



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

43^e LÉGISLATURE, 2^e SESSION

Comité permanent de la défense nationale

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 009

Le vendredi 4 décembre 2020

Présidente : Mme Karen McCrimmon



Comité permanent de la défense nationale

Le vendredi 4 décembre 2020

• (1300)

[Traduction]

La présidente (Mme Karen McCrimmon (Kanata—Carleton, Lib.)): Je déclare la séance ouverte.

Bienvenue à la neuvième réunion du Comité permanent de la défense nationale de la Chambre des communes.

Nous nous réunissons aujourd'hui en format hybride, conformément à l'ordre de la Chambre du 23 septembre, de sorte que les délibérations seront publiées sur le site Web de la Chambre des communes. Pour votre information, la webdiffusion ne montrera que la personne qui parle et non pas tous les participants.

Notre réunion d'aujourd'hui se déroulera en deux parties.

Je souhaite la bienvenue à nos trois témoins d'aujourd'hui, soit Nora Spinks, présidente-directrice générale de l'Institut Vanier de la famille, ainsi que la colonelle Helen L. Wright, directrice de la santé mentale, Quartier général du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, et la lieutenant-colonelle Suzanne Bailey, chef nationale, Formation en travail social et en santé mentale du ministère de la Défense nationale.

J'aimerais donner la parole à Nora Spinks pour sa déclaration préliminaire.

Mme Nora Spinks (présidente-directrice générale, Institut Vanier de la famille): Bonjour et merci, madame McCrimmon.

Je vous remercie de me donner l'occasion de témoigner aujourd'hui.

Je tiens à souligner que notre réunion se tient sur le territoire traditionnel non cédé du peuple algonquin Anishinabe et à rendre hommage aux aînés autochtones d'hier, d'aujourd'hui et de demain.

Je tiens également à exprimer ma gratitude et mon appréciation à vous tous ici présents qui avez servi ou servent ce pays. Merci à vous pour votre service, et à vos familles pour leur soutien et leur sacrifice.

C'est un honneur pour moi de comparaître aujourd'hui avec mes collègues, des gens que j'admire et que je respecte, et j'ai hâte d'entendre leurs témoignages.

Je suis ici aujourd'hui à titre de présidente-directrice générale de l'Institut Vanier de la famille. L'Institut est un organisme de recherche et d'éducation voué à la compréhension des familles, de la vie familiale et des expériences familiales. Notre objectif ultime est d'optimiser le bien-être des familles au Canada.

Nos fondateurs, le général Georges Vanier, et son épouse, Pauline, ont saisi la force et l'importance de la famille. Ils ont compris que le militaire n'était pas distinct de sa famille, mais qu'il en faisait partie intégrante. Ils connaissaient l'impact de la famille sur la pré-

paration opérationnelle. Le général Vanier a servi pendant les deux guerres mondiales. Il a subi des blessures et a notamment perdu une jambe au combat. Il comprenait l'importance de la santé mentale, ainsi que l'impact du service militaire sur le militaire et sur le reste de sa famille.

Lorsqu'il est question de la santé mentale des militaires, il est important de reconnaître que celle-ci ne se résume pas à l'absence de maladie mentale. La santé mentale n'est pas seulement un diagnostic, mais un état d'être. Elle est fluide. La santé mentale n'est pas une question de problèmes et de crises. La santé mentale, tout comme la santé physique, exige une attention consciente et délibérée. La gestion de la santé mentale, tout comme celle de la santé physique, comprend la prévention, l'intervention précoce et l'évaluation individuelle.

Pour gérer sa santé mentale, il faut prendre soin de soi et avoir accès à de l'information et à des ressources, et parfois à des soins professionnels. La gestion de la santé mentale exige le soutien des gestionnaires, des collègues et des compagnons de travail, ainsi qu'un solide cercle de soutien personnel qui, pour la plupart des gens, commence dans la famille.

Lorsqu'il est question de la santé mentale des militaires et du soutien fourni aux membres pour qu'ils gèrent efficacement leur santé mentale, nous devons envisager cela dans le contexte d'une famille et d'une communauté. Nous devons définir la famille de façon large. La famille, c'est plus que le conjoint et les enfants. La famille comprend les parents, les grands-parents, les frères et sœurs et les ex-partenaires. Elle est synonyme de liens. La famille peut être biologique, circonstancielle ou choisie consciemment. Elle est dynamique, en constante évolution et en constante adaptation. En fait, la famille est l'institution la plus adaptable de notre société, et il n'y a pas deux familles pareilles.

Pour assurer la réussite des membres des Forces armées canadiennes, pour veiller à ce qu'ils obtiennent l'aide dont ils ont besoin au moment où ils en ont besoin et pas seulement lorsqu'ils ont atteint un point critique, nous, le MDN, le pays et la communauté devons voir la famille comme un tout. Nous pouvons y arriver grâce à trois soutiens stratégiques directs.

