 pages. Nous allons survoler rapidement certaines parties et nous concentrer sur les éléments importants.

D'abord, vous pouvez voir que l'Association canadienne pour les skieurs handicapés organise des séances de sports d'hiver pour les soldats et les anciens combattants blessés, ainsi que leurs conjoints. J'aimerais vous mettre en contexte. Nous allons vous parler de qui nous sommes à l'échelle nationale et locale, de l'origine de notre programme, de ce que nous faisons, des problèmes que nous observons et de nos recommandations.

Je vous invite à prendre la troisième diapositive, qui expose le contexte. Nous avons environ 3 000 membres au Canada. L'association a été fondée en 1976. Il s'agit d'un organisme de bienfaisance qui compte sur des bénévoles. Nous avons des programmes de ski alpin et de planche à neige dans toutes les provinces, sauf l'Île-du-Prince-Édouard. Ici même, nous avons cinq programmes, à commencer par celui d'Edelweiss. Nous avons un programme pour les handicapés visuels à Camp Fortune, et il y a une dizaine d'années environ, nous avons migré vers l'Ontario, où nous avons lancé des programmes à Pakenham et à Calabogie.

Nous avons pour mission d'enrichir la vie des personnes handicapées grâce au ski et à la planche à neige adaptés. Remarquez que nous n'avons pas dit que nous voulions leur donner des cours de ski. Autrement dit, nous visons à enrichir leur vie, et je pense qu'il est important que les membres du comité le comprennent bien.

D'où vient l'idée de ce programme? On le voit à la page suivante. Bon nombre de nos moniteurs ont participé aux séances de sports d'hiver pour anciens combattants américains, qui se donnent au Colorado. Ils en sont à leur 28^e année. Mon ami, M. Gilmour, s'y rend depuis 24 ans. Malheureusement, je n'y suis allé que trois ou quatre ans.

Des moniteurs du Canada se sont donc inspirés du modèle du Colorado, où 400 soldats blessés et anciens combattants ont l'occasion de participer à des programmes de ski, de planche à neige, de biathlon, de ski de fond, de plongée, d'escalade et d'autodéfense, afin d'apprendre ce qu'ils peuvent faire avec leur nouveau corps et de tisser des liens avec leurs pairs et des mentors. Nous avons décidé de voir si nous pouvions reproduire ce programme au Canada, pour nos gars et nos femmes. Et nous l'avons fait. Le programme au mont Washington, en Colombie-Britannique, en est à sa 6^e année; il en est à sa 4^e année à Calabogie Peaks, et il y en a quelques autres.

À la page suivante, vous pouvez voir une photo prise en 2012 avec Walter Natynczyk, Chef d'état-major de la Défense.

À la diapositive suivante, nous vous présentons un aperçu des séances de sports d'hiver. L'association canadienne a travaillé avec 125 membres des Forces canadiennes ces dernières années. Il est important de souligner que d'enseigner à skier ou à faire de la planche à neige n'est pas le principal objectif de ces séances, l'accent est plutôt mis sur la valeur thérapeutique de l'initiative, sur les plans physique et mental, afin de permettre à nos soldats et anciens combattants blessés d'appivoiser leur corps transformé et de regagner une confiance en eux, en plus de développer des liens avec des pairs et des mentors. C'est vraiment notre but.

Nous permettons également aux personnes d'échanger au sujet des conséquences sur elles-mêmes et sur leur famille des blessures traumatiques qu'elles ont subies. Cet aspect est devenu très apparent l'an dernier, quand l'un des soldats s'est mis à décrire les incidences de ses blessures sur sa vie personnelle. C'est très personnel, pourtant je crois que nous sommes tous d'accord pour dire que la verbalisation de ses émotions et de son vécu fait partie du processus de guérison.

J'aimerais vous parler de ce que nous faisons à Calabogie, et c'est très représentatif de nos séances de sports d'hiver un peu partout. Nos priorités sont la sécurité, le plaisir et l'apprentissage du ski. La sécurité vient en premier, et sans plaisir, on n'apprend rien, vous comprenez? C'est aussi simple que cela.

Nous tenons à ce que l'activité soit un succès, donc nous avançons à pas de souris, si l'on veut. Nous n'amenons pas les gens en haut de la montagne pour leur dire simplement « vas-y! », comme bon nombre d'entre nous l'ont vécu lorsque nous avons appris à skier à l'époque et que nos amis nous abandonnaient en haut de la montagne. Nous allons donc commencer au pied de la montagne, sur les pentes-écoles, pour que le programme soit une réussite pour tous. Nous ne voulons pas que les gens vivent d'échec et repartent. C'est essentiel dans le processus.

Nous allons bien au-delà du ski. Les participants participent à des activités sociales. Nous avons présenté le hockey sur luge, la natation adaptée et d'autres activités pour alimenter le cycle, et nous avons eu beaucoup de plaisir. Je peux vous dire que le hockey sur luge, avec le concours des entraîneurs nationaux de l'équipe canadienne de hockey sur luge, a connu un immense succès l'an dernier, et cette année, nous présentons le biathlon aux participants.

Beaucoup de soldats sont accompagnés de leur conjoint, et il peut être pertinent de discuter de la façon dont ils peuvent participer au processus thérapeutique eux aussi.

À la diapositive suivante, vous pouvez voir quelques-uns de nos skieurs blessés. On voit des skieurs à trois traces, et bien que ce ne soit pas très évident sur les photos, il y a des amputés sous le genou et des amputés au-dessus du genou.

J'aimerais souligner qu'en bas, à gauche, on voit un skieur assis. Son histoire est assez extraordinaire, parce que quand nous l'avons rencontré la première fois, c'était environ quatre mois après sa blessure; il avait perdu les deux jambes, qui lui avaient été amputées au-dessus du genou, et bien honnêtement, il était très déprimé. Il croyait que son monde tel qu'il l'avait connu était terminé. Nous l'avons installé dans un appareil de ski assis, et notre première année avec lui a été assez difficile. Il chutait souvent, mais il a fini par apprendre à maîtriser un peu son appareil. Quand il est parti à la fin de l'année, nous nous demandions s'il reviendrait. Eh bien figurez-vous qu'il est revenu l'année suivante. Nous l'avons alors aidé à gagner en habileté, nous avons vraiment travaillé avec lui et équilibré son équipement, de sorte qu'il est devenu très bon cette année-là. L'année suivante, l'an dernier, nous l'avons placé dans un appareil de ski assis personnalisé, et cet homme dévale les pentes un peu partout au Canada maintenant. Il a une nouvelle raison d'être.

C'est exactement ce que nous voulons faire. Ce n'est qu'une histoire parmi tant d'autres.

Tous nos participants, y compris leurs conjoints, nous parlent positivement programme.

Une nouvelle prothèse vient de faire son apparition au Canada, il s'agit de la prothèse universelle du genou et des tendons de Bartlett, qui permet à des personnes amputées au-dessus du genou ou d'une seule jambe de skier à deux skis plutôt que d'utiliser le ski à trois traces. Fabuleux. Non seulement ces personnes peuvent-elles skier sur deux skis, mais elles peuvent utiliser la même prothèse pour faire du vélo, de la plongée sous-marine, etc. Il y a des choses fantastiques qui arrivent quand on peut adopter certaines des technologies des États-Unis, et c'est ce que Bob nous amène, en gros.

Parmi les réalisations citées, notons une amélioration de la façon de voir la vie, particulièrement chez des soldats souffrant de blessure de stress opérationnel (BSO), et ils sont nombreux. Il y a aussi les échanges sur l'expérience personnelle liée au stress et aux problèmes de la vie. Enfin, les bénévoles de notre association ont des aptitudes éprouvées pour la collecte de fonds. Cette année, nous souhaitons amasser 75 000 \$ seulement pour notre séance de sports d'hiver de Calabogie.

Voici la lettre d'appréciation d'un participant. Je crois que la seule chose que je voulais souligner dans cette lettre de Jim Hapgood, un adjudant retraité de Terre-Neuve qui souffre de BSO, c'est cette phrase: « Pour quelqu'un comme moi qui vit dans une petite communauté militaire, il n'est pas rare de se sentir seul dans l'épreuve. Mais cette semaine, j'ai compris que je ne serai plus jamais seul. »

C'est justement le genre de relations entre pairs et avec des mentors que nous voulons créer.

Nous arrivons enfin à la partie importante, c'est-à-dire les problèmes tels que nous les voyons. Premièrement, la planification. Nous avons besoin de promotion et de soutien de la part des militaires pour attirer des participants. Le ratio entre le nombre de participants réels et possibles est extrêmement bas. On nous dit que dans notre zone de service, il y aurait 450 soldats souffrant de BSO ou de blessures invalidantes.

La coordination, le financement... Les bénévoles et les moniteurs, bien sûr, nous pouvons y arriver. Nous avons un assez bon bassin de candidats pour cela.

Enfin, il y aurait d'excellentes occasions à saisir pour faire connaître cette initiative grâce aux médias. Nous croyons que Calabogie est l'endroit idéal — et nous allons prêter un peu pour notre paroisse, ici — parce qu'on y trouve de l'hébergement, des piscines intérieures, des salles d'exercice et tout ce qu'il faut au pied des pentes. Les soldats n'ont donc pas à se taper une heure de route pour s'y rendre. Tout est là, y compris les activités sociales et le biathlon.

Nous recommandons de pouvoir continuer d'organiser annuellement des séances de sports d'hiver dans l'Est et dans l'Ouest. Nous recommandons de maximiser le nombre de participants militaires. J'aimerais vous parler de cet aspect, d'ailleurs. Nous aimerions aplanir les obstacles potentiels qui empêchent des soldats de participer à nos activités. Autrement dit, comment rejoindre les participants? Nous croyons aussi que notre séance de sports d'hiver devrait être approuvée par le MDN pour que les soldats puissent y participer pendant leurs heures de travail. J'estime important qu'ils n'aient pas à prendre de vacances pour cela.

Finalement, pour améliorer la planification, je pense qu'il serait important de revoir l'appui aux conjoints. Je souligne par ailleurs que nous semblons abandonner nos anciens combattants lorsqu'ils quittent l'armée.

• (0855)

Nous pensons qu'il y aurait peut-être un meilleur modèle possible, qui nous permettrait de mieux servir nos anciens combattants.

Quoi qu'il en soit, voici la vision pour le développement des activités: continuer de croître. Le programme en est à sa quatrième année à Calabogie, à sa sixième année au mont Washington, et nous aimerions l'étendre encore davantage.

Le président: Monsieur Dawdy, je vous remercie beaucoup de cet exposé.

Passons maintenant à l'Association canadienne pour la santé mentale.

Mark Ferdinand, à vous la parole.

M. Mark Ferdinand (directeur national, Politiques publiques, Association canadienne pour la santé mentale): Bonjour, monsieur le président.

[Français]

Bonjour tout le monde.

Au nom de notre chef de la direction nationale, Peter Coleridge, j'ai le très grand plaisir d'être ici au nom de l'Association canadienne pour la santé mentale.

[Traduction]

L'ACSM a été fondée en 1918. Elle se nommait alors le Comité national canadien de l'hygiène mentale. Notre principal objectif, à l'époque, était qu'on offre des soins et des traitements adéquats aux personnes souffrant de troubles mentaux au Canada.

Aux fins de cette étude, j'estime important de souligner que l'un des premiers ministères avec lequel l'ACSM a noué une relation, au Canada, c'est le ministère du Rétablissement civil des soldats. Notre objectif était d'aider le ministère, le prédécesseur d'Anciens Combattants Canada, à venir en aide aux soldats canadiens de retour de la Première Guerre mondiale qui souffraient de toutes sortes de troubles neuropsychiatriques, dont le trouble de stress post-traumatique ou, comme on l'appelait à l'époque, le traumatisme dû aux bombardements.

Nous sommes fiers de poursuivre encore aujourd'hui cette collaboration, surtout avec Anciens Combattants Canada. L'an dernier, nous avons signé un protocole d'entente avec le ministère à l'égard d'un train de mesures qui devrait aider à améliorer les ressources et les services mis à la disposition des anciens combattants dans les collectivités où nous évoluons.

L'Association canadienne pour la santé mentale est un organisme communautaire. Nous avons 120 bureaux au Canada. Nous offrons des services à des milliers de collectivités. Nous voyons environ un demi-million de personnes chaque année.

La plupart de nos réalisations est attribuable au travail de nos bénévoles. Nous avons environ 10 000 bénévoles et employés au Canada. Nous offrons ce que j'appellerais des services et des programmes communautaires qui vont de la prévention à la promotion de la santé mentale, en passant par les interventions et divers autres types de services et de programmes. Je serai heureux de vous en parler davantage pendant la période des questions.

Nous croyons que tout service offert, aux Canadiens en général comme aux militaires des Forces armées canadiennes, doit être proactif. Il doit être adapté aux besoins uniques d'une collectivité à un moment donné. Il doit également être le mieux intégré possible aux services de santé et aux services sociaux. Nous croyons que cela va nous aider à atteindre les résultats escomptés, pour les Canadiens comme pour les forces armées.

