



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## **Comité permanent des anciens combattants**

---

ACVA • NUMÉRO 043 • 1<sup>re</sup> SESSION • 42<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

**TÉMOIGNAGES**

**Le mercredi 15 février 2017**

**Président**

**M. Neil Ellis**



## Comité permanent des anciens combattants

Le mercredi 15 février 2017

• (1540)

[Traduction]

**Le président (M. Neil Ellis (Baie de Quinte, Lib.)):** Je voudrais déclarer la séance ouverte, si tout le monde veut bien s'asseoir.

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

Aujourd'hui, nous recevons trois organismes et nous commençons par 10 minutes de questions. Il y a le Centre de détresse d'Ottawa et la région, la Société pour les troubles de l'humeur du Canada et l'Institut Vanier de la famille.

Nous allons commencer par l'Institut Vanier de la famille avec Nora Spinks, directrice générale, et le colonel à la retraite Russ Mann.

**Mme Nora Spinks (directrice générale, Institut Vanier de la famille):** Merci. Je m'adresse à vous aujourd'hui en tant que directrice générale de l'Institut Vanier. Comme vous le savez, l'Institut a été fondé voici plus de 50 ans par feu le très honorable général Georges P. Vanier et sa femme Pauline, mère de ses cinq enfants et, par moments, sa soignante. Il était l'un des chefs militaires les plus décorés du Canada, un vétéran des deux guerres mondiales ayant perdu une partie de sa jambe lors de la Deuxième Guerre mondiale.

Je suis ici avec mon collègue, le colonel à la retraite Russ Mann, qui travaille à l'Institut sur l'Initiative pour les familles des militaires et des vétérans du Canada et coordonne le Cercle canadien du leadership pour les familles des militaires et des vétérans. Il s'agit d'un consortium de plus de 40 organismes communautaires qui s'engagent à travailler ensemble pour construire un cercle de soutien fort pour les familles de ceux qui choisissent de porter l'uniforme pour le Canada.

Je ne suis pas experte du suicide. Je suis ici pour parler des familles. Je suis ici pour parler du rôle que jouent les familles dans la prévention du suicide, pour parler de la diversité des familles et de la complexité de la vie de famille. Je suis ici pour vous montrer les preuves issues de la recherche en ce qui concerne le rôle de la famille dans la prévention des suicides, ce qui est très difficile à cause du défi que représente la mesure de quelque chose qui n'a pas eu lieu.

Tout d'abord, la famille est notre première expérience de groupe et nos parents sont nos premiers chefs de groupe. Les familles sont uniques et diverses, les dynamiques familiales peuvent être ouvertes ou fermées, les émotions peuvent être contenues ou exprimées et les adultes peuvent être encourageants ou distants. Les familles peuvent vivre dans l'abondance ou la pénurie. Les familles peuvent faire partie d'une communauté qui les soutient ou peuvent être seules, voire isolées. Les membres d'une famille font face ensemble au stress d'un déménagement ou d'un changement — une naissance, un décès, une maladie ou une blessure — lorsque l'argent vient à

manquer, lorsque les incertitudes sont nombreuses, lorsqu'une famille se retrouve séparée par les circonstances ou réunie après une période de séparation.

Nous jouons chacun un rôle dans notre famille que nous soyons enfants ou adultes. Certains sont des pacificateurs, d'autres sont des fauteurs de trouble. Certains sont des suiveurs et d'autres sont des meneurs. Certains parlent, d'autres écoutent. Certains sont des observateurs silencieux tandis que d'autres testent, expérimentent et innovent. Les familles se resserrent et se distendent. Elles partagent l'amour, les préoccupations, la douleur et l'angoisse. Elles partagent aussi la joie, les espoirs et les rêves.

Certaines familles sont stressées, certaines sont en détresse et certaines sont en crise. Les recherches montrent que les gens qui envisagent le suicide ressentent du désespoir, de la colère, de la peur et de la douleur — une douleur émotionnelle ou psychique. Elles ressentent le besoin de s'échapper, de protéger les autres. Elles ont l'impression qu'elles n'ont pas d'autre choix. Les familles partagent ce désespoir, elles subissent souvent le fardeau de la colère et sont témoin de la peur. Les familles se sentent souvent impuissantes et dans l'incapacité d'aider. Les gens qui envisagent le suicide ressentent la même chose.

Les familles procurent de l'aide et de l'espoir, mais elles procurent aussi du soutien et elles en ont besoin à leur tour. Les familles correctement soutenues, qui fonctionnent et qui sont en bonne santé, peuvent constituer un facteur de protection considérable pour ceux qui envisagent le suicide. Peu de familles sont naturellement résilientes: la plupart ont besoin d'être soutenues pour le rester ou le devenir et certaines ont besoin d'aide pour devenir résilientes. La littérature montre que des relations fortes avec la famille et les amis peuvent réduire l'isolement social. Les familles peuvent être des défenseurs et des intervenants-pivots. Elles peuvent constituer le centre ou le fondement du système de soutien des personnes en détresse: nous avons entendu des personnes ayant vécu la détresse — qui ont traversé l'obscurité et qui sont ressorties de l'autre côté — dire que c'était grâce à quelqu'un dans leur vie qui n'a pas baissé les bras.

Les familles sont diverses. Elles peuvent efficacement soutenir un membre de leur famille qui souffre de maladie mentale, de dépression ou de TSPT, mais elles ont besoin de soutien, de formation et de ressources pour le faire. Elles ont besoin de se sentir compétentes et elles ont besoin de savoir que les personnes qu'elles aiment recevront les soins nécessaires. Elles ont besoin de sentir qu'elles ne sont pas seules. Lorsqu'elles cherchent de l'aide au nom des personnes qu'elles aiment, elles ont besoin de sentir qu'elles peuvent se concentrer sur la réponse aux besoins plutôt que de se battre pour chercher ces services et de passer du temps sur Google. Elles ont besoin de sentir que leurs proches vont mieux, pas qu'ils doivent s'inscrire sur une longue liste d'attente. Elles ont besoin d'avoir accès aux services sans avoir à se battre pour être entendues.

Les familles ont besoin de compassion, pas de confrontation. Elles ont besoin de se sentir respectées, pas défiées et elles ont besoin qu'on leur fasse confiance.

Les familles ne peuvent pas être oubliées après le décès d'une personne par suicide. Elles ont besoin de guérir après cette expérience, ce deuil, cette perte. Elles ont besoin de conseils, d'assistance et de soutien. Les familles sans soutien peuvent devenir une partie du problème au lieu d'être une partie cruciale de la solution. Les familles auxquelles on donne du pouvoir, des ressources et qui sont parties prenantes peuvent constituer un outil puissant.

Le suicide est une extrémité du spectre du bien-être. On peut prévenir le suicide; le suicide est une chose complexe. La prévention efficace du suicide n'est pas un événement, une action, une politique ou un programme isolé. C'est une approche globale pour aider les individus et leurs familles à aller mieux, à être en bonne santé et à le rester. Il s'agit de soin et de compassion. Cela tient à ce que le système du gouvernement et des soutiens communautaires travaille avec les familles dès qu'elles sont liées à l'armée, tout au long de la carrière militaire, lors de la sortie de l'armée et au cours de la vie d'ancien combattant.

L'Institut Vannier est ici en tant que ressource nationale. Nous sommes ici pour apporter notre aide dans la recherche que vous menez. Nous sommes ici pour vous aider à trouver les réponses appropriées pour soutenir les familles qui sont confrontées au traumatisme des personnes qui envisagent le suicide.

Merci beaucoup.

• (1545)

**Le président:** Merci.

Nous allons maintenant entendre le Centre de détresse d'Ottawa et la région, représenté par Mme Pizzuto, coordinatrice intérimaire des relations communautaires. Bienvenue.

**Mme Breanna Pizzuto (coordinatrice intérimaire des relations communautaires, Centre de Détresse d'Ottawa et la région):** Merci de m'avoir invitée à venir m'exprimer devant vous aujourd'hui. Je vous suis très reconnaissante de me donner l'occasion de parler de ce sujet. Je suis très heureuse de savoir que ce comité existe et se penche sur cette question.

Cela fait trois ans et demi que je travaille au Centre de détresse. J'ai commencé comme bénévole au standard téléphonique, puis je suis devenue superviseuse bénévole et cela fait maintenant un an que je suis employée à plein temps alors j'ai une bonne idée de ce qui se fait en première ligne et aussi en quoi consiste le soutien aux bénévoles ainsi qu'aux personnes qui nous appellent.

Je vais vous parler un peu de ce que nous faisons au Centre de détresse. Nous sommes un service téléphonique fonctionnant 24 heures sur 24 qui propose des interventions de crise, un soutien émotionnel, des informations et des orientations à ceux qui en ont besoin. Notre secteur d'intervention est assez étendu. Il couvre Ottawa, Gatineau, Prescott-Russell, Stormont, Dundas et Glengarry, Renfrew, Frontenac, Grey Bruce, et le Nunavut et le Nunavik dans le Nord du Québec. Nous avons plus de 220 bénévoles actifs qui répondent au téléphone 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par an. En 2016 nous avons répondu à plus de 50 000 appels.

Pour vous donner une idée de notre place dans la province, l'Ontario dispose de 14 centres de détresse, y compris celui d'Ottawa, qui ont répondu à plus de 302 000 appels en 2015, grâce à plus de 1 800 bénévoles actifs.

Pour en venir à la raison de notre présence ici aujourd'hui, je peux vous dire qu'en 2016, dans 1 118 de nos appels, il a été fait mention d'un TSPT touchant la personne qui appelait ou un membre de sa famille et 12 448 appels sur 50 000 concernaient des troubles de l'humeur chez la personne qui appelait ou dans sa famille; ce sont les problèmes de santé mentale dont nous entendons le plus fréquemment parler, avec la schizophrénie et la psychose.

Bien que nous ne tenions pas spécifiquement les comptes du nombre de militaires ou d'anciens combattants dans nos statistiques, je voudrais vous parler d'une personne qui nous appelle assez régulièrement, juste pour que vous puissiez personifier cette question. À des fins de confidentialité, je vais l'appeler John.

John vit dans notre secteur d'activité. Il a la cinquantaine. Il est divorcé et vit seul. John a effectué des missions en tant que capitaine dans l'armée en Afghanistan, en Irak et en Somalie. John a perdu tous les membres de son escouade, soit durant le service, soit par suicide à leur retour au Canada. Il est constamment hanté par des flash-back de l'expérience qu'il a subie en évacuant ses compagnons du champ de bataille dans des sacs mortuaires. Il a été libéré de l'armée il y a quelques années sans pension et il est en difficulté financière, il a épuisé toutes ses économies depuis son retour ici. Il se débat avec l'alcool et le tabac qui sont ses stratégies d'adaptation et il nous appelle souvent lorsqu'il est en état d'ébriété. Il a reçu un diagnostic de TSPT et est également atteint de toute une série d'autres maladies physiques qui le font souffrir en permanence.

Lorsqu'il nous appelle, John oscille entre des sentiments de force et de résilience parce qu'il a réussi à traverser ce qu'il a vécu et des idées suicidaires constantes ainsi qu'un sentiment d'impuissance parce qu'il se sent très souvent rejeté et laissé à l'écart. John a le sentiment d'être le dernier homme vivant.

Il nous a avoué qu'il avait besoin de conseils, mais il nous a souvent dit qu'il ne voulait rien avoir affaire avec le ministère des Anciens Combattants. Il a déjà eu affaire à eux par le passé et se sent frustré parce qu'on lui a simplement donné des médicaments alors que ce qu'il veut vraiment c'est quelqu'un à qui parler, quelqu'un à qui raconter son expérience. Il nous a dit qu'il a le sentiment que l'armée l'a mis au rebut.

L'histoire de John est une histoire d'ancien combattant en souffrance parmi tant d'autres et nous avons beaucoup à en apprendre.

J'ai lu sur Internet que 85 % des effectifs de l'armée canadienne sont constitués d'hommes. La santé mentale des hommes est de plus en plus reconnue comme étant un sujet de préoccupation dans notre société et les hommes meurent quatre fois plus par suicide que les femmes. Au vu de cette statistique et de la proportion d'hommes dans l'armée, il serait logique de s'intéresser à la manière dont on peut spécifiquement aider les hommes — sans négliger les femmes bien entendu, elles sont importantes aussi.

On dit souvent que les hommes sont moins susceptibles que les femmes d'aller chercher de l'aide lorsqu'ils en ont besoin. Cela semble être vrai, mais les statistiques de notre centre de détresse indiquent qu'en 2016, 40 % des appels provenaient d'hommes, ce qui fait presque la moitié. Ce chiffre nous indique que les hommes demandent de l'aide lorsqu'ils se sentent en sécurité pour le faire.