Premièrement, il y a le soutien systémique, qui comprend la définition et la gestion de la santé mentale en tant que compétence essentielle, la reconnaissance et l'inclusion de la famille en tant que membre clé de l'équipe de mieux-être, ainsi que l'éducation et la formation sur les compétences en santé mentale, tant au niveau individuel que familial.

Le deuxième est le soutien administratif. Nous devons créer une culture où la recherche d'aide est perçue comme une force et non comme une faiblesse, en donnant accès aux services au sein de l'armée et dans la collectivité en général.

Le troisième est le soutien professionnel. Nous devons adopter une optique familiale lorsque nous élaborons des stratégies de communication et des plans de traitement. Nous devons traiter toute la famille. Nous devons reconnaître que le bien-être individuel est affecté par le bien-être de la famille.

En conclusion, si nous considérons la gestion de la santé mentale comme une compétence essentielle, si nous mettons l'accent sur la personne comme un tout, en incluant son cercle de soutien, si nous mettons l'accent sur l'importance des liens sociaux, et si nous mettons l'accent sur l'honneur, le respect et le soutien des militaires et de leurs familles, en définissant l'aide comme outil de réussite, nous pourrions ensemble optimiser la santé mentale des militaires, renforcer les familles et créer une culture de bien-être individuel et familial au sein des forces armées, ainsi que servir de modèle pour d'autres milieux de travail au Canada et ailleurs dans le monde.

• (1305)

J'ai hâte de discuter avec vous.

Merci, madame la présidente.

La présidente: Merci beaucoup, madame Spinks.

Je cède maintenant la parole à la colonelle Wright.

Colonelle Helen Wright (directrice de la santé mentale, Quartier général du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, ministère de la Défense nationale): Merci beaucoup, madame la présidente et mesdames et messieurs les membres du Comité permanent de la défense nationale. C'est un véritable privilège d'être ici aujourd'hui avec ma collègue, la lieutenant-colonelle Suzanne Bailey, et d'avoir l'occasion de discuter de la santé mentale dans les Forces armées canadiennes.

Je suis la colonelle Helen Wright, médecin de famille ayant de l'expérience dans la recherche et la médecine du travail, et je suis actuellement directrice de la santé mentale au sein des Services de santé des Forces canadiennes. Mon équipe est responsable de la politique et de l'orientation technique professionnelle pour les services de santé mentale et psychosociaux des FAC.

Aujourd'hui, j'ai le plaisir d'avoir à mes côtés la lieutenant-colonelle Suzanne Bailey. Elle est l'officier supérieur du travail social des Forces armées canadiennes et la chef nationale de la pratique du travail social dans les Services de santé des FC. Au cours de la dernière décennie, elle a également dirigé le programme de formation en santé mentale « En route vers la préparation mentale » (RVPM), supervisant le développement, la prestation et l'évaluation de la formation en santé mentale du personnel des Forces armées canadiennes.

Un Canadien sur cinq souffre d'une maladie mentale au cours de sa vie; certaines estimations sont plus élevées, soit un sur trois. L'impact extraordinaire des maladies et des blessures liées à la santé mentale au Canada se reflète également dans les Forces armées canadiennes. Nos recherches indiquent qu'environ un membre de la Force régulière sur six ou sept souffre d'au moins un trouble de santé mentale nouveau ou persistant au cours d'une année donnée. Les troubles anxieux sont les problèmes de santé mentale les plus fré-

quemment diagnostiqués chez les membres de la Force régulière des FAC, suivis par les troubles dépressifs.

En conséquence, les Forces armées canadiennes encouragent leurs membres à soulever des problèmes de santé et à demander une aide appropriée si nécessaire. Des efforts sont en cours pour éduquer, engager et soutenir nos membres afin de réduire tous les types d'obstacles à la recherche de soins et de réduire davantage la stigmatisation. Les membres des FAC ont accès à un système de santé mentale interdisciplinaire, complet et fondé sur des preuves, qui repose sur la médecine familiale et qui est complété par des services de santé mentale et psychosociaux fournis par des équipes de soins de santé composées de psychiatres, de psychologues, de travailleurs sociaux, d'infirmières en santé mentale, de conseillers en toxicomanie et d'aumôniers, ainsi que par un vaste ensemble de prestataires de soins de santé communautaires qui traitent le personnel militaire dans la communauté civile.

• (1310)

Comme on vient de nous le rappeler, la santé n'est pas seulement une question de soins cliniques, en particulier dans un contexte militaire. La santé est un concept complexe qui comprend un large éventail de facteurs. L'excellence des soins de santé pour nos membres militaires n'est qu'un élément d'un ensemble complet d'efforts du ministère de la Défense nationale en matière de santé et de bien-être.