À cet égard, ce que nous voyons dans la Stratégie du médecin général en matière de santé mentale encourage beaucoup les membres de l'ACSM. Nous croyons que non seulement elle prévoit des ressources et des services pour les soldats et leurs familles — et je vais parler un peu plus tard des ressources mises à la disposition des familles —, mais elle structure les services d'une façon très organisée, consciente et globale. Je pense que c'est extrêmement important que les membres du comité le sachent.

Nous croyons, en fait, que bien des éléments de la Stratégie du médecin général en matière de santé mentale devraient servir de modèle pour tout le Canada, c'est un programme de santé mentale détaillé et d'accès universel pour toute la société canadienne.

Je n'ai pas besoin de vous dire à quel point le combat nous coûte cher sur le plan humain. C'est très clair. Je suis sûr que vous êtes également conscients du fardeau qui accompagne les troubles neuropsychiatriques et la maladie mentale. Je ne me lancerai pas dans une explication détaillée à ce sujet.

Cela dit, nous reconnaissons que depuis une vingtaine d'années, les Forces canadiennes s'efforcent de se doter d'un programme très complet pour les soldats. D'ailleurs, nous avons participé à bien des égards à son élaboration. Nous trouvons donc que cette stratégie est très encourageante.

Cependant, nous ne savons pas précisément comment la Stratégie du médecin général en matière de santé mentale est mise en oeuvre sur le terrain. Quoi qu'il en soit, nous constatons, d'après les stratégies et les priorités établies, qu'on favorise une approche scientifique pour aborder la personne dans son ensemble. Nous voyons là une approche multidisciplinaire assez complète et une gamme de services qui ne met pas seulement l'accent sur les interventions, mais également sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et toutes sortes de ressources.

Il faut également souligner que la recherche et l'évaluation y sont mises de l'avant. Nous sommes impressionnés par la façon dont cette stratégie a été conçue, parce qu'elle prévoit des activités continues de recherche et d'évaluation.

● (0900)

De notre point de vue, le Canada souffre de sous-financement chronique des services communautaires en santé mentale. Ce n'est pas unique au Canada, c'est la même chose un peu partout dans le monde. Cependant, il y a de l'espoir quand on voit le rôle que joue le gouvernement fédéral pour attirer l'attention sur la santé mentale et mener des recherches qui vont assurément changer la vie des gens.

Par exemple, il y a environ cinq ans, l'un de nos anciens PDG, Taylor Alexander, a siégé au comité consultatif sur la santé mentale du MDN et des Anciens combattants. Nous savons que la GRC a également participé à la réflexion. En définitive, nous croyons que ce genre de collaboration de haut niveau à la structure, au développement, à la validation et à la mise en oeuvre d'une stratégie en matière de santé mentale est fondamentale pour répondre aux besoins de nos forces armées de la meilleure façon possible. Nous recommandons vivement au comité que ce type de collaboration entre différents acteurs de la collectivité, y compris les médecins, se poursuive.

Depuis quelques années, le gouvernement fédéral a également investi environ 11 millions de dollars dans l'embauche de personnel en santé mentale au sein des Forces canadiennes. Nous reconnaissons que c'est la chose à faire au Canada. Nous constatons malheureusement un sous-financement chronique, un manque de planification de l'effectif et une pénurie de ressources humaines dans le domaine de la santé mentale. Nous avons besoin de personnel formé pour offrir en toute sécurité des soins adaptés aux traumatismes et intervenir adéquatement auprès des personnes souffrant de graves troubles de la santé mentale et d'une maladie mentale grave. D'ailleurs, il nous semble tout aussi important d'investir dans les ressources humaines que dans la formation afin que les gens reçoivent les soins dont ils ont besoin pour prévenir les complications plus graves associées à leur problème de santé mentale et qu'on puisse intervenir adéquatement le plus tôt possible.

Nous invitons le gouvernement fédéral à continuer de jouer son rôle de leadership en offrant de la formation et des ressources adéquates à tous les fournisseurs de services.

Nous croyons que les Canadiens dont la santé relève du gouvernement fédéral devraient jouir du droit garanti à des services de santé mentale universels, complets, accessibles, abordables et publics, tout comme ils ont accès à des services de santé physiques grâce à leur assurance-maladie.

Nous croyons que les soins de santé directs aux populations particulières incombent aux organismes publics comme les forces armées, le ministère des Anciens combattants et les services de justice et qu'ils devraient être garantis de la même façon que le sont les services dont nous jouissons tous sous le régime de l'assurance-maladie. Ces services devraient être proactifs et adaptés aux besoins uniques de la population visée.

Nous croyons que tout cela est très bien pris en compte dans la Stratégie du médecin générale en matière de santé mentale et nous demeurons tout aussi impressionnés aujourd'hui, après des années de consultations et d'études, par le degré d'intégration de cette stratégie, par l'approche interdisciplinaire de la santé mentale qu'elle sous-tend et par la généralisation de la promotion de la santé mentale dans tous les secteurs des Forces canadiennes. Bien sûr, cela comprend des sondages, de la recherche, du développement et la publication de directives à l'intention des commandants, des études périodiques ainsi que des recherches comparatives avec les États-Unis et la population générale. Toutes ces facettes de la stratégie en font un véritable programme de soins visant à améliorer vraiment la santé des gens.

Dans le cadre de votre étude, nous vous demandons de veiller à adopter ou à tout le moins à envisager une philosophie selon laquelle il n'y a pas de mauvaise porte où frapper pour recevoir des soins. Quand on examine bien la Stratégie du médecin général en matière de santé mentale, on observe une tendance à se tourner exclusivement vers le milieu médical et les services de soins primaires. Nous serions pourtant portés à croire que les services communautaires en santé mentale ont un rôle à jouer pour appuyer l'excellent travail accompli par les Forces canadiennes. Les organismes communautaires offrent beaucoup de ressources pour les familles et bien honnêtement, nous estimons qu'il manque un volet sur la santé mentale communautaire dans cette stratégie.

• (0905)

[Français]

Ce sera un grand plaisir de répondre à vos questions après la prochaine présentation. Je vous remercie.

Le président: Merci, monsieur Ferdinand.

[Traduction]

Nous allons maintenant entendre Mme Steggle, de l'Association canadienne des ergothérapeutes. Allez-y.

Mme Elizabeth Steggle (dirigeante en affaires professionnelles, Association canadienne des ergothérapeutes): Merci.

Bonjour aux membres du comité permanent. J'ai le plaisir de représenter l'Association canadienne des ergothérapeutes, avec mon collègue Nick McCarthy. Merci de nous avoir invités à parler du rôle que peut jouer l'ergothérapie pour faciliter les transitions au sein des Forces armées canadiennes et d'Anciens Combattants Canada.

Je tiens à remercier M. Dawdy, qui a fourni un parfait exemple de participation à une occupation significative, qui constitue un déterminant de la santé.

Les ergothérapeutes croient que l'occupation ne fait pas uniquement référence à un emploi rémunéré, mais qu'elle englobe également tout ce que nous devons, désirons ou sommes tenus de faire dans la vie. L'occupation comprend les activités quotidiennes significatives, y compris des choses aussi simples que de faire une promenade avec son chien, de faire du jardinage, de préparer un repas, de faire la lessive et de s'adonner à des jeux. Les occupations font partie de la vie; elles nous définissent et elles sont le reflet de notre façon de nous percevoir. Les occupations donnent un sens à la vie.

Voici quelques faits historiques à propos de l'ergothérapie. Cette profession a vu le jour en 1915, pour aider les soldats qui revenaient de la Première Guerre mondiale à réussir leur transition vers la vie civile. En effet, les ergothérapeutes travaillent avec le personnel militaire et les anciens combattants depuis près d'un siècle. On a reconnu que la participation des soldats blessés à des occupations significatives avait été bénéfique pour eux. Les ergothérapeutes, alors appelées « aides de guerre ou aides occupationnelles », offraient une intervention thérapeutique aux soldats blessés afin de rétablir leurs capacités fonctionnelles et de les aider à réussir leur transition vers la vie civile.

De nos jours, les ergothérapeutes travaillent avec le personnel militaire et les anciens combattants qui ont été affectés par des problèmes physiques et mentaux ayant pu être aggravés par une exposition à des substances chimiques, des maladies et des environnements particuliers. De plus en plus, les blessures sont affectées négativement par une vague croissante de problèmes chroniques comme l'obésité, le diabète et la toxicomanie.

Les ergothérapeutes sont des professionnels réglementés ayant suivi une formation spécialisée. Ils travaillent avec des individus et des organisations en vue de déterminer et d'atteindre des objectifs qui permettraient aux individus de mener une vie productive et satisfaisante, en réduisant au minimum leur dépendance à la famille et à la société en général. Il peut s'agir d'une dépendance physique, émotionnelle ou financière.

J'aimerais vous donner un exemple. Dernièrement, une ergothérapeute m'a dit qu'elle travaillait avec un soldat ayant participé à la mission en Afghanistan, et avec sa famille. Cet homme a toujours été « l'homme de la situation », c'est-à-dire une personne sur qui tout le monde pouvait compter. En raison d'un trouble de stress post-traumatique, il a commencé à s'isoler et il était incapable de sortir de sa chambre. Il s'est détaché de sa femme et de ses enfants.

Après avoir discuté de ces problèmes de manière indépendante avec le mari et sa femme, l'ergothérapeute les a encouragés à s'expliquer mutuellement leurs peurs et leurs frustrations. L'épouse a expliqué qu'elle se sentait écrasée par le fardeau de devoir s'occuper de toute la famille. L'homme a expliqué qu'il avait peur des situations susceptibles de provoquer en lui des « flashbacks » et des pensées envahissantes; il a ajouté qu'il se sentait en sécurité lorsqu'il restait au lit, mais qu'il se sentait également coupable et qu'il avait peur de l'échec.

Le couple s'est mis d'accord pour que le mari essaie tous les jours de se lever du lit, de se laver et de s'habiller; c'était un début. Aujourd'hui, avec l'aide de l'ergothérapeute, le couple se fixe tous les jours de nouveaux et petits objectifs pratiques. Même s'il fait parfois des rechutes, le mari effectue maintenant la plupart des tâches ménagères et il a commencé à conduire ses enfants à leurs activités sportives. Son épouse travaille. La vie n'est pas parfaite, mais les choses s'améliorent chaque jour. Il ne s'agit que d'un exemple.

Il est reconnu que les périodes de transition peuvent être une source de stress pour le personnel militaire et qu'elles peuvent affecter l'état mental et physique d'une personne. En fait, j'ai entendu hier soir que 90 % des gens souffrant de problèmes de santé mentale ont aussi des problèmes physiques. On ne parle donc pas de l'un ou de l'autre.

Les périodes de transition ont lieu avant et après les missions, lors d'un changement de grade ou d'emploi et lors des périodes d'affectation. Toute personne ayant été déployée dans une mission de combat, de maintien de la paix ou humanitaire fait face à un événement qui bouleversera sa vie, et la transition lors du retour à la maison peut être difficile pour certaines personnes.

À la fin d'une carrière dans les Forces armées canadiennes, il y a aussi la transition de la vie militaire à la vie civile. Cette période peut être plus difficile pour les personnes qui ont été libérées des Forces armées en raison d'une maladie mentale ou physique ou d'une blessure.

● (0910)

Les ergothérapeutes travaillent avec leurs clients et leurs familles pour cibler des objectifs personnels, évaluer les capacités et déterminer des résultats ciblés et mesurables qui tiennent compte de l'ensemble de l'environnement physique, social et institutionnel.

En d'autres mots, l'ergothérapeute ne se concentre pas uniquement sur un aspect de la personne sans tenir compte de l'ensemble du contexte. Par exemple, un médecin peut prescrire un médicament ou un physiothérapeute peut traiter un muscle de manière isolée. Les ergothérapeutes travaillent avec des clients individuels en tenant compte de tous les aspects de ces personnes.

C'est pourquoi les ergothérapeutes sont souvent le catalyseur qui rassemble tous les morceaux. Ils observent la personne dans sa vie réelle, à domicile, et non pas dans un bureau. Si on revient à l'exemple que j'ai présenté précédemment, l'ergothérapeute m'a dit qu'elle était la seule professionnelle qui avait vu le client à domicile. Elle l'a vu alors qu'il n'était ni rasé, ni lavé. Il lui a dit: « Je suis désolé, je ne suis pas très présentable. » Elle a répondu: « Non, vous ne l'êtes pas vraiment. Venez, nous allons en parler. »

J'ai délibérément choisi de vous donner l'exemple d'un ancien combattant ayant un problème de santé mentale, parce qu'en général, la population ne connaît pas très bien ce domaine de pratique de l'ergothérapie. Mais j'aimerais vous donner un autre exemple puisé dans mon expérience clinique personnelle.