Notre service est confidentiel, il n'y a pas de jugement et il n'est pas directement lié à un lieu de travail en particulier, que cela soit le gouvernement, l'armée ou un autre organisme professionnel. Les personnes qui appellent savent qu'elles seront respectées et qu'elles seront activement écoutées par un bénévole lors de chaque appel et que leurs histoires seront entendues mais pas répétées. Quoi qu'ils aient fait dans leur vie, quoi qu'il leur soit arrivé, nos bénévoles feront preuve de la même gentillesse et du même soutien envers toutes les personnes auxquelles ils parlent.

En préparant cet exposé, j'ai discuté avec des collègues ainsi qu'avec des réservistes qui m'ont dit qu'il existait dans l'armée une large gamme de ressources utiles et je trouve que c'est très bien. Ces ressources font l'objet d'une bonne promotion sur les lieux de travail et sont encouragées par les employeurs. Ce que nous disent le plus souvent les personnes qui nous appellent, c'est que la stigmatisation liée au fait de demander de l'aide constitue le plus grand obstacle. C'est la culture du milieu de travail: la pression des collègues pousse à être des membres forts et indestructibles de l'armée, ou des anciens combattants fiers et résilients.

• (1550)

Il n'y a pas si longtemps, en 2009, l'armée américaine a obligé les soldats suicidaires qui suivaient l'entraînement de base à porter une veste orange vif afin de les identifier et de les surveiller. Alors que cette mesure était censée améliorer la sécurité, elle a eu l'effet opposé en stigmatisant ceux qui étaient en difficulté.

Nous entendons souvent les gens dire qu'ils craignent pour leur emploi s'ils expriment la moindre faiblesse et c'est la perte d'identité qu'éprouve une personne lorsqu'elle est dépouillée de ses fonctions et jetée dans la vie sans aucune aide qui est la plus éprouvante. Le dévouement, la force et le consentement au sacrifice de leurs corps, de leurs vies et de leurs esprits au nom de leur pays sont des choses que nous devons tous honorer chez nos anciens combattants et chez les membres de l'armée.

En même temps, nous devons respecter le sentiment d'une extrême perte de sens de l'identité et de perte de soi qui accompagne la perte de cette capacité à servir dans l'armée. Ces hommes et ces femmes sont entraînés pour agir au maximum de leurs performances avec des temps de repos réduits au minimum. Ils n'ont pas d'autre choix que de devenir hypersensibles à ce qu'ils voient, entendent et sentent autour d'eux. Autrement, ils risquent leur vie et celle de leurs camarades.

Comment pouvons-nous raisonnablement attendre de nos personnels militaires qu'ils reviennent de circonstances si exceptionnelles et s'intègrent paisiblement dans la vie ordinaire au sein de la société canadienne sans aide pour le faire? Nous ne pouvons tout simplement pas leur demander cela.

Une bonne santé mentale ce n'est pas juste l'absence de maladie mentale. Le bien-être mental ou son absence résulte d'une combinaison de facteurs et lorsque l'on parle de la meilleure manière d'apporter notre soutien lors de cette transition entre une carrière militaire et le statut d'ancien combattant, nous devons prendre en compte tous les facteurs qui contribuent au bien-être mental, y compris la stabilité financière, un travail qui ait du sens, des relations personnelles solidaires, la famille et le bien-être physique. Au-delà du besoin évident de professionnels formés qui procurent des conseils ou des thérapies, il faut aussi de la formation professionnelle, des soutiens aux familles, des aides financières, de l'aide à l'emploi et des thérapies de couple.

Lorsque John ne peut pas s'acheter plus qu'un bol de riz pour le souper, comment pouvons-nous attendre de lui qu'il obtienne et

conserve un emploi ou qu'il développe des relations significatives qui vont le nourrir et l'aider à s'accomplir? Les êtres humains ont besoin de sécurité et c'est la condition première pour survivre et se développer.

Une approche proactive serait utile pour aider le personnel militaire à revenir à la vie civile. Je ferais la recommandation suivante: nous pourrions peut-être consacrer du temps et de l'énergie pour voir comment nous pourrions améliorer les aides qui existent déjà, au lieu d'en créer de nouvelles. Il me semble qu'il y a des ressources disponibles qui pourraient être renforcées pour être plus efficaces et plus accessibles aux personnes qui en ont besoin. Pour casser l'obstacle de la stigmatisation et pour promouvoir la sécurité au moment de la demande d'aide, peut-être pourrions-nous explorer l'idée d'établir un partenariat avec une tierce partie qui pourrait proposer de l'aide en dehors de l'armée.

Il y a plus de 100 centres de détresse au Canada et une étude qui a fait l'objet d'un rapport de Distress and Crisis Ontario a montré que les bénévoles obtiennent de meilleurs résultats que les professionnels rémunérés dans la gestion des appels téléphoniques de candidats au suicide. Il semble donc logique qu'un partenariat entre le ministère des Anciens Combattants et une partie ou l'ensemble de ces centres de détresse présents dans tout le Canada soit une bonne idée, cela permettrait de faire des économies tout en s'appuyant sur une source d'aide existante, efficace et ayant fait ses preuves.

Le Centre de détresse d'Ottawa est tout à fait ouvert à l'exploration de ce champ d'action. D'ailleurs, notre conseil d'administration a déjà commencé à réfléchir sur la manière dont nous pouvons davantage aider le personnel militaire et les anciens combattants dans notre travail actuel.

Pour terminer, je voudrais présenter mes respects et dire que je suis honorée par les sacrifices que font ces hommes et ces femmes. Ils ont peut-être besoin d'aide, mais cela ne veut pas dire qu'ils sont impuissants. Ce n'est pas parce qu'ils souffrent qu'ils sont brisés.

**Le président:** Merci.

Nous allons maintenant entendre la Société pour les troubles de l'humeur du Canada représentée par M. Gallson, directeur général national associé et M. Upshall, directeur général national.

Soyez les bienvenus.

**M. Philip Upshall (directeur général national, Société pour les troubles de l'humeur du Canada):** Merci, monsieur le président, de me donner l'occasion de m'exprimer devant vous. Je suis accompagné par le directeur général associé.

Pour commencer, je voudrais dire que j'ai témoigné devant un grand nombre de comités permanents au cours de mes 40 années d'activité à Ottawa et je suis ravi de voir que les membres de ce comité s'intéressent tant à ce sujet. Souvent les comités permanents se présentent avec quatre ou cinq membres et c'est assez impromptu. Il est clair que vous prenez cela au sérieux et cela me réjouit.

La Société pour les troubles de l'humeur du Canada est un organisme de bienfaisance national sans but lucratif composé de personnes ayant vécu des expériences au sein de leur famille. Nous n'agissons qu'au niveau national et nous existons depuis 2011. Nous sommes actifs dans de nombreux domaines, certains d'entre eux seront évoqués par Dave. Nous nous engageons lorsque nous pensons qu'il est possible de faire quelque chose pour les gens qui ont besoin d'aide. En l'occurrence les personnes souffrant de maladies mentales, qu'elles soient sans-abri, qu'il s'agisse d'anciens combattants ou de premiers intervenants — peu importe du moment que nous pouvons les aider.

Nous nous sommes concentrés là-dessus essentiellement parce qu'à Ottawa vous pouvez participer à un grand nombre de réunions et de consultations, de tables rondes, qui ne vont pas produire tellement de connaissances effectives permettant de soutenir les gens qui ont besoin d'aide. L'aspect concret des choses est important et si vous participez à ce genre de chose c'est très bien, ce n'est simplement pas notre façon de faire.

Ce que nous avons fait et que nous continuons à faire, c'est de participer à la communauté des chercheurs. Nous avons commencé à faire cela lors de la création de l'IRSC et avec le projet de loi C-300. Nous avons siégé au conseil consultatif de l'Institut pendant de nombreuses années. Nous faisons partie des fondateurs du Réseau canadien de recherche et intervention sur la dépression. Nous avons fait cela, car de nombreux résultats de recherche sont disponibles et je suis sûr que vous avez constaté qu'ils ne se traduisent pas par des soutiens aux gens qui ont besoin d'aide. Nous essayons de motiver les chercheurs et la communauté en général à s'intéresser à ce que nous savons être efficace et à le mettre en oeuvre tout en continuant à soutenir la recherche.

En 2004, nous avons travaillé à aider les personnes souffrant de maladies mentales à améliorer leur qualité de vie. En 2011, nous avons organisé une table ronde sur le TSPT au Musée canadien de la guerre, à Ottawa, qui s'intitulait Loin des yeux, non loin du coeur. L'intégralité des actes est disponible sur notre site Web. Cet événement a réuni 75 personnes de tous horizons, y compris le ministre des Anciens Combattants, le chef de l'état-major militaire et de nombreux intervenants qui participaient au débat alors naissant autour de l'importance du TSPT.

Un rapport a été publié à l'issue de la table ronde avec de nombreuses recommandations pour améliorer la prise en compte du TSPT. Le rapport recommandait en outre d'aborder la stigmatisation, d'améliorer les connaissances des médecins et des fournisseurs de soins de santé — nous pensons que c'est primordial pour l'identification et le traitement du TSPT — d'éduquer les personnes touchées par le TSPT et leurs familles à propos des réseaux et des ressources à leur disposition, de promouvoir la collaboration continue et un dialogue entre le gouvernement et les dirigeants dans le domaine de la maladie mentale axé sur le TSPT et de promouvoir la collaboration continue et le dialogue entre le gouvernement et les principaux acteurs dans le domaine des maladies mentales et en particulier ceux qui sont spécialisés dans le TSPT.

Nous avons examiné les témoignages que vous avez reçus ces derniers jours et ils sont excellents. Vous disposez d'une grande quantité d'informations de bonne qualité et il est inutile d'y revenir.

Nous pensons que, pour prendre en charge le TSPT et prévenir le suicide, vous devriez envisager un diagnostic précoce de la maladie mentale. Le diagnostic précoce de la maladie mentale nous aidera à arrêter le processus qui conduit du TSPT aux idées suicidaires. Le diagnostic précoce nécessite l'attention de la communauté médicale sur les questions de maladies mentales et cette attention fait cruellement défaut pour le moment.

Nous vous recommandons une éducation accrue en santé mentale auprès des fournisseurs de soins de santé pour les raisons que je viens de donner.

Nous sommes fermement convaincus que le soutien par les pairs doit être une de vos priorités. Tous ceux à qui vous parlerez vous diront que c'est la touche d'humanité, l'élément humain. La recherche nous indique que le soutien par les pairs est nécessaire.

Je vais passer la parole à Dave Gallson pour qu'il vous parle un peu de certains de nos programmes.

• (1555)

**M. Dave Gallson (directeur général national associé, Société pour les troubles de l'humeur du Canada):** Merci.

La maladie mentale se manifeste avant l'âge de 18 ans chez 70 % des adultes touchés. Nous savons qu'une intervention précoce peut réduire la gravité de la maladie. Au sujet des maladies chroniques, la recherche révèle que bon nombre de jeunes en ressentent des symptômes dès l'âge de 12 à 17 ans. Par conséquent, l'administration d'un traitement ciblé de la maladie mentale à cet âge pourrait donner des résultats significatifs.

Les problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes peuvent, s'ils ne sont pas diagnostiqués et traités de manière appropriée, mener à des troubles de santé mentale plus graves à l'âge adulte, qui sont à la fois plus difficiles et plus coûteux à traiter efficacement. Dans les cas où des problèmes de santé mentale non traités sont ultérieurement aggravés par un TSPT, la voie du rétablissement devient plus longue et difficile. Le fait d'investir tôt dans des services de santé mentale contribuerait à une gestion plus rapide des symptômes et du rétablissement, et réduirait considérablement les coûts associés à la maladie mentale chronique.

La STHC croit que d'investir dans des programmes éducatifs à l'intention des fournisseurs de soins de santé au Canada afin d'améliorer leur capacité à mieux traiter le TSPT et d'autres maladies mentales peut grandement améliorer la qualité de vie des personnes touchées par le TSPT et prévenir le suicide.

Élargir la portée des programmes éducatifs aidera à former des fournisseurs de soins de santé primaires dans les communautés urbaines, rurales et éloignées dans tout le pays. Dans presque tous les cas de TSPT, la dépression est également présente. Les Canadiens et les Canadiennes comprennent maintenant qu'à elle seule, la dépression est une épidémie dans leur pays. Elle s'immisce dans tous les aspects de la vie canadienne, en milieu de travail et mène au suicide de plus de 4 000 Canadiens et Canadiennes chaque année.

Étant donné les conséquences sociétales, personnelles et économiques du TSPT, la STHC croit que l'investissement dans un vaste programme axé sur les fournisseurs de soins de santé primaires au Canada en vue d'améliorer leur capacité de poser un diagnostic précoce et d'offrir des traitements du TSPT à leurs patients constitue une utilisation prudente des fonds publics qui permettra à la société et au système de soins de santé de réaliser d'importantes économies à l'avenir et qui améliorera grandement la qualité de vie des personnes souffrant de TSPT, de leurs familles et de leurs aidants.

Nous savons que le fait de travailler directement avec les anciens combattants souffrant de maladie mentale et de leur assurer un soutien est la clé pour réduire les cas de suicide. J'aimerais remercier le gouvernement fédéral pour son soutien au programme Transition vers la communauté, un partenariat entre la STHC, Emploi et Développement social Canada et Anciens Combattants Canada.

Grâce à ce programme de développement des compétences, notre objectif est d'aider, au cours des trois prochaines années, près de 450 anciens combattants vivant des obstacles au sein de leur communauté. Le programme a pour but de fournir un soutien direct pour aborder les difficultés d'ordre émotionnel et d'adaptation vécues par les anciens combattants, avec un accent sur les compétences favorisant l'employabilité, le bien-être mental et le soutien par les pairs.

Nous venons tout juste d'ouvrir trois emplacements à Montréal, à Calgary et à Toronto. Même si nous n'en sommes qu'au début, nous avons hâte de travailler de près avec des organismes pour anciens combattants, des groupes communautaires et des employeurs.

J'aimerais également vous parler de l'importance des programmes de soutien par les pairs qui, selon les anciens combattants, sont la clé du rétablissement.

Par exemple, les programmes de formation nationale pour les pairs et de soutien en cas de traumatisme, et le Project Trauma Support sont des démarches novatrices pour aborder le bien-être mental reposant sur une approche axée sur le point de vue du patient. Leurs objectifs sont de fournir du soutien, de l'éducation et des programmes pour le personnel militaire et les premiers intervenants qui ont été touchés par un TSPT et d'autres problèmes de santé mentale afin d'appuyer leur guérison et leur rétablissement.

Le Project Trauma Support, situé à Perth, en Ontario, est un programme concentré d'une semaine offert à des cohortes de 12 militaires et premiers intervenants dont la vie a été ravagée par le TSPT. Le Project Trauma Support inclut une thérapie équine, des parcours de ponts de corde aventureux et un soutien par les pairs pour éduquer les participants sur leur environnement émotionnel, tout en établissant des liens de confiance et en favorisant un comportement de recherche d'aide. Le programme permet aux participants d'assimiler leurs expériences et leurs émotions authentiques et d'améliorer la vie de leurs familles et de leurs pairs au cours du processus.

Voici deux courts témoignages en guise d'exemple de ce à quoi mène cette transformation:

Celui d'un agent de la GRC: « J'en suis sorti avec le sentiment que quelque chose de fondamental avait changé en moi et dans la façon dont j'abordais mon trouble de stress post-traumatique. Non seulement ai-je noté une différence dans la façon dont je vis maintenant ma vie, mais les autres autour de moi l'ont noté également. J'aurais vraiment aimé pouvoir le faire il y a 14 ans. »

Celui de l'épouse d'un militaire: « Je crois que l'ampleur et les répercussions de cette dernière semaine peuvent être résumées par notre fille de neuf ans, qui est venue me dire: "C'est bizarre, mais on dirait que les yeux de papa sont vivants." »

Même si l'aide professionnelle est essentielle, elle n'est pas toujours disponible à 20 heures ou à minuit, lorsque l'ancien combattant a besoin de parler à quelqu'un de son stress ou de ses idées suicidaires. Grâce aux programmes de soutien par les pairs, les gens ont un réseau composé de pairs qui comprennent ce qu'ils vivent, car ils ont vécu la même chose et peuvent établir des liens à un même niveau. Le financement d'un plus grand nombre de programmes comme ceux-là et une recherche efficace contribueraient grandement à répondre aux besoins des anciens combattants en matière de santé mentale.

● (1600)

Pour conclure, nos anciens combattants ont mis leur vie en jeu pour notre pays. Fournir des soins à ces hommes et à ces femmes doit être une priorité pour tous les Canadiens et Canadiennes. Le travail d'équipe au cours d'une formation est un principe qui leur est bien connu et c'est ainsi qu'ils ont été conditionnés. La guérison et le rétablissement doivent reposer sur cette même approche axée sur l'équipe.

Nous vous remercions de nous avoir permis de vous transmettre nos réflexions.

**Le président:** C'est excellent, merci beaucoup.

Nous allons commencer la première série de questions avec M. Kitchen.

**M. Robert Kitchen (Souris—Moose Mountain, PCC):** Colonel Mann, je suis ravi de vous revoir. Merci pour votre engagement. Mesdames et messieurs, merci à tous d'être venus.

Ces courts programmes nous ont permis d'apprendre beaucoup de choses, tellement de choses qu'il va être très difficile de résumer cela dans un unique rapport. Il y a quatre choses que nous allons clairement retenir. Vous-même et beaucoup d'autres nous avez dit que la perte d'identité est un gros problème; la stigmatisation, pas seulement le fait d'être montré du doigt, mais aussi la stigmatisation dans les rangs et la manière dont elle est perçue; la confiance est une forme de traitement et c'est l'un des premiers points d'appui qu'il nous faut chercher et cela fait partie de ce que nous voulons faire. Comment pouvons-nous proposer les traitements et les programmes appropriés? Viennent enfin les facteurs de stress qui s'ajoutent aux tensions existantes et la différence qu'on remarque en l'absence de tels facteurs.

Merci pour vos remarques. J'essaie d'obtenir des réponses. Madame Spinks, pouvez-vous nous parler du programme de soutien que vous évoquiez? Quelle serait la meilleure manière pour nous de commencer en partant de rien et de mettre cela en place pour aider les familles?

● (1605)

**Mme Nora Spinks:** Il y a plusieurs choses. Écoutez les familles des militaires, de ceux qui sont dans l'armée et de ceux qui l'ont quittée et qui sont désormais d'anciens combattants. Elles se parlent tout le temps et sont très claires quant à leurs besoins. Je crois que Phil en a parlé.

Il y a énormément de résultats de recherche disponibles qui ne sont pas traduits dans les faits ainsi qu'une mobilisation des connaissances, à la fois sur ce qui fonctionne bien mais aussi sur ce qui ne fonctionne pas bien et la raison de ces dysfonctionnements, afin de ne pas les reproduire. Le conseil consultatif des familles qui a été mis en place par le ministre constitue un bon point de départ pour entreprendre le dialogue et trouver des moyens de mettre cela en place.

Nous avons des articles universitaires que nous pensions vous apporter pour vous donner des éléments de contexte, mais ils sont très denses. La pièce manquante du puzzle c'est une vulgarisation de ces informations afin de les rendre accessibles et disponibles, pas seulement pour le Comité, mais aussi pour les familles elles-mêmes. Nous avons l'ICRSMV et tout l'excellent travail que fait l'Institut en matière de recherche sur la santé des anciens combattants. La communauté des personnes qui travaillent sur les questions de santé mentale mène toutes sortes de recherches au sein de la communauté des centres de détresse. Nous ne sommes pas très bons lorsqu'il s'agit de traduire cela sur le terrain.

Voilà pour le point de vue organisationnel et universitaire, je vais laisser Russ répondre du point de vue des anciens combattants.

**Col Russ Mann (conseiller spécial, Institut Vanier de la famille):** Je crois que Nora a mis le doigt sur ce qui constitue peut-être l'aspect le plus important. Les personnes que j'ai rencontrées qui sont passées par les idées suicidaires et avec lesquelles j'ai eu la chance de parler ont bien entendu réussi à s'en sortir et sont en voie de guérison, mais nous sommes d'accord pour dire que le point commun de ces réussites c'est toujours la présence de quelqu'un qui a refusé de les abandonner, qui ne les a pas jugés, qui s'est contenté d'écouter leur histoire et d'entendre leur point de vue en essayant de les comprendre sans jugement.

L'écoute doit faire partie du programme qui sera mis en place. Je crois que le Centre de détresse a une grande expérience d'écoute active. Lorsque vous avez parlé de gentillesse, cela m'a évoqué quelqu'un qui reconnaîtrait l'existence de ces personnes, de leurs sentiments et de leur point de vue lorsqu'elles sont en situation de détresse ou de grande anxiété. Il me semble que cela doit constituer une part fondamentale de tout programme à venir.

Cela ne doit pas nécessairement venir du ministère des Anciens Combattants. Si vous voulez créer un sentiment de sécurité, ce qui je crois est la deuxième chose la plus importante, alors oui, le soutien par les pairs fonctionne, parce que nous avons confiance en nos amis. Nous faisons confiance à nos pairs. Nous avons un vécu commun, alors il est naturel d'établir des liens. Il y a beaucoup de choses qui n'ont pas besoin d'être dites, car nous avons un ensemble de règles communes que nous comprenons.

Instaurer la sécurité rend possible l'écoute, le dialogue et permet de passer aux étapes suivantes, qu'il s'agisse d'une orientation, du développement d'un plan d'action mutuel, d'essayer de réduire toutes les sources de dommages ou de danger potentiel en écoutant activement puis en consultant la personne sur ce qu'elle aimerait faire au sujet de ses médicaments, du couteau ou de l'arme à feu, quelle que soit la forme que prennent ses idées suicidaires à ce moment-là. Essayer d'atténuer ces dangers au moyen d'un soutien par les pairs dans une zone de sécurité constituée, je crois, un autre élément important du programme.

D'après mon expérience à l'Institut Vanier de la famille, cela crée des occasions pour les familles d'avoir accès à des informations, à des ressources et à de l'aide. Pour revenir à ce que je disais au début, c'est d'avoir quelqu'un qui ne vous laisse pas tomber. Pour moi, il s'est agi de ma femme. Pour quelqu'un d'autre, cela peut être une tante, un oncle, un ami, un frère ou une soeur. Cette personne qui n'abandonne pas a besoin qu'on lui donne la possibilité de recevoir des connaissances, des ressources et de l'aide.

Voilà les trois choses que je considère comme étant fondamentales pour le programme.

● (1610)

**Mme Nora Spinks:** Puis-je ajouter une petite remarque? Une des choses que nous avons faites avec le Cercle canadien du leadership, pour rebondir sur ce qu'a dit Breanna, c'est de partir de ce qui existait déjà et de rendre ces programmes accueillants pour les militaires et les anciens combattants. Nous n'avons pas besoin de reprendre depuis le début. Il nous suffit d'augmenter nos effectifs, nos ressources et de soutenir et de mettre en relation ceux qui sont déjà présents.

**Le président:** Merci.

Monsieur Bratina.

**M. Bob Bratina (Hamilton-Est—Stoney Creek, Lib.):** Merci. C'est un très bon groupe de témoins avec d'excellentes remarques.

Pourriez-vous développer un peu plus le fonctionnement des relations et des partenariats au sein du Cercle canadien du leadership pour les familles des militaires et des vétérans?

**Mme Nora Spinks:** Il existe environ 40 organismes communautaires et il ne s'agit pas des organismes militaires typiques que vous pourriez rencontrer lors d'un sommet de parties intéressées ou ce genre de choses. Il y a le Collège des médecins de famille du Canada et la Fédération canadienne des services de garde à l'enfance. Il y a des organismes communautaires qui travaillent soit exclusivement soit principalement avec des familles de militaires, mais aussi les organismes qui sont susceptibles d'entrer en contact avec la famille

d'un militaire ou d'un ancien combattant, pas de façon très conséquente, mais qui veulent se former et faire partie de l'ensemble.

Le Cercle a quatre objectifs: sensibiliser, donc de faire de la sensibilisation du public; développer la capacité, c'est-à-dire la capacité organisationnelle, améliorer ce qui existe déjà; développer les compétences, c'est-à-dire les compétences professionelles et s'assurer que chaque médecin de famille a des connaissances de base sur l'armée, nous avons pu transmettre des documents en ce sens à 35 000 médecins de famille le mois dernier; et enfin de développer la communauté pour que si quelqu'un se rend au Centre de détresse ou à la Société pour les troubles de l'humeur ou dans une garderie pour chercher de l'aide, la personne qu'ils auront en face d'eux saura comment les orienter vers le service approprié.

Si vous appelez le 911, il se peut que vous soyez mis en relation avec le Centre de détresse. Si le Centre de détresse a des connaissances sur l'armée, alors il sera en mesure de faire son travail encore mieux qu'il ne le fait déjà, il le fait de façon remarquable. Voilà les quatre objectifs.

**M. Bob Bratina:** Quelles sont les ressources que reçoit votre organisme de la part du ministère des Anciens Combattants?

**Mme Nora Spinks:** À l'heure actuelle, aucune. Le ministère participe activement au Cercle du Leadership. Le Cercle a trois vice-présidents: le sous-ministre des Anciens Combattants, le chef du personnel militaire et un membre de notre conseil d'administration. Ils coprésident ensemble. La contribution du ministère, c'est sa participation à l'équipe. Le Cercle ne reçoit pas de ressources financières directes du ministère des Anciens Combattants.