J'ai travaillé avec un jeune homme qui avait subi une lésion de la moelle épinière qui l'a paralysé à partir du cou, jusqu'aux pieds. Il n'était pas membre des Forces armées canadiennes, mais il aurait pu l'être. Mes collègues ergothérapeutes lui ont fourni un fauteuil roulant motorisé qui l'a rendu autonome pour se déplacer et ils ont travaillé avec des architectes et des entrepreneurs en construction pour construire une maison accessible répondant à ses besoins particuliers. Pour ma part, j'ai travaillé avec le technologue en réadaptation, qui lui a fourni de l'équipement électronique à commande vocale pour qu'il puisse faire fonctionner un ordinateur et tout ce que cela implique de manière autonome, contrôler son téléviseur et d'autres appareils audiovisuels, utiliser son téléphone, répondre à la porte et changer de position au lit. La dernière fois que ce jeune homme m'a donné de ses nouvelles, il m'a dit: « Les médecins et les infirmières m'ont sauvé la vie, mais vous, vous m'avez donné une vie qui vaut la peine d'être vécue. »

Je suis consciente que certaines questions préoccupent de plus en plus le personnel militaire et les anciens combattants. Les Forces armées canadiennes et Anciens Combattants Canada devront

répondre aux besoins en matière de santé des 30 000 membres des Forces canadiennes et anciens combattants ayant servi dans la mission en Afghanistan. Les soldats se perdent dans le système de santé et ils ont de la difficulté à se prévaloir des services et prestations de manière efficace, en raison de la complexité des critères d'admissibilité, d'un manque d'information claire sur les programmes et prestations, de la masse de documents à remplir et de la longue période d'attente avant de pouvoir accéder à ces programmes et prestations. Nous savons qu'il existe des lacunes partout au pays.

La Défense nationale cherche à passer d'un modèle centré sur les programmes à un modèle de santé et de bien-être complet, global et centré sur la famille pour les membres actifs des forces, les anciens combattants, leurs familles et les communautés. La Défense nationale envisage l'adoption d'une autre initiative en matière de prestation de services qui compléterait la prestation des services de santé de base.

L'ACE propose le Plan d'action pour le bien-être des membres des Forces armées canadiennes et des anciens combattants. Nous proposons de travailler en collaboration avec la Défense nationale et Anciens Combattants Canada en vue d'élaborer une stratégie qui facilitera l'accès à des services d'ergothérapie efficaces en temps opportun, afin de gérer et de faciliter les transitions pendant et après la vie militaire.

Nous proposons également la création d'un modèle centré sur les Forces armées canadiennes afin de rehausser les compétences des ergothérapeutes canadiens pour faciliter la compréhension, l'éducation et les soins des membres de nos forces militaires.

Le but de l'ACE est de travailler avec la Défense nationale et Anciens Combattants Canada pour favoriser l'accès à des interventions significatives et efficaces qui faciliteront les transitions pendant et après la vie militaire. Il existe de nombreuses possibilités d'atteindre ce but en offrant des interventions rentables et axées sur la santé mentale et physique. L'ACE croit également qu'il faut agir promptement. Le résultat sera l'amélioration générale de la santé et du bien-être, qui peut être mesurée par une plus grande réussite des transitions dans les déploiements actifs et vers la vie civile et familiale, par une plus grande productivité et par une meilleure participation au marché du travail.

Merci.

● (0915)

Le président: Merci, madame Steggle.

Nous allons maintenant commencer les questions.

Madame Gallant.

Mme Cheryl Gallant (Renfrew—Nipissing—Pembroke, PCC): Merci, monsieur le président.

Puisque j'ai sept minutes pour poser mes 10 questions, nous allons essayer de minuter les réponses en conséquence.

Ma première question s'adresse aux représentants de l'Association canadienne pour les skieurs handicapés.

Qui paie la chambre, la planche, l'équipement et les instructeurs? Quels coûts sont assumés par les militaires?

● (0920)

M. Clay Dawdy: Allez-y, Bob.

M. Bob Gilmour (directeur des opérations, Calabogie Adaptive Snowsports, Division de la capitale nationale, Association canadienne pour les skieurs handicapés): Si je ne m'abuse, Clay a indiqué que notre organisation tient des collectes de fonds privés. Notre budget s'élève à 75 000 \$ cette année et sert à loger et à nourrir tous les bénévoles, qui prennent une semaine de vacances pour participer aux activités.

Tous les coûts liés aux soldats canadiens et à leurs conjointes cette année sont couverts aussi. Les bénéficiaires n'ont rien à déboursier. Ils n'ont qu'à se rendre sur place, et tout est pris en charge pour eux.

Mme Cheryl Gallant: Combien de militaires canadiens ont pris part à vos séances de sports, l'an dernier?

M. Bob Gilmour: Nous avons réussi à trouver huit soldats qui pouvaient y participer.

Mme Cheryl Gallant: Comment trouvez-vous les soldats qui pourraient profiter de ces activités?

M. Bob Gilmour: Une des raisons de notre présence ici, c'est de vous informer. Nous avons tout le matériel et les bénévoles nécessaires; le gouvernement du Canada et les participants n'engagent aucuns frais. Au fond, nous devons seulement trouver une façon de rejoindre ces militaires pour les aider. C'est là où nous en sommes présentement.

Mme Cheryl Gallant: Le taux de participation en 2012 ou en 2013 est-il inférieur aux années précédentes?

M. Bob Gilmour: La première année, nous avons 6 participants, tandis que c'était 10 ou 11 les deux années suivantes. Cette année, grâce aux fonds recueillis par les organisations publiques qui nous appuient, nous aiderons au moins 20 soldats et leurs familles. Je vous ai montré la publicité dans l'enveloppe blanche. Mais il se pourrait bien que nous devions insérer une publicité dans l'*Ottawa Citizen* pour signaler aux anciens combattants ou aux militaires actifs que nous organisons ces activités pour les aider.

Nous voulons nous développer lentement. Si je me souviens bien, nous avons mentionné qu'aux États-Unis, il y a 400 personnes. Au départ, les chiffres étaient très modestes, là-bas aussi.

Mme Cheryl Gallant: Travaillez-vous avec l'UISP pour trouver les soldats qui pourraient profiter de ce genre d'activités?

M. Clay Dawdy: Les deux premières années, nous avons travaillé avec le programme Sans limites, qui depuis deux ans, concentre ses ressources limitées sur les séances de sports en Colombie-Britannique et à Whistler.

Mme Cheryl Gallant: D'accord, vous avez donc du mal à trouver des militaires qui pourraient en profiter. La collaboration que vous offrez aux forces militaires aux États-Unis se compare-t-elle à celle des Forces canadiennes?

M. Bob Gilmour: Pas du tout.

Mme Cheryl Gallant: Je vous demande d'établir une comparaison.

M. Clay Dawdy: C'est une question intéressante.

Dans le cadre de notre esprit de corps international, 15 anciens combattants américains sont entièrement défrayés pour profiter de nos séances de sports d'hiver, dont un entraîneur national de biathlon olympique. Jusqu'ici, nous avons trouvé deux nouveaux soldats blessés qui participeront à nos séances de sports d'hiver cette année. Nous prévoyons lancer une campagne publicitaire majeure d'ici deux ou trois semaines.

Mme Cheryl Gallant: Les installations de Calabogie ont-elles été adaptées pour améliorer l'accès des personnes handicapées?

M. Clay Dawdy: D'importantes rénovations ont été réalisées. Nous avons maintenant deux rampes d'accès pour fauteuils roulants, une salle de réunion distincte et une nouvelle salle d'équipement. Notre principal immeuble compte 1 700 pieds carrés. Nous avons des portes automatiques et des toilettes pour personnes handicapées. Chris Werhane, le superviseur en matière de sécurité pour la DAV, l'association des anciens combattants handicapés des États-Unis, a dit que Calabogie Peaks était le mieux adapté des 15 centres de ski qu'il a visités l'an dernier.

Mme Cheryl Gallant: Très bien.

Vous avez dit que les militaires doivent utiliser leurs vacances. Parfois, les soldats sont avisés seulement un jour avant le début de leurs vacances. Y a-t-il d'autres problèmes de temps? Vos séances durent une semaine complète.

M. Clay Dawdy: Allez-y, Bob.

M. Bob Gilmour: Cheryl, pouvez-vous s'il vous plaît poser la question de nouveau, concernant l'avis donné aux militaires?

Mme Cheryl Gallant: Parfois, les soldats sont informés du début de leurs vacances seulement la veille, même s'ils ont présenté une demande des mois d'avance. Ce délai empêche-t-il les militaires de participer aux activités?

● (0925)

M. Bob Gilmour: Les militaires qui prennent part au programme Sans limites obtiennent une semaine avec salaire si le commandant accepte leur demande. Mais si les militaires s'adressent à nous, ils peuvent en parler au commandant, mais ils ne recevront pas un congé officiel. Ils doivent donc prendre une semaine de vacances pour participer aux séances.

Mme Cheryl Gallant: Aidez-vous d'autres personnes handicapées que les militaires?

M. Bob Gilmour: Ces séances profitent aux soldats et aux anciens combattants.

Mme Cheryl Gallant: Qu'en est-il des autres activités?

M. Bob Gilmour: Si le militaire qui va en guerre durant 18 mois perd ses jambes, sa conjointe et ses enfants vivent peut-être un certain traumatisme à son retour.

Nous invitons la conjointe à participer à la semaine d'activités. Si elle n'a aucun handicap et qu'elle peut apprendre à skier, nous l'inscrivons au programme de ski pour la semaine. Nous enseignons au soldat tout ce qu'il y a à savoir pour skier assis. Le jeudi matin, le couple skie et sourit en voyant qu'il peut de nouveau pratiquer des activités ensemble.

Nous estimons que c'est extrêmement important. Les mêmes activités sont offertes aux États-Unis.

Le président: Merci, monsieur Gilmour.

Merci, madame Gallant.

Monsieur Harris.

M. Jack Harris (St. John's-Est, NPD): Merci à vous tous pour vos exposés très intéressants.

Puisque je n'ai que sept minutes, j'aimerais me concentrer sur l'ergothérapie comme telle. Il est intéressant d'apprendre que c'est une guerre qui a donné lieu à votre profession.

Les ergothérapeutes ont-ils un rôle à jouer, outre la thérapie? Je pense à une conversation que j'ai eue avec un de vos présidents nationaux, il y a un an ou deux, je crois. Il parlait des ergothérapeutes et de leur participation possible à des évaluations et à la conception de programmes, ou encore à l'évaluation globale des besoins d'une personne.

Les évaluations font-elles partie de votre rôle aussi?

Mme Elizabeth Steggles: Tout à fait.

Nous nous occupons de la personne entière. Nous travaillons avec les gens à évaluer leurs besoins particuliers, nous mettons en place un plan d'action et nous en faisons le suivi. Nous changeons ce qu'il faut au fil du temps. Nous travaillons effectivement avec des organisations à concevoir et façonner des programmes de réadaptation.

L'autre rôle que nous jouons dans bien des cas est celui de gestionnaire de cas — nous supervisons l'ensemble du processus avec les personnes.

J'espère que cela répond à votre question.

M. Jack Harris: Oui.

Les ergothérapeutes jouent-ils ce rôle au sein des Forces canadiennes?

Mme Elizabeth Steggles: Non.

Il y a un ergothérapeute employé à Valcartier, et un ergothérapeute contractuel à Edmonton.

M. Jack Harris: C'est tout.

Mme Elizabeth Steggles: Oui.

M. Jack Harris: Vous avez ce que vous appelez une proposition. Vous faites une proposition qui semble officielle.

Est-ce une suggestion, ou une proposition que vous avez préparée et présentée aux Forces canadiennes? Ou bien est-ce que vous nous dites que vous aimeriez faire cela?

Mme Elizabeth Steggles: Nous aimerions le faire. Nous discutons avec le personnel du ministère de la Défense nationale. Nous n'avons pas discuté de ce plan en particulier. Nous allons nous rencontrer la semaine prochaine au forum MVHR.

Ce que nous aimerions, c'est contribuer au renforcement des capacités au moyen de l'ergothérapie. Comme vous pouvez l'imaginer, on ne confie pas à un pédiatre un poste de neurologue. C'est un domaine très particulier. Les ergothérapeutes qui travaillent avec la Défense nationale ont besoin de compétences précises pour pouvoir offrir ce service. C'est une culture entièrement différente, si vous voulez. Engager n'importe quel ergothérapeute n'aura pas le même effet que de retenir les services d'une personne qui a l'expérience et la connaissance des besoins des militaires.

C'est là que nous estimons avoir un rôle à jouer, pour aider à renforcer cette capacité.

M. Jack Harris: Y a-t-il quelque chose que le comité...?

Quand nous entendons les recommandations de personnes comme vous, ce que nous nous demandons, en fin de compte, c'est si vous estimez que le comité pourrait, ou devrait faire une recommandation sur le recours à des ergothérapeutes.

Mme Elizabeth Steggles: Oui.

En 2008, on a recommandé que six ergothérapeutes soient engagés à l'échelle du pays. D'après ce que je comprends, nous avons deux ergothérapeutes. Dans le sillage de l'annonce de fonds destinés à la santé mentale, les services de six ergothérapeutes devaient être retenus pour l'aide au traitement des problèmes de santé mentale. Nous aimerions assurément que ces postes soient créés.

Nous savons que l'ergothérapie est rentable. J'ai entendu récemment que l'ergothérapeute de Valcartier, qui travaille à des initiatives visant la reprise du travail, a un taux de succès deux fois supérieur à celui des autres installations de réadaptation du pays.

• (0930)

M. Jack Harris: Nous avons tous entendu des histoires de soldats qui ne sortent plus de leur sous-sol ou de leur chambre à coucher. J'ai rencontré des conjoints et conjointes de personnes comme ça, et je suis sûr de ne pas être le seul. Il est réconfortant d'apprendre que votre profession peut donner de l'espoir aux personnes qui vivent cela, alors je vous remercie d'avoir porté cela à notre attention.

Il est intéressant de savoir que votre groupe a amorcé son travail en aidant les soldats à revenir à la normale après avoir été déployés. Je tiens à vous remercier pour cette présentation, et parce que vous m'avez au moins ouvert les yeux sur certaines choses que vous pouvez offrir aux soldats qui ont subi des dommages psychologiques ou des blessures. Merci beaucoup de votre présentation.

Le président: Merci, monsieur Harris.

C'est à vous, monsieur Norlock.

M. Rick Norlock (Northumberland—Quinte West, PCC): Je vous remercie, monsieur le président, et je remercie les témoins de leur présence.

Je pense que je vais commencer par M. Ferdinand et l'Association canadienne pour la santé mentale. Vous avez mentionné, bien entendu, des choses qui n'avaient pas nécessairement de lien avec le militaire, surtout en ce qui concerne les services de santé mentale et la recherche de personnes qualifiées pour aider, dans ce domaine, les hommes et les femmes en uniforme. J'ai siégé à un autre comité qui traite d'un secteur auquel le gouvernement fournit des travailleurs en santé mentale, en particulier, dans nos prisons. L'une des choses que nous constatons, et vous me le confirmerez si c'est vrai, c'est qu'il manque de professionnels de ce domaine qui souhaitent travailler dans un secteur où le travail est le même jour après jour. Ce ne sont pas tous les travailleurs en santé mentale qui sont prêts à travailler dans un établissement carcéral ou autre. Notre société souffre d'une pénurie de personnes qualifiées pour cela.

Est-ce juste?

M. Mark Ferdinand: Je pense que vous pourriez dire la même chose pour d'autres endroits que les prisons. Je pense que la difficulté ne se limite pas aux nombres ou à l'intérêt; elle est aussi liée aux programmes d'enseignement des divers établissements d'enseignement, par exemple.

Je pense que les infirmiers, infirmières et médecins ont fait beaucoup de chemin au cours des dernières décennies. Ce groupe de professions illustre bien comment on peut intégrer dans le programme d'enseignement universitaire le principe des soins de santé collaboratifs et partagés, en ce qui concerne les problèmes de santé mentale, les troubles concomitants, les problèmes de santé physique et de santé mentale, ainsi que la réflexion sur le moment de traiter les problèmes de santé mentale d'une personne, par rapport à ses problèmes de santé physique.

Il y a maintenant des lignes directrices, ce qui fait que nous avons maintenant des professions où l'on a fait de l'excellent travail. Les ergothérapeutes le font depuis 100 ans. C'est ce que nous avons entendu aujourd'hui. Nous avons donc d'excellents exemples d'intégration, comme chez les travailleurs sociaux, les psychologues et les psychiatres. Le problème, c'est que quand des gens travaillent à concevoir des programmes dans le cadre de nos systèmes de soins de santé et de notre structure sociale, ils tendent à se concentrer sur les problèmes aigus ou graves bien plus que sur la prévention ou la promotion de la santé. C'est sur ce plan, vraiment, que l'Association canadienne de la santé mentale travaille — la façon d'aider les gens à s'adapter et à se donner des stratégies pour se rétablir.

M. Rick Norlock: Étant donné que je n'ai que sept minutes, je vous prie de répondre brièvement, autant que possible.

Croyez-vous que, dans la plupart des cas, la prévention du crime et la prévention des problèmes de santé représentent la solution la moins coûteuse? Comment préparer un soldat à une situation où il sera exposé à des choses inhabituelles pour la plupart des gens? Je parle en particulier d'ESPT — le problème probablement le plus difficile à traiter, je pense, en raison des diverses formes qu'il peut prendre. Est-ce qu'on pourrait mieux préparer les membres des Forces canadiennes aux situations qu'ils vont rencontrer, de sorte que nous n'ayons pas autant de personnes qui en souffrent?

• (0935)

M. Mark Ferdinand: Je pourrais vous recommander la lecture de l'excellente publication d'une organisation appelée Klinik, au Manitoba, qui porte sur les soins tenant compte des traumatismes subis. L'une des caractéristiques du traumatisme, c'est qu'il est inattendu. Donc, quand vous me demandez si on peut préparer les gens à vivre certains types de traumatismes, je ne peux que répondre que ce n'est pas toujours possible. Autrement dit, parmi les personnes qui subissent un traumatisme, un peu moins de 10 % auront des incidences très sérieuses sur leur vie, au point d'avoir de la difficulté à vivre au quotidien. D'autres personnes auront d'autres genres de réactions.

Je pense qu'en fin de compte, peu importe les situations, nous devons traiter la personne globalement, qu'elle s'adresse d'abord à un professionnel de la santé, à un aumônier ou à quelqu'un d'autre, et aborder cette personne d'une façon qui tient compte des traumatismes qu'elle a subis.

Il est très difficile de répondre à votre question.

M. Rick Norlock: Je l'ai posée intentionnellement sachant qu'elle est difficile. Certains pensent qu'on peut recruter à l'aide de tests psychologiques des personnes susceptibles de mieux affronter la situation. Mais comme vous l'avez dit, il est difficile d'évaluer le traumatisme. Tant qu'il ne l'a pas été, on ne sait pas comment le traiter.

Je m'adresse à notre ergothérapeute. Nous constatons, entre autres, qu'un grand nombre de professionnels de la santé peuvent mener à bien toutes sortes d'activités, qui se chevauchent cependant. Et qui dit chevauchement dit gaspillage. Pensez-vous que recourir

davantage aux ergothérapeutes ou accroître leurs tâches pourrait garantir que chaque patient recevra des soins individuels, ce qui permettra d'éviter tout chevauchement? Comptez-vous votre profession parmi celles qui permettent de mieux analyser, d'un point de vue individuel, chaque patient ou client afin qu'il n'y ait ni chevauchement, ni gaspillage, ni temps d'arrêt?

Ce que nous avons constaté, c'est qu'il faut parfois attendre trop longtemps pour obtenir une évaluation, pour savoir qui consulter, et c'est parfois plusieurs spécialistes. Considérez-vous que vous favorisez une prestation plus efficace et plus efficace des soins de santé aux militaires malades et blessés?

Mme Elizabeth Steggle: Absolument. Je crois qu'il y a deux réponses à cette question.

Comme je l'ai dit, les ergothérapeutes ont un rôle bien établi de gestionnaires de cas, car nous avons une vue d'ensemble de la personne. L'autre rôle dans lequel les ergothérapeutes excellent, à mon avis, est celui de praticien interprofessionnel. Nous suivons tous maintenant une formation de deuxième cycle et une formation de praticien interprofessionnel. C'est une expression qui est très utilisée et qui signifie que chaque membre de l'équipe, y compris le client, vise le même objectif. J'estime qu'il y a un objectif commun. L'ergothérapie peut certainement faciliter l'atteinte de cet objectif, ce qui porte sur la question que vous soulevez. Si deux ergothérapeutes visent deux objectifs différents, nous devons alors consulter la personne afin de déterminer précisément son objectif et pouvoir collaborer pour atteindre cet objectif.

Le président: Merci madame Steggle.

Merci monsieur Norlock.

Madame Murray, je vous en prie.

Mme Joyce Murray (Vancouver Quadra, Lib.): Merci.

Et merci pour les renseignements que vous avez fournis au comité.

J'ai une brève question à poser à M. Dawdy.

À Whistler, travaillez-vous avec les responsables du programme Whistler Adaptive Sport Program?

M. Clay Dawdy: Non, mais j'ai rencontré des gens qui travaillent avec eux.

Mme Joyce Murray: Oui, il est bien implanté dans la collectivité et il s'élargit. Si vous cherchez davantage de contacts pour agrandir la clinique de sports d'hiver que vous ouvrez, ce programme vous offre la possibilité d'établir un excellent partenariat.

M. Bob Gilmour: Je voudrais intervenir. Ce sont les responsables du programme Sans limites qui décident. Cette année, ils ont choisi une clinique au Canada et ils l'administrent au mont Washington, mais ils organisent un événement international à Whistler. Ils ont choisi un site qui, essentiellement, relève encore du programme Sans limites. Ils sont simplement venus à Whistler et sont logés à l'école de ski adapté de cette localité.

• (0940)

Mme Joyce Murray: Merci.

Mes questions portent principalement sur les réservistes, car j'ai rencontré l'un des dirigeants de la légion qui a rapporté que son expérience des réservistes blessés indique qu'ils ont plus de chances que le personnel à plein temps d'être laissés pour compte, en partie parce qu'il n'y a pas de coordination pour les suivre à leur retour de mission, surtout ceux qui ont des blessures de stress opérationnel ou des blessures psychologiques. On ne sait pas s'il y a un système de suivi quand ils ne se présentent pas à la revue des malades dans leur unité.

Monsieur Ferdinand, vous disiez qu'il y a une lacune dans l'accès aux services communautaires de santé mentale. Avez-vous noté un écart à cet égard entre les membres de la Force régulière et les réservistes ou est-ce un aspect qui n'a pas été vraiment évalué dans l'analyse faite par votre association?

M. Mark Ferdinand: La seule chose que nous avons constatée, au fil de nos discussions avec des représentants d'Anciens Combattants Canada et avec des membres des forces armées, c'est que nous ne disposons pas de données. C'est là, à mon avis, le noeud du problème. Nous ne savons pas très bien qui nous consulte. Nous connaissons le type de troubles dont peuvent souffrir les gens, le type de problèmes de santé mentale qu'ils peuvent avoir, mais n'importe quel établissement autre que ceux du système de soins actifs de notre pays ne peut pas déterminer systématiquement si la personne est un réserviste ou un membre des Forces régulières. À ma connaissance, c'est ainsi. C'est une lacune.

Mme Joyce Murray: Donc, vous n'avez pas de recommandations particulières qui régleraient cette question d'écart entre les membres de la Force régulière, qui reviennent de mission et retournent dans leur base et leur poste à la Défense nationale et les réservistes qui reviennent de mission et qui peuvent retourner dans le secteur privé. Qu'en pensez-vous? Croyez-vous qu'il soit nécessaire d'utiliser des processus particuliers pour les réservistes ou faut-il les utiliser seulement pour l'ensemble des forces armées?

M. Mark Ferdinand: Je pense qu'il y a peut-être des différences entre les gens qui travaillent quotidiennement au Canada ou ailleurs et ceux qui peuvent être déployés à l'étranger, et je crois que les responsables des forces armées sont probablement mieux placés pour parler un peu de ces différences.

Au cours de nos discussions préliminaires avec des représentants d'Anciens Combattants Canada sur la façon dont nous pourrions faire cela dans la collectivité — effectuer le suivi de différentes personnes —, car leurs expériences, leurs traumatismes ou leurs problèmes pourraient être distincts. Donc, nous avons eu des discussions préliminaires, mais il nous reste à déterminer la manière d'établir un système de suivi.

Mme Joyce Murray: Merci.

Je ne voulais pas vraiment dire que leurs expériences ou leurs blessures sont différentes; il s'agit plus du fait que ces militaires ne faisant pas partie de la Force régulière, ils peuvent être laissés pour compte sans que personne ne sache qu'ils souffrent de troubles mentaux jusqu'à l'évolution de la maladie.

Je voudrais poser une question similaire à Mme Steggle.

Vous avez dit que 30 000 militaires ont servi en Afghanistan et que certains se perdent dans le système. C'est ce que j'ai entendu dire en ce qui concerne précisément les réservistes, mais sous une forme différente de la vôtre. J'ai appris qu'il fallait du temps avant de recevoir des prestations, que les différents programmes étaient complexes et qu'il fallait remplir de la paperasse, surtout pour une personne blessée qui souffre peut-être d'une blessure psychologique et qui a du mal à fonctionner normalement. Avez-vous constaté une

différence entre les réservistes et les membres de la Force régulière, une différence qui serait attribuable à leur mode de vie différent quand ils reviennent au Canada, comme je viens de l'expliquer?

Mme Elizabeth Steggle: Je ne suis pas certaine de pouvoir répondre à votre question sur ce que vous avez entendu dire à propos des réservistes, car je n'ai pas entendu de tels commentaires, mais puisque vous en parlez, je peux très bien comprendre qu'il pourrait y avoir une différence. Nous savons pertinemment qu'il y a une différence entre les anciens combattants et les militaires. Mais les ergothérapeutes travaillant dans la société civile, les réservistes pourraient les consulter pour suivre un traitement. L'ergothérapeute envisage habituellement toutes les ressources à la disposition d'une personne en particulier. Si, par exemple, la personne est admissible à recevoir des prestations du ministère des Anciens Combattants, l'ergothérapeute l'aidera dans ces démarches.

• (0945)

Mme Joyce Murray: Savez-vous si l'intervention précoce a des avantages ou s'il y a une différence entre le traitement des années plus tard d'une personne ayant souffert des années durant des effets d'une blessure de stress opérationnel ou d'ESPT et le traitement d'une personne souffrant des mêmes affections mais ayant fait l'objet d'une intervention précoce?