**M. Bob Bratina:** Pensez-vous que son rôle devrait être plus important?

**Mme Nora Spinks:** Je pense que l'une des choses qui ressort du cercle du leadership est que l'on souhaite une plus grande sensibilisation. En l'espace de quelques mois, depuis le lancement d'une idée jusqu'à sa mise en place, nous avons pu rejoindre 35 000 médecins de famille d'un océan à l'autre: 4 000 d'entre eux directement dans leurs mains, et les autres par la poste. La conversation est engagée. À la prochaine conférence, il y aura des ateliers. À la conférence suivante, nous espérons qu'il y aura encore davantage. Nous collaborons avec le Collège des médecins de famille afin de créer un guide « des conseils pratiques ».

Il faut peu de choses. Nous parlons de médecins de famille; nous aimerions pouvoir reproduire le modèle avec les conseillers en orientation dans les écoles, les directeurs, l'éducation de la petite enfance, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les récréothérapeutes. Ils ont tous un rôle à jouer pour s'assurer que les gens obtiennent les services dont ils ont besoin ou qu'ils soient en mesure d'agir de façon adéquate lorsque quelqu'un vient les consulter et prend contact avec eux. Qu'il s'agisse d'un militaire, d'un vétéran ou d'un membre de la famille — parent, conjoint, enfant ou frère ou sœur —, l'avantage serait énorme.

Si, pour ce qui est de les aider à mieux comprendre la réalité militaire, nous pouvions connaître auprès des spécialistes en santé mentale, auprès des groupes confessionnels et auprès de toutes les personnes qui sont là et qui ne les abandonneront pas, ne serait-ce que la moitié du succès que nous avons remporté auprès des médecins de famille, ce serait considérable.

● (1615)

**M. Bob Bratina:** Breanna, je crois comprendre que vous n'aviez pas vraiment beaucoup de ces ressources, voire aucune, lors de vos discussions avec John.



**Mme Breanna Pizzuto:** Non, malheureusement. Je produis également notre bulletin mensuel à l'intention des bénévoles et, en janvier, de nombreux bénévoles sont venus me voir à mon bureau après avoir parlé à cet appelant précis et m'ont dit qu'il fallait trouver quelque chose pour lui. Il est chez lui. Il n'a pas d'argent. C'est à peine s'il mange.

Dans le cadre de notre bulletin des bénévoles, j'ai essayé de trouver des ressources à entrer dans notre base de données, en plus de ce qui s'y trouve déjà. Nous en avons peut-être quatre auxquelles il a été renvoyé à de très nombreuses reprises. C'est un peu comme si nos bénévoles sont là pour l'écouter, il a besoin de parler à quelqu'un, nous n'avons pas renoncé dans son cas, et il continue de nous appeler, mais pour ce qui est de l'amener à...

**M. Bob Bratina:** Vous avez touché à notre raison d'être, la prestation de services et la sensibilisation à ce qui est en place. De nombreux vétérans, dont John pourrait être un exemple, essaient peut-être quelque chose. Les documents sont retournés non remplis et sont jetés à la poubelle sous le coup de la colère. Il existe toute une gamme d'activités, et les vétérans qui passent entre les mailles du filet les ratent en raison d'un manque de sensibilisation. Ce serait bien si votre groupe avait ces choses.

Pour ce qui est de la Société pour les troubles de l'humeur, cela m'a vraiment touché quand vous avez dit que si les problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes ne sont pas diagnostiqués et traités adéquatement, ils peuvent entraîner des problèmes de santé mentale plus graves. En 2007, à Hamilton, nous nous sommes rendu compte qu'il y avait trop de plomb dans l'eau. Quand j'étais conseiller municipal, et aujourd'hui en tant que parlementaire, je m'inquiétais et cela m'inquiète toujours beaucoup à cause des effets de ce plomb sur le cerveau des enfants en plein développement. Le comportement et la dépression forment l'un des principaux résultats. En plus du travail que nous faisons, je pense que nous devons examiner ces choses et voir ce qui entraîne ces comportements.

Je me réjouis également que la Société pour les troubles de l'humeur se soit jointe d'elle-même à la question des vétérans, parce que c'est unique, vous en conviendrez. L'histoire des vétérans est vraiment différente.

**M. Philip Upshall:** Nous en conviendrions dans une certaine mesure, en ce sens que le TSPT et la dépression se répercutent chez les gens de la même façon que dans le cerveau. Vous l'avez probablement entendu de la part de vos chercheurs. On parle de 5 % chez les vétérans, de 5 % chez les premiers répondants, et ce 5 % est très important. Le diagnostic précoce, l'implication avec le milieu au tout début de la maladie mentale et sa compréhension ne sont pas réservés aux vétérans. Il s'agit d'une question unique pour tous les Canadiens, et en particulier pour les dispensateurs de soins primaires et les gammes de soins primaires.

Bien entendu, si je reviens à l'exemple de Hamilton, vous avez les chefs de file du modèle de soins partagés à l'Université McMaster, avec lesquels nous avons eu le privilège de collaborer. Dans le domaine des soins en collaboration, nous avons été le leadership patient de tout ce mouvement.

L'intervention précoce est de loin la meilleure solution, mais, pour y parvenir, il faut que les gens comprennent ce qu'ils recherchent. Trop souvent, des patients, des vétérans et d'autres se présentent dans les cabinets de médecins, dans les locaux de services infirmiers, ainsi que dans des communautés autochtones, éloignées et rurales aux prises avec un problème ou un autre. Le fournisseur de soins de santé ne dit pas immédiatement « compte tenu de vos antécédents — parce qu'il ne dispose pas de suffisamment d'antécédents —, voyons ce qui

se passe ». Il incombe vraiment au fournisseur de soins de santé à ce stade de mettre les choses en branle.

**Le président:** Merci.

Madame Mathysen.

**Mme Irene Mathysen (London—Fanshawe, NPD):** Je remercie tous nos témoins.

Les témoins que nous avons entendus jusqu'à maintenant nous ont donné un éventail incroyable de renseignements et tellement de possibilités. Chacun et chacune de vous nous présente une expertise précise. Comment faisons-nous pour mettre tout cela ensemble et trouver un modèle, une solution, ou ce qui serait peut-être plus approprié, ce qui aidera la totalité de nos vétérans?

**M. Dave Gallson:** Je vais peut-être mettre les choses en branle, du moins pour ce qui est de la réponse.

J'ai l'honneur de faire partie du comité consultatif sur la santé mentale du ministre des Anciens Combattants, et une partie de sa lettre de mandat mentionnait la création d'un centre d'excellence se spécialisant en santé mentale, et l'élaboration d'une stratégie de prévention du suicide chez les militaires et les anciens combattants.

Je pense qu'il faut savoir qu'il n'existe pas une solution rapide, simple. Il n'y a pas de réponse rapide, simple. Lorsque nous parlons de diagnostic précoce et de traitement précoce, j'ai vraiment l'impression que nous ne devons pas oublier les enfants des vétérans qui vivent ces situations, parce que nous nous penchons sur des problèmes de santé mentale qui remontent à 15 ou 20 ans, sinon davantage, de sorte qu'il y a beaucoup de questions auxquelles il faut répondre.

Lorsque je pense à un centre d'excellence axé sur la santé mentale et la lutte contre les toxicomanies, la première question que nous devons nous poser est la suivante. Parlons-nous d'une institution universitaire traditionnelle de recherches ou d'une institution de prestation de services? Nous nous rendons maintenant compte qu'il faut que ce soit un modèle de réseau en étoile. Il faut que ce soit un centre où un vétéran peut aller suivre un programme de traitement ou de mieux-être avec d'autres vétérans, de sorte qu'il ne se trouve pas parmi des gens qui n'ont jamais fait partie des militaires, parce qu'ils ne vivent pas les mêmes choses. Ils ne peuvent pas s'ouvrir et parler parce que quelqu'un vit d'autres problèmes qui ne concernent pas des problèmes liés au TSPT.

Il faut savoir qu'il n'y a pas une réponse — je ne veux pas prendre trop de votre temps —, mais il va falloir toute une gamme de services qui sont tous reliés et qui visent tous à trouver une solution à un large éventail de problèmes.

● (1620)

**Mme Irene Mathysen:** Vous avez abordé un aspect dont nous avons entendu parler plus tôt, à savoir que les vétérans participent à une thérapie de groupe avec des gens qui n'ont aucune expérience de la vie militaire et à quel point cela était inutile.

**M. Dave Gallson:** En plus d'être très inutile, cela peut les ramener en arrière pendant longtemps. Des vétérans m'ont dit qu'ils avaient consulté un psychiatre pendant un an, qu'ils ont été totalement francs et ouverts, mais que c'est uniquement grâce au soutien entre les pairs qu'ils ont vraiment commencé à comprendre, étant avec d'autres vétérans, qu'ils parlaient de choses qui n'étaient pas à la source des problèmes. Ils pensaient qu'ils donnaient les bonnes réponses au psychiatre, ce que le psychiatre recherchait, mais ils n'abordaient pas la cause profonde du TSPT, qui se trouvait en fait bien avant leur arrivée chez les militaires.

Il s'agit d'un processus d'apprentissage sur la façon d'utiliser les services offerts de manière efficace, je pense.

**Mme Irene Mathysen:** Madame Spinks, avez-vous aussi des observations?

**Mme Nora Spinks:** J'aurais quelques points. La plupart des services mis sur pied pour répondre aux besoins des familles de militaires ou de vétérans se trouvent près d'installations, comme Petawawa ou Gagetown. Mais lorsque vous parlez de vétérans, vous parlez de toutes les collectivités d'un océan à l'autre, et il est impossible que l'on puisse avoir un programme propre aux militaires dans chaque collectivité.

Par contre, nous pouvons nous assurer que chaque organisme communautaire possède une connaissance de base de la réalité militaire, qu'il comprend lorsque quelqu'un parle de ce qu'il a vécu en Afghanistan, et qu'il sait ce que cela signifie et ne s'appuie pas seulement sur une référence quelconque provenant d'un film visionné un samedi soir avec des amis, mais qu'il comprend vraiment ce que cela signifie.

Je pense que l'on trouve un intérêt considérable partout au pays de la part de professionnels de toutes les catégories qui veulent être prêts à tendre la main, et ils veulent apprendre. Pour nous, je pense que la façon de gérer cela — nous faisons la même chose dans le cas du service direct —, c'est d'équilibrer la haute technologie avec le contenu humain. Nous voulons nous assurer que les gens ont un contact personnel et des rapports personnels, et qu'ils ont accès aux services dont ils ont besoin de la part d'êtres humains, mais qu'ils ont aussi accès à la technologie — peut-être dans le cadre d'un groupe — et à l'utilisation de la technologie de façon à pouvoir participer par le truchement de l'ordinateur.

De tels programmes offrent énormément d'expériences, d'innovation et de succès, mais si vous n'en faites pas partie, vous n'avez aucune idée que cela existe. L'an dernier, le cercle du leadership a essayé de jeter les bases d'un guichet unique de renseignements pour que vous n'ayez pas à chercher dans Google ce dont vous avez besoin afin de l'ajouter à votre liste, mais vous n'avez qu'à vous brancher et à afficher une liste de ce qui est offert. Nous l'avons créé sous la forme d'un document 1.0.

Pour que cette solution connaisse du succès, c'est-à-dire vous brancher et rechercher un centre de détresse, il faut que cela soit accessible en ligne, consultable, et pratiquement comme un Wikipédia, parce que les choses se passent tellement vite. En ce moment, cela n'existe pas. L'assise est là, mais pas la technologie. C'est dans un livre. C'est comme le bon vieux répertoire bleu de Toronto. Vous l'aviez, mais il devient hors d'usage après un certain temps. Il faut que ce soit accessible à tous de sorte que si vous êtes un bénévole dans un centre de détresse — voilà — il est là, qu'il s'agisse de renseignements au sujet du logement et des sans-abri, ou de renseignements sur les services alimentaires ou les soutiens en santé mentale.

•(1625)

**Mme Irene Mathysen:** Merci.

Monsieur Upshall, vous avez parlé de déplacer la recherche. Lundi, nous avons entendu parler de recherches formidables de la part de scientifiques et de personnes qui se spécialisent dans le cerveau et qui cherchent à savoir ce qui se passe lorsqu'une personne souffre de stress post-traumatique.

**Le président:** Je tiens à vous rappeler que nous n'avons plus de temps. Nous devons abréger la question et fournir aussi une réponse brève.

**Mme Irene Mathysen:** D'accord.

Vous avez parlé de faire passer la recherche dans le domaine clinique. Comment pouvons-nous faciliter cela?