Mme Elizabeth Steggle: De nombreuses statistiques confirment que l'intervention précoce est bénéfique, le retour au travail par exemple. Nous savons que quelqu'un qui n'a pas travaillé pendant six mois a très peu de chances de retourner au travail. Dans ce contexte, il est effectivement crucial de s'attaquer au problème le plus vite possible.

Le président: Merci madame Murray.

Nous entamons la deuxième série de questions de cinq minutes par intervenant.

Allez-y monsieur Opitz.

M. Ted Opitz (Etobicoke-Centre, PCC): Merci monsieur le président.

J'ai été réserviste longtemps. Je vais simplement continuer dans la foulée des questions de Mme Murray. Lorsque j'étais commandant, je donnais des directives aux militaires qui rentraient au pays, nous faisons de notre mieux pour les surveiller de très près afin de détecter tout signe et symptôme de traumatisme psychologique. Quand ils sont en déploiement et à l'étranger avec la Force régulière — et certains de ces déploiements durent jusqu'à deux ans, instruction avant le déploiement, déploiement et période postdéploiement —, les réservistes sont sous étroite supervision au sein de leur bataillon de la Force régulière.

Le problème se pose au retour. Le système est efficace. Nous essayons de demeurer parfaitement informés de l'état de santé des militaires, de les observer. Beaucoup consultaient. Le problème est dû en partie au fait que les militaires ne sont pas enclins à le faire. C'est surtout vrai pour ceux des armes de combat. Ils ne veulent pas avouer une faiblesse quelconque. Ils ne veulent pas admettre que quelque chose ne va pas. En les amenant à s'exprimer ou en décelant les symptômes... Si vous êtes membre d'un bataillon de la Force régulière, vos camarades qui vous côtoient remarquent que vous n'êtes plus le même, si vous agissez différemment et si soudainement des signes ou des symptômes de traumatisme se manifestent.

Comme vous le savez, chez certaines personnes, les symptômes surviennent immédiatement; chez d'autres, c'est au bout de plusieurs années. C'est ce que nous constatons chez les Américains après les déploiements de longue durée en Irak et en Afghanistan, et également ici maintenant. Je sais que nous collaborons très étroitement avec les États-Unis. C'est le cas notamment de nos scientifiques de la Défense à RDDC qui se penchent sur le dossier.

Avez-vous travaillé avec RDDC, monsieur Ferdinand?

M. Mark Ferdinand: Non.

M. Ted Opitz: Vous n'avez donc pas travaillé avec les scientifiques de la Défense? Ils ont des programmes et des traitements pour le problème du stress mental avant, pendant et après les opérations. Je crois que nous entendrons ultérieurement leurs témoignages.

Le problème des réservistes se pose parfois à la fin de leur instruction et de leur congé postdéploiement, lorsqu'ils réintègrent leur bataillon. Il est alors quelquefois difficile d'assurer le suivi. S'ils ne veulent pas consulter... Je peux très bien leur en parler en ma qualité de commandant, et leur sergent ou leur adjudant peut très bien être aux aguets, mais ils réussissent parfois à taire leurs symptômes. Il est très difficile d'inciter un réserviste qui vit dans la société civile à consulter.

Beaucoup d'entre eux peuvent aborder et ont abordé de leur propre chef ces problèmes avec des spécialistes au sein des systèmes provinciaux et dans la vie civile. Ils essaient de ne pas en informer les forces armées, car ils ne veulent pas que leur chaîne de commandement sache qu'ils sont revenus avec un problème. Cela arrive. Les gens cachent ce genre de chose. C'est tout simplement l'aspect humain du militaire.

Le point soulevé par Mme Murray est très clair. Mais, si j'en juge par mon expérience, c'est généralement ce qui se passe avec les réservistes quand il est impossible de les surveiller et de les superviser 24 heures sur 24, ce qu'il est possible de faire dans un bataillon de la Force régulière. Ce sont là quelques différences.

Monsieur Ferdinand, il semble que vous entreteniez de très bonnes relations avec le ministère des Anciens Combattants. Serait-il juste de dire que vous collaborez très étroitement avec lui afin de trouver des solutions qui aideraient nos militaires?

• (0950)

M. Mark Ferdinand: Oui.

M. Ted Opitz: Excellent.

Madame Steggle, vous avez dit, me semble-t-il, que votre association représente environ 15 000 ergothérapeutes. Sauriez-vous par hasard si certains traitent des réservistes. Vous ne savez pas forcément si ce sont des réservistes, n'est-ce pas?

Mme Elizabeth Steggle: Je ne peux pas vous donner de réponse précise à cette question.

M. Ted Opitz: Vous dites qu'il y a moins d'ergothérapeutes dans les bases, mais que vous souhaiteriez qu'il y en ait plus?

Mme Elizabeth Steggle: Oui.

M. Ted Opitz: Que recommanderiez-vous pour qu'il y en ait plus?

Mme Elizabeth Steggle: L'idéal serait d'avoir deux ergothérapeutes, un pour la santé physique et un pour la santé mentale, qui enseigneraient dans les établissements de réadaptation dans tout le pays.

M. Ted Opitz: Je ne veux pas vous interrompre, mais je crois qu'il me reste 45 secondes.

Quand vous parlez de ski, vous parlez d'un sport que j'adore. Je souhaiterais pouvoir en faire pendant la moitié de l'année, mais ce n'est évidemment pas possible.

Je veux seulement dire que le travail que vous faites auprès des militaires est remarquable. C'est de l'excellente physiothérapie. J'ai aimé ce que vous avez dit à propos de couples qui skient ensemble, car le ski est une activité très familiale, qui favorise le rapprochement des membres de la famille au complet qui peuvent aller à Calabogie où il y a une piscine, un gymnase et tout le reste. Les militaires veulent rester en forme, et le ski ne suffit pas pour développer les muscles qui permettent de maintenir la forme. Le programme que vous mettez en oeuvre est excellent. Il donnera des résultats très positifs.

Merci.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Opitz.

[Français]

Et maintenant, Madame Michaud.

Madame Michaud, vous avez la parole.

Mme Éloïse Michaud (Portneuf—Jacques-Cartier, NPD): Je vous remercie tous de vos présentations. Elles étaient particulièrement enrichissantes.

Ma première question va s'adresser à Mme Steggle.

Je suis la députée de Portneuf—Jacques-Cartier, la circonscription dans laquelle se trouve la base militaire de Valcartier. J'aimerais que vous parliez un peu plus du rôle de l'ergothérapeute à Valcartier, des tâches qu'elle accomplit, de son travail auprès des militaires et des anciens combattants.

[Traduction]

Mme Elizabeth Steggle: Oui, bien sûr. Je ne l'ai rencontrée que brièvement, mais je sais qu'elle a commencé à travailler avec des personnes ayant des troubles mentaux, puis elle a travaillé auprès de personnes atteintes d'affections physiques, ce qui est un grand changement et ce qui, je pense, fait valoir le besoin d'expertise dans les deux domaines. Heureusement, nous recevons une formation dans les deux. Je crois comprendre qu'elle s'occupe principalement du retour au travail, de la réadaptation à la conduite automobile ainsi que des modifications au véhicule et au domicile.

[Français]

Mme Éloïse Michaud: Quand vous parlez de retour au travail, entendez-vous le passage à la vie civile ou un retour au travail au sein des Forces canadiennes?

[Traduction]

Mme Elizabeth Steggle: Les deux. Ça dépend de ce qui s'applique le plus. Il s'agit, si possible, de faire en sorte que les gens retournent à leur ancien emploi ou à un ancien rôle, et si cela n'est pas possible, à peut-être un rôle adapté au sein des forces armées. Si cela n'est possible, ce sera alors un retour au travail dans la vie civile. C'est un processus qui prend en considération les compétences et les aptitudes de la personne, ce qui lui conviendra le mieux et ce qui peut être adapté, au besoin.

[Français]

Mme Éloïse Michaud: Merci.

Pourriez-vous commenter brièvement la position de votre organisation quant à la nouvelle politique du ministère de la Défense nationale et des Forces canadiennes, qui consiste à maintenir les militaires blessés ou malades au sein des forces pour un maximum de trois ans à la suite d'une blessure?

[Traduction]

Mme Elizabeth Steggle: Nous n'avons pas de position, mais je dirais spontanément que, si des ergothérapeutes travaillaient étroitement avec ces personnes, il serait beaucoup plus probable qu'elles pourraient satisfaire aux exigences et demeurer au sein des forces pendant trois ans.

[Français]

Mme Éloïse Michaud: Merci beaucoup.

Ma prochaine question s'adresse à M. Ferdinand.

Quels sont les principaux défis auxquels vous faites face lorsque vous devez intervenir auprès de soldats malades ou blessés?

M. Mark Ferdinand: Nous n'avons pas de statistiques concernant les soldats, mais je peux dire qu'ils peuvent avoir accès à nos services communautaires. Lorsqu'une personne se présente comme étant un soldat, un réserviste ou un ancien combattant, nous pouvons l'aider à trouver des services appropriés, que ce soit sur le plan social ou en matière de santé mentale. Nous n'avons pas de statistiques comme telles là-dessus. Je ne peux donc pas vous répondre directement en ce qui concerne les défis particuliers.

• (0955)

Mme Éloïse Michaud: Lors de réunions précédentes de ce comité, des témoins nous ont parlé de cas de membres des Forces canadiennes aux prises avec des problèmes de santé mentale qui avaient été mal diagnostiqués par des fournisseurs de soins de santé des Forces canadiennes. Pouvez-vous nous parler un peu plus des difficultés relatives au diagnostic de maladie mentale, notamment celle du stress post-traumatique?

M. Mark Ferdinand: Tout d'abord, je dois dire que je ne suis pas un professionnel de la santé. Mon association ainsi que moi-même ne connaissons pas les problèmes liés au diagnostic. Cela dit, le diagnostic de certaines maladies mentales n'est pas encore une science parfaite. Je suggère que vous posiez cette question aux psychiatres, aux travailleurs sociaux, aux psychologues et aux médecins pour obtenir une réponse très précise à votre question.

Mme Éloïse Michaud: Je vous remercie beaucoup.

Ai-je encore du temps, monsieur le président?

Le président: Il vous reste 30 secondes.

Mme Éloïse Michaud: Monsieur Dawdy, recevez-vous le soutien de professionnels de la santé, de psychologues ou de psychiatres lorsque des soldats participant à vos retraites échangent sur leurs expériences, sur le stress qu'ils vivent ou sur leurs blessures?

[Traduction]

M. Clay Dawdy: Nous avons eu occasionnellement des thérapeutes dans nos cliniques de sports d'hiver, mais pour le moment, nous n'avons de définitif. Nous procédons un peu selon les besoins.

Le président: Merci, monsieur Dawdy

Merci, madame Michaud.

Monsieur Allen, je vous en prie.

M. Mike Allen (Tobique—Mactaquac, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président. Par votre entremise, je remercie les témoins. Je vous suis reconnaissant d'avoir témoigné aujourd'hui.

Étant un nouveau membre du comité, je voudrais vous faire part de deux ou trois choses. Premièrement, il y a le défi multidimensionnel de fournir un soutien à nos anciens combattants et à nos militaires blessés quand ils rentrent au pays, mais il faut aussi assurer un chevauchement minimal tout en évitant les écarts dans les services. Voilà ce qui pour moi est un défi.

Madame Steggle, je voudrais commencer par vous. Dans vos réponses à M. Harris, vous avez dit quelques mots au sujet de Valcartier et avez souligné que l'ergothérapeute a réussi à doubler le taux de succès sur le plan du retour au travail. À quoi ce succès était-il précisément attribuable?

Je vous pose la question parce que, lorsqu'il s'agit des unités interarmées de soutien du personnel et de ce genre de services, l'idée est de regrouper tout le monde, notamment les travailleurs sociaux et les ergothérapeutes.

À quoi pouvez-vous attribuer précisément ce taux de retour au travail? En quoi ce taux diffère-t-il de celui des autres établissements? Je suppose qu'il y a des gestionnaires de cas pour chacune de ces personnes. Est-ce traité différemment?

Mme Elizabeth Steggle: Selon moi, la différence entre Valcartier et les autres bases est qu'il y a un ergothérapeute qui s'occupe du retour au travail, alors qu'il n'y en a pas ailleurs.

Pour répondre à votre question au sujet de ce qu'un ergothérapeute fait que les autres ne font pas, nous examinons ce que les gens ont en fait besoin de faire dans le cadre de leur travail. Nous ne mettons pas seulement l'accent sur une circonstance ou un symptôme précis; nous examinons les capacités de la personne d'accomplir un travail précis. Nous prenons ses capacités, nous étudions son environnement de travail et nous pouvons, le cas échéant, le modifier en vue de mieux l'adapter à la personne. Bref, nous mettons vraiment l'accent sur le travail.

Je présume que la meilleure manière de vous l'expliquer serait de prendre votre propre travail et de vous imaginer qu'un problème apparaît. Ce n'est pas exact de dire que vous avez un problème de santé mentale et que ce sera maintenant difficile. Ce sont davantage les particularités de votre problème de santé mentale qui rendront difficile l'exécution de vos fonctions quotidiennes. Ensuite, nous déterminerons comment nous pouvons renforcer vos capacités particulières ou adapter le travail, si nous voyons que la personne ne possède plus ces capacités.