**M. Philip Upshall:** Il est très difficile de donner une réponse brève.

**Mme Irene Mathysen:** Je le fais tout le temps.

**M. Philip Upshall:** Une chose que vous faites, c'est d'amener les patients, en l'occurrence des vétérans, à s'impliquer dans la discussion et à renseigner les chercheurs sur les personnes avec lesquelles ils traitent, pour qui ils travaillent, et qui a besoin de cette information. Dans la très grande majorité des cas, c'est le fournisseur des soins de santé.

Nous collaborons avec l'Hôpital Royal Ottawa et la Commission de la santé mentale, témoins que vous avez entendus lundi, et les deux sont d'excellents organismes. L'Hôpital Royal Ottawa fait partie du Réseau canadien de recherche et intervention sur la dépression dont j'ai parlé. Le but est de les amener à comprendre qu'il y a des gens qui peuvent les aider à traduire cette information, mais il faut les motiver pour qu'ils fassent le lien.

En recherche, un enjeu clé est que trop souvent les chercheurs cessent leurs travaux une fois qu'ils les publient. C'est ainsi que cela fonctionne. J'ai travaillé avec des gens au niveau postdoctoral et j'ai travaillé avec toutes sortes de gens qui disent « Si vous voulez que je vous aide à traduire cette information après ma publication, vous devrez me payer. » Je n'ai pas l'argent pour les payer, et je dois leur tordre le bras pour m'aider bénévolement dans mon travail.

Ce que nous avons fait, c'est de mettre sur pied une FMC (formation médicale continue) sur le TSPT. Elle a été l'aboutissement du projet Loin des yeux, non loin du cœur. En collaboration avec l'Association médicale canadienne, Anciens Combattants, et d'autres, nous avons élaboré une ressource de formation médicale continue d'une valeur de 200 000 \$ à même le budget de 2012. Cette ressource est encore précieuse aujourd'hui. Malheureusement, il s'agit d'une FMC et nous n'avons pas été en mesure d'obtenir l'argent nécessaire pour la diffuser. Quoi qu'il en soit, elle est là et elle a été d'une très grande valeur. Elle comporte d'excellentes recherches. Nous avons avec nous des renseignements si vous...

**Le président:** Peut-être que vous pourriez l'envoyer au greffier après coup, et nous la remettrons aux membres du Comité.

Merci.

Madame Lockhart.

**Mme Alaina Lockhart (Fundy Royal, Lib.):** Je remercie tous les témoins de leur présence aujourd'hui. Vous nous avez fait part d'excellents points de vue.

Je voudrais commencer par dire que cela m'encourage beaucoup. Personnellement, chaque fois que j'ai parlé à des professionnels en santé mentale dernièrement, l'idée d'une approche « ouverte » faisait surface. J'ai parlé à certains d'entre eux au Nouveau-Brunswick qui ont connu énormément de succès avec cette approche du point de vue d'un processus de santé mentale pour les jeunes, et seulement en tant que projet pilote communautaire général. Cela fait beaucoup de bien de vous entendre parler de la même chose.

De toute évidence, ce que nous étudions, c'est le suicide, et plus précisément pendant la transition, ainsi que les risques au cours de cette transition pour les vétérans. Un autre élément important est celui de l'identité.

Dans le contexte d'une famille, je me demande si, d'après votre expérience, la famille vit ce sentiment de perte d'identité aussi. Quelle est l'incidence de tout cela, et comment en tient-on compte?

**Mme Nora Spinks:** Nous entendons tout le temps des familles de militaires dire qu'elles s'identifient en tant que famille de militaire. Ce à quoi elles ne s'identifient pas, c'est une famille militaire en transition vers la vie civile ou une « famille de vétéran ». Militaire un jour, militaire toujours.

Les petites choses dont nous avons entendu parler et qui touchent profondément les familles sont simples, comme la plaque d'immatriculation du vétéran que vous pouvez mettre sur votre voiture, avec le coquelicot. Lorsque le vétéran meurt ou divorce, la famille doit se départir de la plaque d'immatriculation. De petites choses font une grosse différence.

Nous n'avons pas d'identificateurs sur la plupart des formulaires de cueillette de données. Nous ne les avons pas au centre de détresse, nous ne les avons pas dans les cabinets de médecins, nous ne les avons pas dans les écoles. D'autres pays un peu partout dans le monde les ont et ils trouvent cela très utile — pas pour fouiner ou pour s'immiscer dans la vie des gens, mais pour les aider à se sentir les bienvenus et respectés et inclus, puis à s'assurer qu'ils obtiennent les renseignements et l'accès concernant le soutien si jamais ils ont besoin de ces choses.

Nous avons beaucoup de choses dont nous pouvons nous inspirer d'autres pays. Nous faisons partie d'un consortium international qui cherche à traduire la recherche, parce qu'une très grande partie de tout cela est de la biologie, est expérimentiel, et nous le partageons avec le Royaume-Uni, l'Australie et les États-Unis, et nos autres alliés. Nous n'avons pas besoin de commencer à zéro; il existe des services qui, avec très peu de ressources, pourraient être modifiés et canadiansés et mis à disposition.

• (1630)

**Mme Alaina Lockhart:** Merci beaucoup. Je vous suis reconnaissante de ce point de vue.

Monsieur Gallson, j'ai quelques questions à vous poser.

D'autres témoins nous ont dit que cela constitue souvent un obstacle pour les familles d'avoir accès à des services fournis par des tierces parties, parce que les services doivent être payés d'abord, puis être remboursés. Est-ce aussi le cas de vos programmes? Est-ce que vos participants ont fait part de difficultés à cet égard?

**M. Dave Gallson:** Absolument pas. À vrai dire, je suis totalement contre les services rémunérés à l'acte. Il y a de nombreuses années, j'ai mis au point un programme parce que des gens de notre collectivité ne pouvaient pas accéder aux services, précisément pour cette raison.

Nos programmes sont financés par le gouvernement fédéral. Notre organisme collabore en tout point. Nous croyons fermement que les programmes, en particulier ceux financés par le gouvernement fédéral, devraient être des programmes évolutifs partagés par tous les organismes au Canada. Il y a déjà un trop grand effet de silo en vertu duquel des programmes sont mis au point, puis font l'objet d'une question de propriété: « C'est mon programme, blablabla. »

Cela fait mal aux gens. Nous devons rendre les programmes plus disponibles d'un bout à l'autre du Canada, et ce, à tous les organismes. C'est d'ailleurs quelque chose que nous faisons très bien.

Je ne parlerai jamais assez du cercle du leadership et du réseautage qui se fait dans ce contexte. Vendredi, j'ai une réunion avec un autre organisme. Elle se conclura probablement par un nouveau programme au Canada concernant le TSPT et les familles. C'est un

résultat direct de la nature collaboratrice de tout notre organisme. C'est ainsi que nous devons avancer.

Nous avons élaboré un programme sur le TSPT pour l'Association du Barreau canadien à l'intention des avocats. Plus de 2 000 avocats l'ont adopté jusqu'à maintenant. Nous avons élaboré des programmes avec l'Association des infirmières et infirmiers du Canada pour la lutte contre la stigmatisation dans les hôpitaux, parce que nous avons constaté que les fournisseurs de soins de santé comptent, entre autres, parmi les associations les plus stigmatisantes pour ce qui est de reconnaître les gens qui se présentent aux urgences avec des problèmes possibles de santé mentale. Au triage, ils ressortent à un niveau inférieur, il y a beaucoup d'hésitation à même reconnaître qu'il y a un problème de santé mentale, et beaucoup de personnes ont perdu la vie à cause de cela.

Je m'excuse de vous donner une réponse aussi longue.

Nous travaillons avec tous les organismes d'un bout à l'autre du pays. Nous sommes le premier engrenage. Nous aimons adopter des projets, les mettre en marche, puis les partager partout au Canada. Nous travaillons avec Sécurité publique depuis 18 mois. Nous espérons que notre projet sera analysé attentivement. Il s'agit d'une approche de collaboration à cet égard.

Nous sommes un organisme bien ordinaire. Nous aimons faire des choses, avec les fonds qui nous sont fournis, qui vont avoir une incidence sur l'unité familiale dans le domicile.

**Mme Alaina Lockhart:** Monsieur Upshall, j'ai une petite question. Vous avez parlé de la détection précoce du TSPT. Avez-vous vu du dépistage pendant le service militaire, avant, après, quoi que ce soit du genre? Pensez-vous que ce serait utile?

**M. Philip Upshall:** Des efforts ont été déployés pour faire du dépistage, en particulier lorsque les membres approchent du moment de la libération. Russ pourrait mieux répondre à cette question que moi. La réalité est qu'une grande partie des cas du TSPT se pointent uniquement des mois et parfois des années après la libération d'une personne. Les hommes, plus particulièrement les vétérans, ont l'habitude de dire « Pas de problème, tout va bien. Rien à signaler. J'ai passé au travers. » Ce n'est que lorsqu'ils arrivent à la maison et qu'ils rencontrent toutes les difficultés qui accompagnent le souvenir de ce qui s'est passé qu'ils en ressentent l'impact.

J'aimerais formuler des observations au sujet de la question que vous avez posée à Nora. L'un des problèmes, pour ce qui est de l'identité familiale, c'est que les enfants assistent au départ de leur père ou de leur mère, et ils sont tellement heureux. On voit des photos dans le journal et les grands baisers sur le quai ou peu importe, puis le père ou la mère part. Ensuite, le père ou la mère revient à la maison, il y a une célébration, et les enfants sont fiers de leurs parents, fiers de leur père et de leur mère. Ils en parlent à l'école. Leurs enfants sont là.

Soudainement, six mois plus tard, sans signe avertisseur — peut-être que la mère en a vu un peu, mais pas l'enfant —, le père donne une raclée à la mère. Quel traumatisme. Et rien ne se produit. La mère a entendu un peu parler des problèmes militaires et décide de vérifier, puis cela se produit de nouveau. Tout d'un coup, le père est accusé. Il se retrouve en prison. Il y a un divorce. Tout cela arrive. Voilà un traumatisme qui suivra l'enfant pendant encore 60 ans après le retour du père de l'Afghanistan. Nous oublions souvent que cela s'est produit et l'incidence de ce traumatisme, qui n'est pas traité et n'est pas reconnu. Quarante ans plus tard, l'enfant peut avoir un réel problème, et il ne sera jamais en mesure de le retracer jusqu'à ce traumatisme incroyablement. Ils sont au sommet à un moment donné, et au fond le moment suivant.

Je m'excuse, monsieur le président.

• (1635)

**Le président:** Monsieur Fraser.

**M. Colin Fraser (Nova-Ouest, Lib.):** Je remercie tous les témoins de leur présence et je partage vos réflexions. Vos exposés ont été excellents et ils seront très utiles. Je vous remercie aussi de tout ce que vous faites, de ce travail si important au Canada.

Madame Pizzuto, j'aimerais commencer par vous. Vous avez mentionné que vous n'effectuez pas de suivi des militaires ou vétérans dans le cadre d'une étude démographique, que vous poseriez des questions ou cherchiez à connaître le nombre. Je me demande pourquoi pas. Pensez-vous qu'il s'agit de quelque chose qui pourrait être fait afin de mieux comprendre les antécédents de la personne à qui vous parlez et de tenir des statistiques qui pourraient nous être utiles pour prendre des décisions différentes à l'avenir?

**Mme Breanna Pizzuto:** Oui, je pense que c'est quelque chose qui pourrait être facilement fait, ajouté dans notre système. La raison pour laquelle nous ne le faisons pas en ce moment, c'est que toutes nos statistiques relèvent des provinces, ce sur quoi elles veulent que nous assurions un suivi (établissement de rapports), de sorte que nous nous en tenons passablement aux rapports que l'on nous a demandés. Il s'agit de quelque chose que l'on ne nous a jamais demandé auparavant, mais qui serait utile, j'en conviens. C'est certainement faisable.

**M. Colin Fraser:** Par exemple, si les renseignements sont fournis par l'appelant, le mettriez-vous en contact avec des services d'ACC?

**Mme Breanna Pizzuto:** Oui, tout à fait.

**M. Colin Fraser:** Savez-vous si cela se produit souvent? Vous avez parlé du nombre d'appels que vous recevez de vétérans ou de militaires.

**Mme Breanna Pizzuto:** Je dirais que cela se produit assez souvent, mais probablement pas autant qu'il le devrait. Comme le disait Nora, nous ne sommes peut-être pas reconnus comme un service axé sur les vétérans. Nous ne sommes pas un tel service. Peut-être que si nous recevions davantage de formation, ou si nous pouvions développer ce partenariat et être davantage reconnus comme soutien pour les vétérans, ce nombre augmenterait.

**M. Colin Fraser:** D'après ce que j'ai compris, vous êtes un centre d'appels entrants. Il y a un numéro sans frais, et les appels vous parviennent.

**Mme Breanna Pizzuto:** Oui.

**M. Colin Fraser:** Avez-vous songé à des services en ligne auxquels vous pourriez accéder pour répondre aux personnes qui ne veulent peut-être pas nécessairement prendre le téléphone et appeler?

**Mme Breanna Pizzuto:** Oui, tout à fait. Cette année, nous allons mettre en oeuvre une fonction texte et clavardage que certains centres de détresse au Canada ont déjà mise en place, ce qui permettra aux gens d'accéder à nos services en ligne ou au moyen de leurs téléphones cellulaires.

L'autre chose, qui est distincte de la ligne de détresse, mais aussi un programme que nous exécutons à partir du centre de détresse, ce que nous appelons le programme de vérification du bien-être. Si un patient se présente à un service d'urgence dans un hôpital précis et consent à recevoir un appel de notre part, il recevra l'appel entre 24 et 72 heures après son congé. S'il est admis à l'hôpital, nous l'appellerons après son congé, peu importe la durée de l'hospitalisation. Nous l'appellerons et nous verrons si l'hôpital lui a laissé un plan de soins, s'il prend ses médicaments et s'il rencontre les

personnes qu'il est censé rencontrer. C'est une chose que l'on pourrait faire avec les vétérans, un suivi après coup, parce que ces gens ont dit que le TSPT ne se manifeste pas nécessairement tout de suite. Vous pouvez effectuer une évaluation psychologique dès qu'ils obtiennent leur libération, et ils diront que tout va bien. Ensuite, six mois ou un an plus tard, le TSPT commence à se manifester.

**M. Colin Fraser:** Merci beaucoup. Je vous remercie de cette réponse.

Je me tourne maintenant vers l'Institut Vanier. Vous avez parlé du cercle de leadership à quelques reprises, mais une fois en réponse à une question de M. Bratina. J'ai besoin de quelques précisions. Comment se passe-t-il d'un bout à l'autre du pays pour ce qui est du déploiement dans les villes? Est-ce que tout le monde y a accès d'un bout à l'autre du pays?

**Mme Nora Spinks:** Le cercle de leadership est principalement national, de sorte que nous travaillons avec des partenaires nationaux. Cela dit, nous avons récemment organisé conjointement un cercle de leadership régional à Terre-Neuve pour le Canada atlantique afin de nous assurer que tous ceux et celles qui font partie des organismes régionaux possédaient aussi les mêmes renseignements sur la réalité militaire dont ils ont besoin pour faire leur travail. Nous avons été en mesure de régler quelques problèmes provinciaux.

Ce sujet revient souvent, en particulier avec les familles de vétérans. Parce que ces familles ont beaucoup déménagé et non en raison de la nature de notre système de soins de santé, les provinces doivent être branchées. En ce moment, le cercle de leadership n'a pas beaucoup de liens avec les provinces, mais il s'agit d'une priorité pour le cercle de leadership. Le cercle se réunit tous les mois de janvier, et ce que les membres nous ont demandé pour l'année qui vient, c'est de trouver une façon d'engager les provinces et les régions, parce que nous ne pouvons pas faire ce que nous voulons sans leur participation.

• (1640)

**M. Colin Fraser:** Y a-t-il des recommandations que nous pourrions faire pour vous aider?

Vous pouvez y songer et nous le faire savoir par courriel.

**Mme Nora Spinks:** Il pourrait y avoir un identificateur sur le dossier médical, tout à fait, ce qui nous permettrait de faire le suivi et le lien.

En ce moment, l'Ontario a des données que nous pouvons explorer, mais pas suffisamment. Bien sûr, nous pourrions faire en sorte que les provinces comprennent les données sur les vétérans dans leur propre province. Si vous êtes un représentant provincial, vous allez penser à Gagetown, ou à Petawawa; vous ne penserez pas nécessairement au centre-ville de Hamilton.

**Col Russ Mann:** Je pense qu'il est important de se rendre compte que nous attaquons à l'échelle nationale, parce que...

Je vais vous donner un exemple précis, celui de la Société canadienne de pédiatrie. Nous avons parlé de l'incidence sur les enfants. La Société a présenté un exposé de principes et des recommandations à l'intention des pédiatres d'un bout à l'autre du pays. Comme il s'agit d'une association nationale, elle a communiqué son document à ses chapitres provinciaux et régionaux ainsi qu'aux cliniques et bureaux où les gens vont se présenter, contrairement à ce que nous faisons dans un centre de détresse qui n'est pas établi pour les vétérans ou les familles de vétérans, mais qui, dans le cadre de sa prestation de services et de soutien, rencontre des familles de vétérans et d'autres familles canadiennes.

Voilà un problème auquel il faut s'attaquer dès maintenant au niveau local, mais, bien entendu, nous ne pouvons pas le faire avec chaque pédiatre. La Société de pédiatrie possède ce réseau pour informer et éduquer, de sorte que nous l'avons pressentie.

Cependant, on ressent des répercussions très localement. Une des plus récentes au sujet de la santé mentale et qui est pertinente pour votre comité concerne Broadmind, à Kingston, où l'un des membres du cercle de leadership aide à instaurer dans la collectivité de Kingston une trousse de premiers soins en santé mentale, ce que j'appellerai un service de premiers soins en santé mentale dopé aux stéroïdes, parce que cette entreprise a adopté la programmation nationale concernant les premiers soins en santé mentale et y a ajouté des ressources locales et un soutien local pour renforcer l'effet dans ce domaine précis.

Voilà le genre de choses qui doivent se produire. Le côté provincial pourrait avoir un effet d'amplification pour l'amener dans les collectivités locales.

**Mme Nora Spinks:** Puis-je donner un exemple, rapidement?

**Le président:** Pouvez-vous le faire rapidement?

Merci.

**Mme Nora Spinks:** Suite à cela, les pédiatres comptent désormais sur un programme par lequel ils effectuent un transfert avec accompagnement. Au lieu que vous soyez le patient d'un pédiatre, si vous déménagez à l'autre bout du pays et vous vous retrouvez au bas de la liste d'attente que vous devez remonter graduellement, il y a maintenant un transfert avec accompagnement. Cette famille de militaire, cette famille de vétéran, suite au travail qui a été fait, n'a plus maintenant à se retrouver sur une liste d'attente et n'est plus obligée de recommencer. Il s'agit d'un excellent modèle que nous pouvons reproduire pour une foule d'autres services.

**Le président:** Merci.

Madame Wagantall.

**Mme Cathay Wagantall (Yorkton—Melville, PCC):** Je vous remercie de votre présence aujourd'hui, ainsi que du travail fantastique que vous faites.

Nous avons de toute évidence une crise partout au pays, et nous nous concentrons sur nos vétérans et nos forces armées. Il me semble que nous examinons deux domaines de santé mentale: la situation de crise qu'ils vivent et l'autre, l'accumulation continue de frustrations pendant la transition. Il s'agit de deux sources très différentes quand il est question de votre santé mentale.

J'ai beaucoup entendu parler du soutien par les pairs, et nous l'avons entendu à de très nombreuses reprises, au sujet de vétérans qui aident des vétérans. Je n'ai jamais fait partie des forces armées, mais j'ai une amie qui a essayé de me dire comment m'occuper de mon enfant de deux ans avant qu'elle en ait un. Ce soutien par les pairs est tellement important. Et nous entendons parler de toutes sortes d'organisations de vétérans qui se créent et qui font un excellent travail, en plus d'être très organisées et aidées de thérapeutes, psychiatres, médecins, chercheurs de premier plan qui en font partie, et ensuite je constate que nous avons besoin de financer plus de programmes comme celui-ci.

Que pensez-vous pour ce qui est du financement? Je me plais à les considérer comme de jeunes entreprises novatrices, et cela à bien des égards. Elles n'ont pas l'argent pour faire ce qu'elles pourraient faire vraiment bien et atténuer beaucoup de problèmes, même les empêcher de survenir.

●(1645)

**M. Philip Upshall:** Une réponse très brève serait que nous devrions les encourager, nous devrions identifier ceux et celles qui font un excellent travail et le reproduire, et offrir le financement. Il ne coûte pratiquement rien d'offrir un soutien par les pairs, à la condition qu'il soit reconnu. Je le répète, en tant que communauté de patients, l'un des problèmes que nous avons eus avec le milieu de la recherche et le milieu médical, c'est qu'ils ont catégoriquement refusé d'accepter la validité du soutien par les pairs au titre d'intervention médicale fondée sur des données probantes.

Il nous a fallu tordre le bras de la communauté des soins partagés. Nous avons refusé de nous impliquer dans les soins en collaboration, les soins assurés, jusqu'à ce qu'ils reconnaissent qu'en fonction du continuum de soutien, le soutien partagé par les pairs devrait être présent. Donc, la question est de savoir si Anciens Combattants veut faire quelque chose, financer la communauté de soutien par les pairs qui offre un précieux soutien par les pairs. Project Trauma Support est un programme très peu dispendieux comparativement à d'autres modèles, et il donne vraiment de bons résultats. Et nous en connaissons d'autres. La question est de savoir si le gouvernement du Canada, c'est-à-dire Anciens Combattants, souhaite tendre la main et le faire. Une partie de la réaction que vous obtiendrez est que ce projet ne se fonde pas sur des données probantes. Nous devons consacrer encore plus d'argent à la recherche.

Me permettez-vous de vous raconter très rapidement une histoire? L'an dernier, lorsque M. Fantino était ministre des Anciens Combattants, il m'a fait venir dans son bureau, ainsi qu'Alice Aiken, alors la responsable de l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans, ou ICRSMV, et nous a dit qu'il nous fallait faire quelque chose au sujet du TSPT, en particulier les chiens d'assistance. Je lui ai dit que les chiens d'assistance sont un élément réellement important. Ils donnent des résultats. Je sais qu'ils donnent des résultats, et s'il nous donnait l'argent nécessaire, nous pourrions obtenir plus de chiens d'assistance, nous ne disposons que d'un nombre limité d'installations d'entraînement de sorte qu'il nous faut construire cela... blablabla. Alice, et elle était directement dans un certain contexte, a dit au ministre que nous n'en étions pas encore certains. Il n'y avait pas vraiment de bonnes données probantes et il devrait donc lui donner l'argent et elle effectuerait la recherche et le lui ferait savoir. Nous avons fait le va-et-vient. M. Fantino a dit que nous allions emprunter la voie de la recherche. Nous l'avons donc fait. La recherche a établi que ce que nous savions donnait des résultats. Le bon sens nous disait que cela fonctionnait. Une centaine de vétérans nous ont dit que cela fonctionnait. J'ai dit que maintenant que nous avons des preuves, est-ce qu'il nous donnerait de l'argent pour commencer à mettre le tout sur pied. Et il nous a répondu par la négative, ils n'avaient plus d'argent.

C'est tellement décourageant de s'impliquer dans ce genre de processus, et je m'excuse d'avoir pris tout ce temps.

**Mme Cathay Wagantall:** Nous, je vous en remercie.

**M. Dave Gallson:** Puis-je ajouter quelque chose, très rapidement?

Au cours des derniers mois, nous avons réuni à Perth des gens qui viennent de partout au Canada pour participer au programme Project Trauma Support, et ils sont déjà retournés dans leurs collectivités et ont créé quatre différents programmes de soutien par les pairs.

En ce moment, je fais partie du programme La patrie gravée sur le cœur. J'essaie d'amasser 350 000 \$ afin d'élargir ce programme avec le volet de recherche au cours des 12 prochains mois. Hier, j'étais à l'Université Queen's. Heather Stuart est heureuse de faire cette recherche gratuitement, afin que nous ayons la base de données probantes, mais il me faut 350 000 \$. Nous quémardons pour amasser des fonds.

**Mme Cathay Wagantall:** J'ai entendu parler d'un groupe en Saskatchewan qui a fait toute la recherche. Il s'agit d'une œuvre de bienfaisance visant à créer exactement cela, des chiens d'assistance qui seraient fournis à nos vétérans, pas à 20 000 ou 30 000 \$ l'unité, mais sans frais. C'est ce qui me frustre vraiment en regardant la dynamique de ce qui devrait être fait, parce que cela peut être fait, et la bureaucratie ralentit tout.

**M. Dave Gallson:** Je serais heureux de vous faire parvenir notre demande concernant le TSPT, et c'est parti. Il y a une bonne réponse. Le repas est déjà au four pour ce soir.

**Mme Cathay Wagantall:** Oui.

**M. Dave Gallson:** C'est un départ. Tout se met en place et les choses se mettent en branle. Nous pouvons nous asseoir et en discuter, mais je ne ferais pas mon travail si je n'étais pas ici à vous dire que nous avons besoin d'argent pour ce projet dès maintenant. Des gens meurent.

• (1650)

**Mme Cathay Wagantall:** Exactement.

**M. Dave Gallson:** Aux États-Unis, il y a un programme; 22 vétérans par jour s'enlèvent la vie. Il faut changer tout cela et nous devons prendre des mesures concrètes.