C'est une approche beaucoup plus précise et pratique en ce qui concerne ce qu'une personne doit faire.

M. Mike Allen: Ma prochaine question s'adresse à vous et à M. Ferdinand.

Je sais que vous pouvez nous dire à quel point les ergothérapeutes travaillent étroitement avec les autres spécialistes. Bien honnêtement, percevez-vous un conflit entre les fournisseurs de services en ce qui a trait aux spécialistes qui devraient être responsables des dossiers? J'ai l'impression que cela pourrait être une possible pomme de discorde.

• (1000)

Mme Elizabeth Steggle: On règle cela dans l'arène, n'est-ce pas?

Des voix: Oh, oh!

M. Mike Allen: J'espérais que ce soit le cas, mais ce n'était pas voulu.

Mme Elizabeth Stegglers: Je ne perçois en fait pas de conflit.

Je m'explique. Chaque personne a ses propres capacités et compétences. Les nôtres mettent l'accent sur les activités. Les médecins ont aussi leurs propres compétences et capacités.

Prenons l'exemple que j'ai utilisé dans mon exposé au sujet d'un physiothérapeute et d'un ergothérapeute... Si un patient ayant une blessure à un membre supérieur consulte les deux spécialistes. Le physiothérapeute travaillera le membre supérieur. C'est important. Il faut travailler les muscles et l'amplitude des mouvements. Par contre, l'ergothérapeute collaborera avec le physiothérapeute en lui expliquant qu'il faut que le bras soit de nouveau fonctionnel, parce que le patient doit faire telle ou telle chose. Bref, l'ergothérapeute orientera la réadaptation en fonction des activités ou du travail de la personne.

Voilà un exemple qui démontre comment nous pouvons tous mettre en commun nos différentes compétences en fonction encore une fois d'un but commun.

M. Mike Allen: Monsieur Ferdinand, croyez-vous que cela fonctionne bien?

M. Mark Ferdinand: Je serai très bref. Oui.

Des psychiatres travaillent avec nous, et des psychologues et des travailleurs sociaux qui travaillent au sein de l'ACSM... L'objectif n'est pas d'aborder le tout du point de vue des fournisseurs de services; il faut adopter une approche axée sur la personne.

M. Mike Allen: D'accord. Je vous remercie de vos commentaires, parce que je crois que c'est exactement ce que nous devons faire.

Merci.

Le président: Merci.

Allez-y, monsieur Larose.

M. Jean-François Larose (Repentigny, NPD): Merci, monsieur le président.

Merci aux témoins de leur présence aujourd'hui.

[Français]

Monsieur Ferdinand, lors de votre présentation, vous avez parlé du problème de sous-financement. Pourriez-vous donner plus de détails sur l'impact de ce sous-financement? S'il n'y avait pas un sous-financement, sur quelles priorités faudrait-il miser?

M. Mark Ferdinand: C'est une très bonne question.

Notre système de santé est en définitive organisé autour des soins urgents. Selon un bon rapport qu'a publié Santé Canada il y a déjà 40 ans, on doit investir davantage dans la prévention et la promotion de la santé. C'est ce qu'ont fait certaines provinces. À certains moments, le gouvernement fédéral l'a fait également. La stratégie en santé mentale publiée par les Forces canadiennes va dans cette direction, et c'est tant mieux.

En ce qui concerne le soutien familial, d'autres témoins ont dit que les familles aident les anciens combattants à se rétablir, mais elles n'ont pas le même accès aux services que le soldat ou l'ancien combattant. On doit donc veiller à ce que les familles et les amis proches aient accès à certains services. Je n'ai pas de statistiques sur la façon d'organiser les programmes et services pour que le soldat ou l'ancien combattant puisse se rétablir et le faire avec l'appui de ses proches et de sa famille. Présentement, c'est une lacune que pourrait relever votre étude. Je pourrai comptabiliser cela à un moment

donné, mais présentement, nous n'avons pas les statistiques nécessaires.

M. Jean-François Larose: Vous n'avez pas de statistiques sur l'impact de l'absence de soutien aux familles, mais l'avez-vous entendu dire?

M. Mark Ferdinand: Malheureusement, dans le domaine de la santé mentale, l'analyse économique est arrivée très tard. Au cours des trois dernières décennies, il y a eu certaines analyses économiques sur d'autres domaines de la santé, mais dans notre domaine, tant au Canada qu'ailleurs dans le monde, il y a du retard à ce chapitre. Au début de l'année, la Commission de la santé mentale du Canada a publié un rapport sur l'impact que pourrait avoir un investissement accru dans certains programmes de promotion, mais cela touche le milieu de travail. Pour le comité, il serait peut-être intéressant d'examiner ce rapport de la commission.

En ce qui concerne les soldats et les anciens combattants, j'ignore s'il y a des études qui donnent des chiffres sur l'aspect économique et l'impact personnel.

• (1005)

M. Jean-François Larose: Si j'ai bien compris, la stratégie des Forces canadiennes parle de soutien à la famille, mais il n'y a pas de financement qui y est rattaché. Est-ce cela?

M. Mark Ferdinand: Je ne sais pas s'il y a du financement ou non. Je constate simplement que la stratégie parle de l'appui à la famille et de l'importance de la famille dans le rétablissement du soldat. Elle dit aussi qu'il faut trouver dans le milieu communautaire des services appropriés pour les membres de la famille. C'est tout. C'est là que la stratégie devrait déterminer les relations heureuses à promouvoir et quelles sont les lignes de communication à établir entre les Forces canadiennes et le milieu communautaire, tout en sachant que les ressources communautaires ne pourront peut-être pas appuyer les familles de la manière souhaitée. Pour l'instant, ce sont de beaux mots, mais il faut continuer cet effort de collaboration afin de déterminer si on peut atteindre nos buts avec cette phase qui finit malheureusement sur un simple souhait, sans plus.

Le président: Merci, monsieur Larose.

[Traduction]

Monsieur Williamson, allez-y, s'il vous plaît.

M. John Williamson (Nouveau-Brunswick-Sud-Ouest, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci à tous les témoins de leur présence aujourd'hui.

Madame Stegglers, je crois que je vais commencer par vous. Pourriez-vous compléter votre commentaire? Vous avez été quelque peu interrompue en raison du temps lorsque vous répondiez à une question de Ted Opitz au sujet de votre recommandation. Si jamais vous voulez compléter votre réponse, je vous rappelle que vous parliez du nombre de spécialistes que vous souhaiteriez avoir dans chaque centre au pays.

Je suis nouveau au comité. Avez-vous mentionné le nombre de centres au pays dans votre recommandation et ce que cela signifierait, s'il vous plaît?

Mme Elizabeth Stegglers: Oui. Certainement.

Je suis plutôt certaine que vous savez qu'il y a des centres de réadaptation au sein de la Défense nationale partout au pays. Dans un monde idéal, nous aimerions que chaque centre compte deux ergothérapeutes de manière à avoir une expertise en matière de santé physique et de santé mentale. Ces gens ne feraient pas tout le travail. Ils reconnaîtraient les problèmes et pourraient orienter les traitements d'ergothérapie des gens. De plus, ils détermineraient aussi si d'autres services d'ergothérapie sont nécessaires, et certains de ces services sont actuellement confiés à des ergothérapeutes civils.

Comme je l'ai dit plus tôt, nous aimerions notamment dire que nous reconnaissons que les ergothérapeutes civils ne comprennent pas nécessairement les besoins des militaires. Donc, notre association aimerait donner un coup de main en vue de renforcer leurs capacités. Nous offrons déjà des ressources éducatives sur divers sujets. Par exemple, j'ai récemment communiqué avec la Coalition canadienne contre la douleur. Nous avons un réseau d'ergothérapeutes, dont certains qui travaillent déjà avec du personnel militaire, même si les ergothérapeutes ne sont pas employés par l'armée.

Nous aimerions organiser des webinaires ou des dîners-causeries, soit des activités que nous offrons déjà, qui aident à mettre davantage l'accent sur les besoins précis des militaires. Comme je l'ai dit, nous offrons déjà de tels services, mais nous aimerions nous concentrer sur les besoins des militaires qui ont besoin de nos services pour faire en sorte que les ergothérapeutes soient mieux outillés pour leur offrir des services.

M. John Williamson: Pensez-vous que ces ergothérapeutes travailleront, si c'est le bon terme, ou interagiront directement avec les militaires qui ont été blessés ou...

• (1010)

Mme Elizabeth Steggle: Absolument.

M. John Williamson: Je n'étais pas certain s'il était question de coordination ou bien de... D'accord. Bien.

Je m'excuse. Combien y a-t-il de centres au pays?

Mme Elizabeth Steggle: Six ou huit. Je suis désolée; je n'y pensais plus.

M. John Williamson: Ce n'est pas un problème. Merci beaucoup.

Ma prochaine question s'adresse à l'Association canadienne pour les skieurs handicapés. J'ai trouvé votre exposé intéressant. Encore une fois, M. Opitz a mentionné l'importance et le caractère unique du programme, mais je crois que vous êtes un peu au bout du rouleau ou frustré de l'incapacité de votre programme de se tailler une place et de peut-être se faire connaître davantage auprès des militaires.

Outre diffuser une publicité dans un journal, que pourrions-nous faire pour renverser la vapeur et joindre les militaires et leur présenter votre programme?

M. Clay Dawdy: En ce qui concerne nos rapports avec l'organisme Sans limite durant les deux premières années, les responsables nous ont tout simplement avoué qu'ils manquaient de ressources humaines pour s'occuper de leurs propres activités. Par conséquent, nous avons un peu été laissés à nous-mêmes.

Premièrement, nous devons examiner cet organisme au sein de l'armée et trouver comment il peut diffuser nos troupes de renseignements. Par exemple, nous pensons que la dernière édition de la Course de l'Armée serait une excellente occasion de générer de nouvelles inscriptions de militaires et d'anciens combattants. Pendant environ trois ou quatre mois, nous avons essayé, sans succès, de réserver un stand. D'un côté, c'est peut-être de notre propre faute, mais, de l'autre, je pense que c'est en raison de la

bureaucratie que nous devons naviguer en vue de réserver un stand lors de cette course.

Bref, il serait très utile de permettre à l'organisme Sans limite de diffuser notre trousse de renseignements, et nous nous occuperons de la réception des inscriptions.

L'autre élément clé était la capacité de l'armée de reconnaître nos cliniques de sports d'hiver comme des activités approuvées, parce que cela permet aux militaires d'obtenir leur congé en vue d'y assister et d'être considérés en service et donc d'être rémunérés.

[Français]

Le président: Monsieur Brahmi, vous avez la parole.

M. Tarik Brahmi (Saint-Jean, NPD): Merci, monsieur le président.

Ma question s'adresse à l'Association canadienne des ergothérapeutes.

Vous avez mentionné qu'au Canada, à l'heure actuelle, seulement deux ergothérapeutes travaillaient directement avec les Forces canadiennes et qu'une seule de ces deux personnes était permanente, soit à Valcartier. C'est du moins ce que j'ai compris.

Avez-vous une idée du nombre de soldats ou d'anciens combattants qui pourraient bénéficier directement des services d'ergothérapie?

[Traduction]

Mme Elizabeth Steggle: Non, je suis désolée; je n'ai pas de telles statistiques avec moi.

[Français]

M. Tarik Brahmi: Vous avez fait une recommandation, à savoir qu'il serait avantageux pour les Forces canadiennes de disposer de six ergothérapeutes permanents à temps plein pour l'ensemble du pays.

Pourriez-vous me donner une idée du nombre de personnes que cela pourrait couvrir? S'agit-il de centaines ou de milliers de personnes? Connaissez-vous ce chiffre?

[Traduction]

Mme Elizabeth Steggle: J'aimerais apporter une précision. Nous aimerions en avoir six pour veiller à la santé mentale et six autres pour veiller à la santé physique.

[Français]

M. Tarik Brahmi: On parle donc de 12 ergothérapeutes pour l'ensemble des Forces canadiennes.

[Traduction]

Mme Elizabeth Steggle: Oui.

[Français]

M. Tarik Brahmi: C'est ce que vous recommandez?

[Traduction]

Mme Elizabeth Steggle: Oui.

Je suis désolée; je ne peux vraiment pas vous donner de chiffres, si ce n'est de vous dire que le champ d'exercice des ergothérapeutes englobe toute personne qui a un problème de santé physique ou de santé mentale. Donc, il y a tous ces gens. Les traitements peuvent être très limités, mais ils peuvent aussi durer des années.

Je m'excuse de ne pas vraiment être en mesure de vous donner une réponse précise, mais je peux m'informer et vous faire parvenir les données à cet égard.

[Français]

M. Tarik Brahmī: D'accord, merci.

Monsieur Ferdinand, vous avez mentionné à plusieurs reprises dans votre témoignage que vous manquiez d'informations et que cela vous empêchait de déterminer les besoins réels. Vous n'ignorez probablement pas que Statistique Canada a une enquête sociale, soit l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. C'est une enquête modulaire, c'est-à-dire que chaque ministère a la possibilité d'ajouter, pour une certaine période, un module concernant un aspect particulier de la santé auquel il est relié.

Est-ce que cette voie pourrait être explorée par le ministère de la Défense nationale? Celui-ci pourrait ajouter, sur une période de six mois, un an ou deux ans, un module qui serait plus particulièrement lié à la santé mentale des militaires. Vous pourriez alors avoir accès à davantage d'informations, ce qui vous permettrait peut-être de prendre des décisions et de formuler des recommandations plus adéquates. Qu'en pensez-vous?

• (1015)

M. Mark Ferdinand: Oui et non. Le ministère travaille déjà avec les gens de Statistique Canada. Ceux-ci participent à l'évaluation des programmes et réalisent des projets ponctuels pour le ministère. Selon ce que je comprends, il y a donc déjà une relation entre le ministère et Statistique Canada.

Cela dit — et pour cet aspect, la réponse à votre question est oui —, ces sondages ne sont pas réguliers, et comme il n'y a pas vraiment de régularité, nous ne pouvons pas nécessairement déterminer les tendances au fil du temps. Ces sondages pourraient avoir lieu à tous les deux ou trois ans. Cela dépendrait notamment de la stratégie du ministère ou des Forces canadiennes.

Si j'avais une recommandation à faire, ce serait de régulariser un peu le genre de sondage qui nous aiderait à déterminer les besoins des soldats et de leur famille. Cela nous permettrait de faire un arrimage plus complet entre les forces et les services communautaires. Il est difficile de planifier sans ces données.

M. Tarik Brahmī: Merci, monsieur Ferdinand.

Monsieur Dawdy, vous avez parlé d'un concept de clinique et du fait que les personnes iraient pratiquer des sports d'hiver pendant une semaine.

Ce concept pourrait-il s'appliquer à toute une période hivernale dans le cas des bases militaires situées près de centres de ski? Y avez-vous pensé?

[Traduction]

M. Clay Dawdy: Comme nous l'avons mentionné, nous sommes bien entendu conscients que la base militaire de Valcartier se trouve à proximité du mont Sainte-Anne, ce qui est excellent. Je ne connais pas vraiment les installations du mont Sainte-Anne en ce qui a trait au ski adapté, mais je sais que nous y offrons un programme.

Il y a effectivement place à une plus grande régionalisation partout au pays. Nous aimerions vraiment présenter une gamme de sports adaptés aux militaires récemment blessés et aux anciens combattants pour leur montrer ce qu'ils peuvent réussir à faire.

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Bezan, s'il vous plaît.

M. James Bezan (Selkirk—Interlake, PCC): Merci, monsieur le président.

Je tiens à remercier nos témoins de leur présence et des excellents services qu'ils offrent à nos militaires, à nos anciens combattants et en fait à tous les Canadiens.

Ma première question s'adresse à vous, madame Steggle.

Vous parlez d'ergothérapie, et je considère que c'est une profession essentielle. J'ai vu un ergothérapeute à l'oeuvre à la suite de l'AVC de ma mère et j'ai compris à quel point c'était important. Son rétablissement en vue de retourner vivre chez elle de manière indépendante et de faire ce qu'elle aime était étroitement lié aux traitements d'ergothérapie qu'elle a reçus. Je reconnais vraiment la valeur de votre profession et de vos services.

Saviez-vous que le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes a un programme de réadaptation physique qui compte sept centres d'excellence au pays où travaillent au moins un physiothérapeute et un ergothérapeute?

Mme Elizabeth Steggle: Je suis au courant de leur existence, mais il n'y a pas un ergothérapeute dans chaque centre.

M. James Bezan: Ils n'en ont pas jusqu'à maintenant?

Cependant, ils doivent aussi collaborer dans la mesure du possible avec des fournisseurs civils. Donc, je présume que vos membres travaillent de concert avec ces centres.

Mme Elizabeth Steggle: Oui.

M. James Bezan: Si les centres n'embauchent pas de gens sur la scène locale, il est donc important que...

Mme Elizabeth Steggle: Oui. Par contre, on revient au même problème, à savoir que les gens ne comprennent pas nécessairement les besoins particuliers du personnel militaire.

M. James Bezan: Dans le plan d'action sur le mieux-être que vous recommandez, vous demandez une intégration accrue en faisant en sorte que les gens proviennent directement de la Direction des services de santé des Forces canadiennes ou en offrant davantage de formations polyvalentes pour qu'ils arrivent à mieux servir les militaires à cet égard sur le plan de la santé.

• (1020)

Mme Elizabeth Steggle: Je dirais que les deux options cadreraient dans le présent modèle.

M. James Bezan: D'accord.

Ma prochaine question s'adresse à vous, monsieur Ferdinand.

Nous entendons beaucoup parler des problèmes de santé mentale, dont l'ESPT ou les blessures de stress opérationnel, et le gouvernement investit actuellement 50 millions de dollars de plus par année en santé mentale. Nous avons embauché 378 professionnels dans les services de santé mentale, et nous essayons d'en engager d'autres.

Est-ce suffisant? Nous entendons sans cesse dire que notre rapport, à savoir le nombre de professionnels de la santé mentale par rapport au nombre de militaires, est supérieur à ceux de nos alliés. À votre avis, en avons-nous assez fait ou nous reste-t-il encore du chemin à faire?

M. Mark Ferdinand: Dans tout bon programme de santé qui se fonde sur les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé, il faut d'abord déterminer les besoins de la population avant d'évaluer les types de ressources nécessaires en vue d'y répondre.

Je ne le sais pas pour l'instant; je ne peux pas dire si ces ajouts sont suffisants. Lorsqu'on regarde le contexte global, il faut tenir compte des types d'opérations qui se termineront, des militaires qui reviendront au bercaïl et du pourcentage de ces gens qui auront peut-être des problèmes de santé mentale qui nécessiteront des services très particuliers.

Une bonne planification se fonde sur une évaluation de ces différentes variables. Il est donc difficile de dire si c'est suffisant. Nous avons entendu plus tôt que des militaires reviennent de l'étranger. La stratégie en matière de santé mentale du médecin-chef mentionne que des gens au Canada occupent déjà divers rôles.

Est-ce suffisant? Tout dépend des besoins de la population. Nous ne savons pas ce que les Forces canadiennes font en ce qui a trait à la mise en oeuvre de leur stratégie; il est donc difficile de dire si c'est suffisant. Par contre, nous pouvons dire que nous sommes ravis des embauches, parce que nous avons déjà constaté il y a quelques années qu'il y avait un manque de professionnels de la santé mentale lorsque nous avons participé à certains travaux avec le ministère des Anciens Combattants, le MDN et la GRC.

M. James Bezan: Seriez-vous en mesure de nous dire si le rapport est supérieur au sein des Forces canadiennes ou des provinces ou de la population canadienne en général? Avons-nous un rapport plus élevé de professionnels de la santé mentale dans les Forces canadiennes que dans la population civile?

M. Mark Ferdinand: C'est peut-être tout simplement tiré de mes conversations avec des gens de Statistique Canada ou d'ailleurs, mais les Canadiens doivent attendre, dans les faits, pour recevoir des services de santé mentale, et la stratégie en matière de santé mentale en fait justement mention. Nous le savons grâce à des sondages réalisés par Ipsos-Reid avec l'Association médicale canadienne. Nous connaissons les délais d'attente.

Il semblerait que les délais d'attente et la capacité financière ne soient pas un problème dans les Forces canadiennes. Cependant, il subsiste des défis concernant des services que des gens ne reçoivent peut-être pas dans des délais raisonnables en raison des contraintes géographiques.

À mon avis, nous avons entendu certains de ces défis. Prenons le nombre de centres des Forces canadiennes au pays; il n'y en a pas autant qu'on pourrait le souhaiter. Certains doivent parcourir de longues distances pour recevoir les soins dont ils ont besoin.

Le président: Monsieur Harris.

M. Jack Harris: Merci, monsieur le président.

Monsieur Ferdinand, dans votre déclaration préliminaire, vous avez laissé entendre que votre organisation appuyait la stratégie du médecin général en matière de santé mentale et qu'elle en était satisfaite en général. Mais avez-vous dit ne pas savoir si sa mise en oeuvre était réussie? Ai-je bien compris?

M. Mark Ferdinand: C'est exact. Nous n'avons tout simplement pas lu les rapports d'évaluation, mais nous savons qu'ils ont été prévus et qu'ils ont été faits. Je peux donc seulement supposer qu'ils indiquent aux forces le type de services qui doivent être mis en place. Mais nous ne savons pas particulièrement comment ces services sont évalués.

M. Jack Harris: Mais la théorie vous plaît.

M. Mark Ferdinand: Eh bien, la théorie, ainsi que ce que nous avons vu il y a peut-être une dizaine d'années, quand nous avons commencé, et ce que nous voyons maintenant... Il y a toute une différence; la structure est davantage axée sur la personne.

M. Jack Harris: Ma question s'adresse à M. Gilmour ou à M. Dawdy. Je m'intéresse à votre programme, mais je me demande aussi pourquoi il ne semble pas y avoir beaucoup de participation.

Que devrions-nous recommander? Cela devrait-il figurer sur la liste des ressources disponibles pour les soldats malades ou blessés et qui pourraient en bénéficier? Cela devrait-il faire partie de ce que les FC offrent aux soldats? Est-ce là où il y a des lacunes?

• (1025)

M. Clay Dawdy: Tout à fait.

M. Bob Gilmour: Puis-je vous interrompre...

M. Jack Harris: Il me semble étrange que vous n'ayez que 10 ou 12 personnes. Vous offrez quelque chose que M. Opitz trouve intéressant, et je suis sûr que cela intéresserait beaucoup de soldats actifs et en bonne condition physique qui pourraient en bénéficier.

M. Clay Dawdy: On nous a dit qu'il y a 450 participants potentiels dans la zone desservie, et pourtant, selon nos statistiques, nous devons faire des pieds et des mains pour trouver 8, 10 ou 12 personnes. Où sont les autres?

Bob, voudriez-vous ajouter quelque chose?

M. Bob Gilmour: Je voulais simplement ajouter que lorsque nous avons commencé, quand je suis revenu du Colorado, il y a quelques années, et que j'ai voulu démarrer ce programme, nous avons parlé d'une activité nationale, comme celle que nous tenons chaque année à Snowmass, au Colorado, depuis 28 ans. On nous a dit que le Canada est trop vaste et que nous devons offrir des programmes régionaux. Nous en avons donc offert dans l'Est, au Québec, en Ontario, et aussi dans l'Ouest. Et cette année, les responsables du programme Sans limites ont décidé qu'en raison des ressources et des fonds, ils ne peuvent en offrir qu'un seul dans l'Ouest canadien, sur l'île de Vancouver.

Nous examinons cela et nous nous disons qu'ils essaient de réunir 40 personnes pour l'île de Vancouver et que nous, nous sommes dans l'Est. Ceux qui nous manquent... c'est là où nous offrons notre programme. Nous tentons de les rattraper.

M. Jack Harris: Très bien, merci.

Madame Steggle, j'ai une autre question à vous poser au sujet de la gestion de cas. Je présume que le gestionnaire de cas de l'ergothérapie penserait probablement que ce n'est pas une mauvaise idée pour les skieurs handicapés.

Mais au sujet du système de gestion de cas, savez-vous si les Forces armées canadiennes l'utilisent dans le cadre de la réadaptation? Je sais qu'ils le font en ce qui concerne l'indemnisation des accidentés du travail. Par exemple, un gestionnaire de cas coordonnerait les services des divers professionnels de la santé et les besoins d'un client.

Les Forces canadiennes nomment-elles un gestionnaire de cas pour les soldats revenant d'un déploiement? Ou le cas passe-t-il par la chaîne de commandement et est-il envoyé un jour à un psychiatre, selon les besoins du soldat? Ce système de gestion de cas est-il utilisé, à votre connaissance? Et les ergothérapeutes pourraient-ils jouer ce rôle?

Mme Elizabeth Steggle: C'est une très bonne question, à laquelle je ne peux pas répondre. J'ignore si ce rôle existe dans les forces armées, mais les ergothérapeutes ont certainement déjà agi en tant que gestionnaires de cas. En Ontario, par exemple, les centres d'accès aux soins communautaires font souvent appel à des ergothérapeutes comme gestionnaires de cas pour coordonner les services dont une personne a besoin.

M. Jack Harris: Merci. J'ai terminé.

Le président: Madame Gallant.

Mme Cheryl Gallant: Merci, monsieur le président.

Dans le passé, quand vous avez tenté d'établir un contact avec les soldats qui bénéficieraient du programme, avez-vous travaillé avec l'UISP? Et l'unité a-t-elle envoyé un courriel à tous? Comment a-t-on réussi à le faire, dans le passé?

M. Bob Gilmour: Cela s'est fait essentiellement de bouche à oreille. J'essaie de trouver les bonnes personnes à l'UISP pour pouvoir mettre cela de l'avant. Nous avons quelques noms cette année à l'UISP et nous leur transmettrons assurément l'information disponible. Il est davantage question d'informer les gens de ce qui leur est offert, et il semble que cela n'aille pas très loin.

Mme Cheryl Gallant: En plus des soldats et des anciens combattants amputés, aidez-vous d'autres membres de la société?