**Mme Cathay Wagantall:** Nous devons régler la crise actuelle, mais j'aimerais que nous décapitions le dragon. Dès le départ, il y a tellement de façons que les gens disent qu'ils pourraient aider si le MDN gardait ces gens à son service, rémunérés, jusqu'à ce qu'ils soient vraiment prêts à être libérés avec tous les soutiens dont ils ont besoin. Je pense qu'il s'agit d'une direction que nous devons prendre également.

J'ai probablement utilisé tout le temps qui m'était imparti.

**Le président:** En toute équité, je vais vous donner une minute de plus, parce que je pense que tout le monde a eu droit à au moins cela aujourd'hui.

**Mme Cathay Wagantall:** Vers qui est-ce que je me tourne?

**Col Russ Mann:** Si vous le voulez, je pourrais ajouter quelques observations.

Vous avez parlé de la transition et de la perte d'identité, mais je pense qu'il est aussi important, peut-être, de recadrer le tout. C'est l'absence d'une raison d'être qui met des gens comme moi en situation de crise. Si vous voulez rajouter les stress dont M. Kitchen a parlé, tout ce que vous avez à faire, c'est de briser notre cercle de soutien. En ce moment, le gouvernement a structuré la transition de façon à briser le cercle de soutien. Le MDN et Anciens Combattants ne présentent pas un continuum dans le spectre de transition. Ils agissent comme deux entités distinctes, avec des cadres distincts et des méthodes de fonctionnement distinctes. Pour la famille et le vétéran en transition, c'est comme si l'on brisait leur cercle de soutien.

Ce n'est pas tout le monde qui nous échappe. La question a été posée pour savoir comment nous faisons le dépistage pour le stress post-traumatique. Un exemple du cercle de soutien est en fait à l'extérieur de l'établissement, mais relié par l'établissement. Mon

propre cas de diagnostic de santé mentale, de stress post-traumatique, a été fait par un psychiatre civil à qui mon médecin de famille m'avait référé à la base. Mon médecin militaire a dit « Je ne suis pas certain de ce qui se passe. Allons consulter quelqu'un qui serait peut-être capable d'aller plus loin. » La raison pour laquelle j'ai consulté mon médecin de famille, c'était en raison de mon cercle de soutien, ma famille et mes amis. Ma femme a dit « Il y a quelque chose qui ne va pas. » Mon ami a dit « Qu'est-ce qui se passe? » lorsque j'ai éclaté un jour au travail pour aucune raison.

Il y a un élément important de continuité des soins, même si vous ne faites pas partie d'une gestion de cas. La continuité des soins signifie que vous avez l'impression d'être soutenu pendant la transition. C'est l'effet que le gouvernement devrait livrer en tant que partenaire actif.

**Le président:** Merci.

M. Eyolfson va partager son temps avec M. Graham, je crois.

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

Je remercie les témoins d'être venus.

Je suis un médecin. J'ai pratiqué la médecine d'urgence pendant 17 ans. Bien entendu, il nous arrivait souvent de voir les différents aspects des troubles de l'humeur, diagnostiqués auparavant, ou parfois il s'agissait d'un premier diagnostic. Monsieur Upshall, puis monsieur Gallson, relativement aux troubles de l'humeur, l'une des choses que nous avons toujours sues à ce sujet, c'est le lien — chez les jeunes, plus particulièrement, mais au sein de tous les groupes — entre l'abus d'alcool ou d'autres drogues et la maladie mentale. Le lien est clair; par contre, la causalité ne l'est pas autant que le dilemme de la poule et de l'œuf. Nous savons effectivement, et je l'ai diagnostiqué à plus d'une occasion, que lorsqu'une jeune personne est amenée avec un problème de drogue, il s'avère que ses symptômes de maladie mentale étaient en réalité plus anciens que la consommation de drogue.

**M. Philip Upshall:** Ils ont recours à une automédication.

**M. Doug Eyolfson:** Exactement, c'est une automédication.

Beaucoup de gens se retrouvent sans doute dans le système judiciaire à cause de leur toxicomanie. Ils peuvent avoir été accusés de conduite en état d'ivresse et ont été renvoyés par leur employeur à cause de cela.

Dans le cadre de votre formation des fournisseurs de soins de santé, vous efforcez-vous de souligner que devant des cas d'abus de substances toxiques, l'une des premières choses à faire, mis à part le traitement de la toxicomanie elle-même, est de vérifier qu'il n'y a pas de maladie mentale sous-jacente?

**M. Philip Upshall:** Parfois mais, à vrai dire, ce n'est pas un de nos objectifs prioritaires. Ce le serait si nous avions plus d'argent pour offrir ce genre de service. Alors, oui, ce serait possible. Un des problèmes avec les médecins d'urgence, que j'admire beaucoup, soit dit en passant... Bref, compte tenu de l'échelle de priorité des services d'urgence, le patient, à moins d'être suicidaire, risque de se retrouver tout en bas de l'échelle, avec ceux qui souffrent de simples douleurs abdominales. Peu de gens pourraient supporter les huit à 10 ou 12 heures d'attente qu'il faut passer à l'urgence pour de légères douleurs abdominales.

Nous rapportons, sur notre site Web, l'histoire de Jenny. Jenny est la fille d'un ancien adjoint de l'administrateur en chef de la santé publique. Elle s'automutilait — vous avez sans doute entendu parler de pareils cas. Vous n'avez pas idée des efforts que nous avons dû déployer, avec elle, pour lui trouver de l'aide. Et on parle d'un cadre supérieur de la santé publique du Canada, et cela se passait à Ottawa.

Nous avons rencontré les médecins d'urgence. Disons que l'accueil réservé à l'idée d'accorder de l'importance aux problèmes de santé mentale détectés dans une salle d'urgence ne peut pas être qualifié d'empresé. J'ose espérer qu'avec le temps, nos efforts en matière d'éducation finiront par payer, et que l'on reconnaîtra que les patients en sang ne sont pas les seuls cas urgents. La psychose est tout aussi urgente qu'une crise cardiaque. On pourrait bien sûr en discuter, mais selon moi...

•(1655)

**M. Doug Eyolfson:** Non, je suis tout à fait d'accord. La psychose ou la dépression tuent tout comme les crises cardiaques.

**M. Philip Upshall:** Tout à fait. Nous sommes sur la même longueur d'onde.

Nous soutenons les initiatives du gouvernement fédéral incitant les provinces à faire plus et à investir plus dans les ressources en santé mentale. Nous espérons, vu les efforts de la ministre de la Santé en faveur de la santé mentale, qu'elle dise elle-même: « Écoutez, la toxicomanie et la santé mentale sont trop étroitement liées pour qu'on les traite séparément. »

Il faut que toutes les provinces intègrent les services en charge de la santé mentale et de la toxicomanie, et nous pourrions alors travailler au niveau provincial avec des organisations communautaires regroupant ces services. Au niveau fédéral, il y a, d'un côté, les toxicomanies, et de l'autre, la santé mentale. Je suis sûr que je ne vous apprends rien, mais les cloisonnements, dans les domaines de la toxicomanie et de la santé mentale, notamment dans la recherche et chez les cliniciens, sont inimaginables. C'est tout simplement incroyable.

**Le président:** Merci.

Monsieur Graham, vous avez deux ou trois minutes.

**M. David de Burgh Graham (Laurentides—Labelle, Lib.):** Madame Pizzuto, j'aimerais vous poser une petite question.

Je représente une grande circonscription rurale. Elle est un peu plus petite que l'État du Vermont. Je me demande toujours comment quelqu'un qui aurait besoin de services comme ceux que vous offrez peut les trouver. Comment quelqu'un qui a besoin d'appeler la ligne d'écoute téléphonique s'y prend, d'abord, pour la trouver?

**Mme Breanna Pizzuto:** Bonne question.

C'est sur Internet, pour les gens qui y ont accès. Pour les autres, nous essayons de placer nos cartes et nos dépliants dans un maximum de cabinets médicaux, de bibliothèques, de cabinets d'avocats, de bureaux de conseillers, de manière à ce que notre numéro soit connu. Le bouche à oreille nous sert aussi à faire passer le message si bien que, si quelqu'un se confie à un ami ou un membre de sa famille, ce parent ou cet ami pourrait nous connaître et diriger la personne en question vers nos services.

**M. David de Burgh Graham:** Dans le cas de John, avez-vous personnellement fait appel au ministère des Anciens Combattants pour voir quelle aide pourrait être offerte de ce côté-là? Ou est-ce que les lois sur la protection de la vie privée vous en empêchent?

**Mme Breanna Pizzuto:** Oui.

**M. David de Burgh Graham:** À quel point l'urgence d'une situation prévaut-elle sur les lois sur la protection de la vie privée et vous permet-elle d'intervenir d'une autre manière à part...

**Mme Breanna Pizzuto:** Lorsqu'il s'agit de sauver quelqu'un en danger de mort. John est, dans une certaine mesure, toujours en danger de mort, mais si sa survie était vraiment menacée, il nous faudrait passer outre au respect de la vie privée. Dans son cas toutefois, ce serait outrepasser nos prérogatives que d'approcher Anciens Combattants Canada en son nom.

**M. David de Burgh Graham:** Pouvez-vous le faire de manière générale? Par exemple, en disant que vous faites face à une situation urgente, et en demandant ce qu'ils peuvent faire pour vous venir en aide? Ou ne pouvez-vous même pas faire cela?

**Mme Breanna Pizzuto:** Je suppose. Cela dépend de John, s'il veut ou non avoir affaire à Anciens Combattants. Quand tout est dit, s'il n'est plus en bons termes avec eux, il ne va pas aller leur demander de l'aide, peu importe ce que nous faisons.

**M. David de Burgh Graham:** C'est vrai.

Mais si nous parvenons à faire en sorte qu'Anciens Combattants gagne la confiance de certains vétérans, et que nous souhaitons redonner cette confiance à John, comment peut-on le réintégrer? Je ne sais pas trop comment formuler ma pensée. Il va falloir qu'Anciens Combattants évolue au fil du temps pour réintégrer des gens comme John. Comment peut-on s'y prendre pour les faire rentrer au bercail? Comment peut-on les convaincre que c'est OK maintenant, qu'ils peuvent avoir confiance?

**Mme Breanna Pizzuto:** En commençant par ne pas les laisser partir.

**M. David de Burgh Graham:** Le train est sans doute déjà passé. J'essaie de trouver une solution...

**Col Russ Mann:** Les camarades.

**Mme Breanna Pizzuto:** Oui.

**Col Russ Mann:** Les camarades tirent d'affaire un plus grand nombre d'entre nous que n'importe qui d'autre. Ce sont eux qui nous convainquent qu'on peut aller chercher de l'aide quelque part. Un tel service, s'il permet de connecter des camarades à d'autres ou de leur fait prendre conscience qu'il existe d'autres services d'entraide, pourrait s'avérer un outil de référence pour finalement aiguiller les intéressés vers de l'aide professionnelle.

Je ne suis pas un scientifique, mais la méthode qui a le mieux marché avec des gens que j'ai recommandés et des gens avec qui j'ai travaillé est celle de l'aiguillage par l'intermédiaire de camarades.

•(1700)

**Le président:** Merci.

Monsieur Kitchen. Je crois que vous partagez votre temps de parole avec M. Shipley.

**M. Robert Kitchen:** Merci, monsieur le président.

Quelques mots, madame Spinks. Vous avez suscité mon intérêt lorsque vous avez parlé de soutien pour les familles en crise. Pouvez-vous élaborer?

**Mme Nora Spinks:** Un des commentaires que nous ont fait les familles est qu'elles se considèrent comme des familles de militaires, pour toujours. Souvent, les soins disponibles, aussi limités soient-ils dans certains endroits, sont centrés sur le patient. C'est dû, en partie, aux cloisonnements, en partie, à la protection des renseignements personnels; mais un patient va recevoir des soins. Toutefois, la famille affectée par la crise peut aussi avoir besoin de soins. Par exemple, ces enfants dont parlait Phil. Ce petit de 10 ans que l'enseignant voit en larmes derrière son pupitre et à qui il faudrait tendre la main.

Nous n'avons pas encore trouvé le bon moyen pour fournir une aide globale et axée sur la famille, que ce soit sur le plan des services de santé communautaires ou similaires. Pourtant, nous savons que si les familles sont incluses, ce sont elles qui serviront de lien. Ce sont elles qui vont assurer la liaison. C'est un membre de la famille qui sera là, au sous-sol, à trois heures du matin, pour appeler la ligne d'écoute téléphonique. Nous devons penser de façon plus globale.

À l'heure actuelle, dans la plupart des provinces, les services de soins de santé suivent le principe du « patient d'abord ». Pourquoi pas la « famille d'abord », le cercle de soutiens qui va assurer la réussite du traitement, la continuité des soins, qui va naviguer dans le système, qui va être là quand le patient aura besoin d'aller chercher de l'aide?