M. Bob Gilmour: Nous offrons une école de ski adapté à Calabogie depuis 10 ans. Nous avons 40 participants, ainsi que 80 bénévoles qui travaillent essentiellement avec... C'est un programme d'une durée de huit semaines, et nous accueillons des enfants de 3, 4 et 5 ans pour leur enseigner la même chose. Ce que nous enseignons, ce n'est pas le ski, mais l'estime de soi. Peu importe qu'il s'agisse d'un enfant de 10 ans ou d'un soldat de 40 ans, si nous pouvons favoriser l'estime de soi et les aider à se sentir bien dans leur peau... S'ils peuvent faire cela, que peuvent-ils faire d'autre dans la vie? Ils se sentent bien dans leur peau. Voilà ce que nous faisons là-bas.

Nous avons aussi un programme d'intégration communautaire. Dans les années 1950, nous enfermions tous les gens qui étaient différents — ceux qui étaient atteints de trisomie, de paralysie cérébrale, de dystrophie musculaire, par exemple. Que faisions-nous? Nous les enfermions dans un établissement.

Au cours des neuf dernières années, à Renfrew et Arnprior, nous avons fait venir une trentaine de ces personnes pour une journée spéciale, le premier lundi de février. Nous les faisons sortir et nous leur faisons passer une belle journée. Nous les aidons à skier et nous leur offrons un festin à l'heure du dîner. Nous rendons ces gens heureux, car lorsqu'ils repartent, ils ont tous le sourire aux lèvres.

Il y a le programme Sans limites, le programme d'intégration communautaire et le programme régulier.

•(1030)

Mme Cheryl Gallant: Cela a-t-il amélioré la participation dans les activités scolaires? Parfois, une classe d'éducation physique se rend au centre de ski pour acquérir de nouvelles habiletés.

M. Bob Gilmour: Je viens de faire une présentation dans toutes les écoles spécialisées de l'Est de l'Ontario, et c'est exactement ce que vous dites. Mais nous encourageons toutes les écoles à le faire, car nous avons les installations requises. Nous venons de terminer la construction — et nous remercions le gouvernement fédéral pour la subvention liée à l'accessibilité — d'un établissement de 350 000 \$.

Lorsque les écoles viennent nous visiter, maintenant, elles emmènent tous les enfants, même ceux qui sont en fauteuil roulant.

Ils participent tous ensemble. Cela permet à tous les autres jeunes de s'intégrer, car ils trouvent merveilleux que ces jeunes puissent prendre part aux activités de ski. Certains ont la paralysie cérébrale ou marchent avec des béquilles, à l'école, et lorsqu'ils portent leur laissez-passer, d'autres jeunes leur demandent comment ils peuvent skier alors qu'ils ne peuvent même pas marcher. À cela, ils répondent: « Viens, je vais te montrer. » C'est exactement le type d'estime de soi que nous voulons pour eux.

Ainsi, si on améliore leur estime personnelle dans les relations avec leurs pairs, à l'école ou ailleurs, ils deviendront beaucoup plus productifs au sein de la société. Si nous pouvons leur tendre la main à un jeune âge et améliorer leur estime personnelle à mesure qu'ils grandissent, c'est encore mieux.

Mme Cheryl Gallant: Revenons aux militaires et aux anciens combattants. Pouvez-vous nous donner des exemples qui illustrent comment leur participation au programme de ski adapté a permis d'améliorer leur vie?

M. Bob Gilmour: J'en ai un, et je pense que vous vous en souviendrez probablement tous.

Il y a deux ans, nous avons tenu notre séance de sports d'hiver ici, et il y avait un homme qui souffrait d'un grave TSPT. La famille entière était en train d'éclater. Je me rappelle que sa femme est venue nous dire qu'elle voyait son mari sourire pour la première fois depuis son retour. Ils ont en quelque sorte établi un lien parce qu'ils ont eu la semaine entière pour parler et ressentir les choses, et discuter avec les autres victimes de TSPT. Cela a fait toute la différence pour eux. Malheureusement, cet homme a été frappé par un autobus à l'extérieur de Petawawa — et il s'en sortait, il y parvenait vraiment. Mais soudainement, il a un accident, et c'est ce qui est arrivé.

Mme Cheryl Gallant: De quelle façon votre programme contribue-t-il au rétablissement général?

M. Bob Gilmour: Aux États-Unis, nous appelons cela des « miracles à flanc de montagne », et nous pouvons les appeler ainsi au Canada également, puisque nous avons de bonnes montagnes. Il y a tout simplement une chimie qui s'opère. Ils se concentrent tellement sur l'acquisition d'un nouveau talent, et une grande partie de ce qui se trouve à l'extérieur, même pour les gens atteints de TSPT... Nous ne sommes pas des spécialistes du TSPT, mais quand ces gens sont venus, nous voulions simplement travailler avec eux et les aider.

À un moment donné, je leur ai dit: « Nous avons les skis, nous avons le reste, et maintenant, nous allons descendre chercher nos casques. » Et l'un des gars m'a dit: « Je ne porte pas de casque, car cela me ramène directement là-bas. » Eh bien, nous allons porter une tuque et avoir du plaisir.

Le président: Merci, monsieur Gilmour.

Madame Murray.

Mme Joyce Murray: Merci, monsieur le président.

Monsieur Ferdinand, vous avez mentionné

[Français]

les lacunes dans l'appui aux familles des membres des forces armées qui font face à des difficultés liées à la santé mentale.

•(1035)

[Traduction]

L'ombudsman a aussi parlé des familles des militaires et du stress qu'elles subissent, en particulier dans le cadre de l'évolution du contexte social, où ce n'est maintenant plus la norme pour un conjoint de rester à la maison avec les enfants. La norme consiste en deux parents qui poursuivent une carrière. Il y a des contraintes liées aux absences d'un partenaire et à la monoparentalité, aux réinstallations fréquentes que doit subir la famille, et au risque élevé que court le conjoint en service. Ces contraintes peuvent créer des problèmes pour le conjoint non en service. Elles peuvent briser des mariages ou provoquer le départ du militaire en service pour cette raison en particulier, ce qui entraîne des coûts pour les Forces armées, évidemment, puisqu'il s'agit d'un militaire formé.

Selon vous, le niveau de soutien est-il adéquat par rapport à cet élément de stress et le soutien mental est-il réellement nécessaire?

[Français]

Est-ce aussi une lacune que vous avez remarquée?

[Traduction]

M. Mark Ferdinand: Je pense que nous pouvons faire mieux. Le médecin-chef reconnaît qu'il y a des dimensions mentales, physiques et psycho-sociales aux problèmes de santé mentale ou aux maladies mentales auxquels sont confrontés les militaires ainsi que leur famille. La stratégie reconnaît également très clairement que... Le rapport dit carrément qu'on appuie la mise en place de services communautaires de santé mentale, mais il y a une mise en garde: il faut respecter les limites constitutionnelles ou de compétence. Il y a cette petite partie qui est ajoutée à la fin.

La raison pour laquelle j'ai mentionné que c'était un peu un souhait quand je l'ai lu, c'est que d'un côté, il est bien de dire quels sont les besoins et que nous comprenons les besoins — et je pense que vous avez très bien expliqué quels sont ces besoins relativement à la famille. Nous savons quel rôle jouent les membres de la famille dans le rétablissement des militaires. La question est de savoir dans quelle mesure ont lieu ces discussions; la collaboration qui est nécessaire, est-ce entre le gouvernement fédéral et les services civils ou les professionnels de la santé? Qu'est-ce qui pourrait permettre à la stratégie de rejoindre les gens qui, bien franchement, pourraient passer entre les mailles du filet?

Mme Joyce Murray: Selon vous, s'agit-il d'une réaffectation des ressources qui sont déjà en place, ou croyez-vous qu'il faut consacrer davantage de fonds au soutien en matière de santé mentale pour les militaires blessés et leur famille?

M. Mark Ferdinand: Il faut qu'on en discute. Je pense qu'à tout le moins, une discussion doit avoir lieu afin que nous puissions comprendre, encore une fois, si nous répondons au besoin de la population avec les ressources dont nous disposons ou non. Je ne sais tout simplement pas si ce type de discussion a lieu. C'est une excellente suggestion d'entamer à tout le moins cette discussion, car nous pourrions apprendre que les ressources existent à Toronto, mais pas à Podunk.

Mme Joyce Murray: Il y a quatre ans, je siégeais au Comité de la santé, et nous avons mené une étude sur les ressources humaines en santé. L'une des choses que nous avons apprises, c'est qu'il n'y avait pas un seul psychologue ni un seul psychiatre clinicien à l'emploi des Forces armées à ce moment-là. C'était il y a quatre ans seulement. Des changements peuvent survenir. Des services de santé communautaires plus proactifs pour les membres des familles ainsi que les conjoints blessés pourraient faire partie de la stratégie, mais...

M. Mark Ferdinand: Cela doit être présenté de façon détaillée.

Mme Joyce Murray: Quelle est la prochaine étape? Quelle est la prochaine étape unique et ciblée?

M. Mark Ferdinand: Il faut établir une stratégie officielle pour favoriser le soutien aux familles et le rétablissement des personnes. J'ai vu dans le document que l'établissement d'une stratégie de prévention du suicide était envisagé. C'est très bien. Il faudrait également officialiser une stratégie centrée sur le soutien des familles parce qu'à l'heure actuelle... je ne vois rien de tel dans le document. Je ne sais pas qui pourrait y participer, mais il faut qu'il y ait une discussion entre les divers partenaires communautaires pour qu'on puisse faire une différence et atteindre les résultats souhaités en matière de santé.

Le président: Merci, monsieur Ferdinand et madame Murray.

Avant de donner la parole à M. Bezan pour les cinq dernières minutes, j'aimerais poser quelques questions à M. Dawdy et à M. Gilmour. Vous avez dit avoir de la difficulté à joindre les quelque 400 personnes dans cette zone d'attraction, comme vous dites, qui pourraient se prévaloir de votre programme.

Je vois la Légion parmi vos commanditaires, et je me demande quelle relation vous entretenez avec elle. Est-ce qu'elle pourrait vous aider à joindre ces personnes?

M. Clay Dawdy: Nous collaborons étroitement avec les légions. Elles nous appuient pleinement, tout comme d'autres organisations du domaine militaire, comme les Vétérans de l'Armée canadienne. La fondation True Patriot Love nous a aussi beaucoup aidés cette année. Le groupe Wounded Warriors collabore avec nous également. Nous travaillons avec les légions pour aller de l'avant.

Par ailleurs, elles semblent elles aussi avoir des problèmes d'adhésion; elles ont du mal à recruter les jeunes anciens combattants.

Bob, vouliez-vous faire un commentaire?

•(1040)

M. Bob Gilmour: Les légions gèrent le Fonds du Coquelicot, mais son mandat ne vise pas l'aide aux soldats ou anciens combattants blessés; c'est un des défis auxquels elles sont confrontées à l'échelle nationale. Ce fonds pourrait très bien les aider; je crois qu'elles étudient cette possibilité.

Néanmoins, l'organisation a octroyé des fonds pour nous aider à offrir les services.

Le président: Merci.

Monsieur Bezan.

M. James Bezan: J'ai une dernière question à poser, dans la même veine que celle de Mme Murray: quel est le soutien offert aux familles des militaires? Nous avons des centres de ressources pour les familles au pays; aussi, du point de vue de la sensibilisation, comme l'a dit M. Gilmour, nous avons des activités comme la descente en skis des conjoints des survivants qui ont subi des lésions traumatiques dans les forces armées.

Monsieur Ferdinand, madame Steggle, est-ce que vos organisations pourraient collaborer avec les centres de ressources pour les familles du pays afin d'aider les conjoints et les enfants des militaires qui souffrent de toutes sortes de blessures, visibles et invisibles, à la suite de leur service?

M. Mark Ferdinand: Je crois que les diverses organisations communautaires ont conclu des ententes. Elles font des transferts harmonieux, comme elles disent. Les personnes qui font appel à une organisation peuvent être dirigées vers une autre, selon leurs besoins; elles frappent toujours à la bonne porte.

Cette relation existe déjà entre les associations pour la santé mentale, les centres de ressources pour les familles et d'autres organisations similaires dans certaines collectivités.

M. James Bezan: Madame Steggle.

Mme Elizabeth Steggle: En tant qu'ergothérapeutes, nous engageons toujours la famille; cela fait partie intégrante de notre

travail. En tant que personnes, nous sommes en relation avec notre famille, notre employeur, notre environnement; il faut donc travailler avec les familles.

L'Association canadienne des ergothérapeutes collabore avec de nombreuses organisations. Nous avons des représentants au sein de ces organisations. Nos revenus dépendent de l'adhésion de nos membres, mais nous avons de nombreux bénévoles qui collaborent avec les diverses organisations et y représentent l'ergothérapie.

Je crois que c'est la voie à suivre, et nous l'encourageons certainement.

M. Clay Dawdy: Du point de vue des loisirs, nous faisons la promotion de ce genre d'activités. Mais le manque de financement nous nuit.

Nous avons réussi à amasser les fonds nécessaires cette année. Nous pourrions aider les conjoints et les membres des familles des militaires, mais c'est un problème continu.

M. James Bezan: Merci.

Le président: Merci à tous.

La réunion était très instructive et très utile.

Merci beaucoup.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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