**M. Robert Kitchen:** Avez-vous le sentiment qu'après une crise, en particulier un suicide, les familles sont abandonnées à elles-mêmes?

**Mme Nora Spinks:** Je ne peux pas parler précisément d'ACC, mais en général, après une crise, les familles sont laissées pour compte.

**M. Robert Kitchen:** Serait-il utile qu'ACC fournisse certains de ces services?

**Mme Nora Spinks:** Nous entendons certainement des conjoints et autres membres de la famille dire qu'eux aussi, ont besoin de soutien par des pairs. Par exemple, pour une femme, cela veut dire pouvoir parler avec une autre, à trois heures du matin, parce qu'enfin, elle a réussi à convaincre son mari de retourner se coucher et que, maintenant, il dort et se repose. Elle est elle-même sur les nerfs et elle a besoin de parler à quelqu'un. On s'est rendu compte que c'était vraiment important pour les conjoints et les parents qui gèrent les choses au quotidien d'avoir un soutien de la part de gens qui sont dans la même situation.

Comme l'a dit Phil, il est absolument essentiel de lier cela à la compilation des données et au partage des connaissances. On parle beaucoup de programmes fondés sur des faits ou, comme on l'a aussi entendu dire, inspirés ou éclairés par des faits. En grande partie, cela réfère à ce qui se passe au sein des familles. Ce n'est pas seulement une expérience basée sur des faits, mais ce sont des faits qui se fondent sur leur vécu. Quand on se met à l'écoute de membres de ces familles, il suffit de peu de chose pour qu'ils se mettent à parler. Ce qui est difficile, c'est de compter sur eux pour se confier une deuxième fois si on ne les a pas écoutés au départ.

Comment soutenir ces vétérans? Il faut commencer à dialoguer avec eux le jour où ils entrent dans l'armée et continuer à le faire jusqu'au bout, et puis, ne pas rejeter cette responsabilité sur d'autres. Cela ne marche pas.

**M. Robert Kitchen:** Merci.

Monsieur Upshall, vous avez parlé de transfert des connaissances. Vos commentaires à ce sujet ont retenu mon attention, car c'est très important. Étant moi-même fournisseur de soins primaires, je suis

toujours allé à des séminaires, etc. Qu'est-ce que j'ai retiré de ce séminaire? Que puis-je faire demain dans mon cabinet?

Ce sont des questions qu'à mon avis, beaucoup de praticiens de soins primaires ne se posent pas. Selon vous, serait-il utile que tous les organismes de réglementation imposent à leurs fournisseurs de soins primaires de suivre un programme de formation continue en médecine, comme vous l'avez suggéré, de façon à ce que chacun d'entre eux ait une idée de ce qu'il doit faire au moment où quelqu'un qui a un passé d'ancien combattant entre dans son cabinet?

**M. Philip Upshall:** Absolument d'accord. Toutefois, nous allons plus loin. Nous avons eu des contacts avec la Société royale; nous nous sommes heurtés à un mur. Mais il est important que l'ensemble des fournisseurs de soins de santé comprennent ce que sont les troubles de santé mentale.

Je m'éloigne maintenant de ce qui concerne les vétérans, mais nous tentons à nouveau également d'amener le milieu de l'enseignement médical, notamment dans les universités, à comprendre les médecins et à faire en sorte qu'on dispense aux nouveaux une formation sur la santé mentale, comme c'est le cas pour les maladies cardiovasculaires et autres. Malheureusement, jusqu'à tout récemment, des heures étaient consacrées aux maladies cardiovasculaires ou au cancer, mais seulement une ou deux aux problèmes de santé mentale.

Comme vous le savez tous certainement désormais, il existe une comorbidité entre les troubles de santé mentale et le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète, le TSPT ou trouble de stress post-traumatique — et bien d'autres affections. En particulier, la dépression est presque toujours associée à toutes ces maladies chroniques.

Nous serions totalement en faveur d'une telle mesure, mais c'est un gros projet à cause de ces cloisonnements en place depuis longtemps. Il y a des organisations, comme à Santé Canada et au ministère ontarien de la Santé, qui insistent en disant: « Nous avons toujours fait cela comme ça. Pendant des années, c'est comme cela que nous avons procédé, et nous allons continuer à faire de cette façon. » C'est à se taper la tête contre les murs, continuellement.

Bref, nous appuyons un tel projet.

• (1705)

**Le président:** Merci.

Monsieur Shipley, M. Kitchen vous a laissé une minute.

**M. Bev Shipley (Lambton—Kent—Middlesex, PCC):** Merci, monsieur le président.

À vous tous, merci pour votre présence et votre franchise.

J'ai siégé au Comité des anciens combattants il y a quelques années, et, malheureusement, nos discussions portaient déjà sur les mêmes sujets. Cela ne veut pas dire que rien n'a changé; c'est juste que la situation semble un peu faire tache d'huile. Le MDN et les Anciens Combattants posent un gros problème. Il était sérieux avant, et il semble qu'il n'a pas encore été résolu.



Il y a toutefois une question que j'aimerais poser, à propos de la santé mentale et du TSPT. Cela concerne les effets psychologiques et les professionnels vers qui les gens qui en souffrent sont dirigés. À un moment, comme vous l'avez d'ailleurs mentionné, on a fait planer le doute sur les statistiques selon lesquelles le TSPT détecté chez les patients qui consultent un psychiatre ou un psychologue est lié, dans 95 % des cas, à des faits vécus par l'ensemble de la population, et dans 5 % des cas uniquement à des expériences s'inscrivant dans un contexte militaire, que ce soit au combat ou dans des circonstances particulières.

Est-il vrai que ce pourcentage est peut-être plus élevé, parce que le spécialiste en question n'a jamais été à la place d'un soldat, n'a jamais été au combat comme lui et n'a jamais vécu ce qu'il vit quand il revient.

Y a-t-il suffisamment de spécialistes pour répondre à la demande? Bref, voilà en fait ce que je voudrais savoir.

**M. Philip Upshall:** Non, il n'y en a pas assez.

**Le président:** Vous aussi, vous n'avez qu'une minute pour répondre.

**M. Philip Upshall:** C'est très difficile d'observer ces consignes.

La question que vous soulevez a trait à une expérience traumatisante particulière vécue par un vétérán, une situation dans laquelle le spécialiste n'a sans doute jamais été, une quelconque expérience de terrain qu'il n'a sans doute pas.

Si le spécialiste en question a reçu une formation adéquate, il pourra demander: « Quels sont vos antécédents? » et en discutant avec le patient, lui faire révéler un traumatisme qui pourrait être lié à la maltraitance dans la petite enfance, aux pensionnats ou à d'autres situations. Mais dans le cas qui nous occupe, cela est lié à une activité militaire.

Le médecin devrait alors pouvoir dire: « Il y a quelqu'un vers qui je peux vous diriger, car il a des connaissances spécialisées sur ce sujet. », mais ce serait ciblé sur ces 5 ou 10 %. Selon moi, encore une fois, du point de vue communautaire, c'est ainsi qu'on devrait procéder,

**M. Bev Shipley:** Merci.

**Le président:** Madame Mathysen, nous allons terminer par vous.

**Mme Irene Mathysen:** Merci, monsieur le président.

Merci, mesdames et messieurs les témoins.

Monsieur Upshall, j'ai trouvé intéressant ce que vous avez dit à propos des recherches qui ont dû être faites avant de pouvoir utiliser des chiens de thérapie, si bien que ces recherches ont épuisé le budget et qu'il n'y a pas eu de chiens de thérapie. On a posé une question là-dessus il y a quelque temps au sous-ministre adjoint, et il a répondu: « En fait, les recherches sur l'utilité de ces chiens ne sont pas concluantes. » Je comprends votre préoccupation et je sympathise avec vous quand vous parlez de ce cercle vicieux.

Nous allons rédiger un rapport, et je veux souligner certains points qui, à mon avis, devraient y être inclus.

Je vais commencer par vous, Nora.

Nous parlons de l'importance de la famille. C'est un facteur crucial pour le bien-être d'un vétérán. Vous avez parlé des problèmes auxquels ils font face et de la nécessité d'avoir les outils voulus pour s'y attaquer. Des conjoints nous ont dit qu'ils avaient besoin de formation, d'une formation spécialisée. Comment dois-je agir, m'adapter et aider ce vétérán qui est une personne différente de celle que j'ai rencontrée et épousée il y a 10 ans? Nous avons besoin

de services de thérapie conjugale, parce que les couples se désunissent, les relations se distendent. Nous avons besoin de soins de santé mentale pour les conjoints et les enfants, et cela rejoint ce que vous avez dit à propos des services de relève, parce qu'on ne peut pas assumer la tâche 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Deuxièmement — et cela reprend ce dont parlait Mme Wagantall — nous devons, comme l'a recommandé l'ombudsman des forces armées, faire en sorte que tout soit en place avant que le vétérán quitte l'armée: la pension et les soins de santé. Serait-il important ici d'ajouter une plus forte participation de spécialistes en santé mentale? Tout cela pour que les vétéráns ne soient pas exposés à des problèmes financiers, qu'ils aient ces béquilles en quelque sorte pour faire face à ce qui va être un changement de vie particulièrement stressant et difficile, parce qu'ils sont, et seront toujours, des militaires. On ne leur montre tout simplement pas de reconnaissance.

Si nous incluons ces points-là, est-ce que nous allons dans le bon sens?

• (1710)

**M. Philip Upshall:** Je vais me taire parce que dernièrement, j'ai eu trop...

**Des voix:** Oh, oh!

**M. Philip Upshall:** ... mais je vous donnerai mon avis si je peux avoir la parole une minute, un peu plus tard.

**Une voix:** Oh, bien sûr.

**Mme Irene Mathysen:** C'est au président de décider, et vous savez qu'il est sévère.

**Le président:** Allez-y, avant que nous closions cette séance.

**M. Philip Upshall:** Eh bien, il y a une chose dont vous n'avez pas parlé et que j'avais l'intention de mentionner auparavant. Vous pouvez recommander, et je pense que tout le monde serait d'accord, que l'on offre des services de navigateurs de système. C'est très important, et un navigateur de système à qui on fait confiance, pas quelqu'un comme moi, mais plutôt comme Russ, et qui connaît son métier peut servir de guide. Quand on est en crise, on ne sait pas qui appeler, on ne sait pas quoi faire, ni où aller. Même avant qu'une crise se produise, quand vous en êtes sur le point d'être libéré, si quelqu'un vous dit: « Je vais vous guider et collaborer avec vous »... nous avons trouvé que cela avait d'excellents résultats dans les hôpitaux. Avec un navigateur de système, on peut libérer quelqu'un et lui trouver l'aide dont il a besoin au lieu de lui dire: « Cherchez cela sur Google ». Des navigateurs de système seraient très utiles, et je recommanderais certainement cela.

Je recommanderais de financer le soutien par des camarades pour les aidants familiaux comme pour les vétéráns. La Société pour les troubles de l'humeur offre un tel réseau de soutien aux patients et à leur famille.

Ce serait là deux éléments clés. Je vais laisser la parole aux autres témoins, parce qu'autrement, je n'en finirais pas.

**M. Dave Gallson:** J'ajoute seulement un point. À propos des médecins de famille, il ne faut pas oublier qu'ils ont aussi une entreprise à gérer et que le temps qu'ils peuvent consacrer à chaque patient est limité. Nous avons découvert que beaucoup de médecins de famille ne connaissent pas les ressources disponibles dans la collectivité et ne peuvent donc pas dire à un patient: « Écoutez, il faut vous adresser à cet organisme et rencontrer les responsables parce qu'ils offrent certains services qui vous aideraient vraiment beaucoup ». Une pilule, une ordonnance, ce n'est pas suffisant. Il y a une mine de ressources auxquelles il faut faire appel pour assurer le bien-être de quelqu'un.

**Le président:** Merci à tous. Cela conclut le débat d'aujourd'hui. La sonnerie d'appel va retentir d'une minute à l'autre.

Je suis sûr que tout le monde serait d'accord pour dire que nous pourrions probablement faire un deuxième tour de table. Les renseignements que vous nous avez donnés aujourd'hui, ainsi que vos témoignages ont tous été précieux. Au nom des membres du Comité, je tiens à vous remercier tous, ainsi que les organismes que vous représentez, non seulement pour les témoignages que vous avez livrés, mais aussi pour ce que vous faites pour les femmes et les hommes qui ont servi notre pays.

Si vous avez d'autres informations — comme vous, monsieur Gallson, qui avez dit que vous en aviez à nous transmettre — vous pouvez les envoyer au greffier, et il nous les distribuera.

Puis-je avoir une motion d'ajournement?

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>