Dans les Forces armées canadiennes, nous sommes à recherche d'une approche totalement intégrée pour la santé de nos membres tout au long de la vie, qui comprend des activités de promotion et de prévention de la santé et toutes sortes de services, d'activités et de contributions au chapitre des soins de santé d'un certain nombre de groupes différents dans les FAC, comme les aumôniers, les Services de bien-être et moral et le groupe de transition, pour n'en citer que quelques-uns, ainsi que la pleine participation de la chaîne de commandement militaire et de nos dirigeants, des membres de la famille du militaire, comme on vient de le rappeler et, bien sûr, des militaires eux-mêmes.

J'ai fait allusion au vaste ensemble de programmes de soutien, de services et de promotion de la santé, que je n'ai pas le temps de présenter ici, mais la lieutenant-colonelle Bailey et moi-même sommes impatientes de répondre à vos questions concernant la santé mentale dans les Forces armées canadiennes.

La présidente: Merci beaucoup, colonelle Wright.

Madame la lieutenant-colonelle Bailey, s'il vous plaît.

Lieutenant-colonelle Suzanne Bailey (chef nationale, Formation en travail social et en santé mentale, ministère de la Défense nationale) : Merci, madame la présidente. Je n'ai rien d'autre à ajouter à ce que la colonelle Wright vient de dire. Merci.

La présidente: Merci beaucoup, lieutenant-colonelle Bailey.

Nous allons commencer la période de questions avec Mme Galant, s'il vous plaît.

Mme Cheryl Gallant (Renfrew—Nipissing—Pembroke, PCC): Merci, madame la présidente.

Colonelle Wright, à quel moment les membres des FAC sont-ils relevés de leurs fonctions ou empêchés d'utiliser leurs armes dans le cadre de l'entraînement lorsqu'ils font face à des problèmes de santé mentale? Lorsqu'ils ont le sentiment d'avoir un problème et en parlent, de nombreux membres craignent d'être relevés de leurs fonctions ou de ne plus pouvoir utiliser d'armes à feu. Ils craignent que l'on sache qu'ils ont des problèmes de santé mentale à cause de la stigmatisation, évidemment. C'est ce qui en empêche certains de se manifester. Ils ont peur de perdre tout ce qui les rattache à leur vie dans l'armée et à leur emploi.

À quel moment détermine-t-on qu'ils ne peuvent plus faire leur travail ou qu'on doit leur enlever leurs armes?

Col Helen Wright: Merci beaucoup pour cette question, qui porte sur certains des concepts fondamentaux vraiment importants. Il y a d'abord la protection de la vie privée et de la confidentialité qu'il est, nous le savons, essentiel de maintenir pour nos patients, afin de nous assurer de réduire tous les obstacles de ce point de vue. En même temps, nous devons protéger la santé de nos membres, afin d'éviter d'autres blessures ou maladies et de protéger leurs collègues lorsqu'ils ne sont pas en mesure de donner le meilleur d'eux-mêmes dans des circonstances très exigeantes. Un système est en place pour imposer certaines mesures aux membres, mais seulement lorsque c'est nécessaire. Je peux vous assurer que nous ne prenons pas cela à la légère.

Nous savons que même si nous déployons de grands efforts pour que ces mesures, que nous partageons avec la chaîne de commandement du militaire... soient imposées de façon à ne rien révéler sur la santé du militaire, une mesure aussi contraignante que le fait de dire qu'un membre ne peut plus utiliser d'armes ne passera évidemment pas inaperçue. Comme je l'ai mentionné, nous faisons cela pour protéger le membre, pour protéger sa santé, pour protéger ses collègues et, enfin, je suppose, pour veiller à ce que les opérations puissent se poursuivre en toute sécurité.

Je peux vous assurer que cet équilibre est bien compris. Nous essayons toujours de veiller à utiliser ces mesures seulement lorsque c'est nécessaire.

• (1315)

Mme Cheryl Gallant: Lorsqu'un soldat est identifié comme ayant un problème de santé mentale ou une situation familiale qui le rend vulnérable ou prédisposé au suicide, que font les Forces armées canadiennes pour communiquer cela à la chaîne de commandement?

Col Helen Wright: C'est aussi une excellente question. Étant donné que nous avons cette responsabilité extrêmement importante à l'endroit du membre d'assurer la confidentialité et la protection de la vie privée, encore une fois, nous nous trouvons sur la ligne très fine entre veiller à s'occuper du membre — la première priorité est de veiller à ce qu'il se porte bien, ou aussi bien que possible, et à ce qu'il obtienne le soutien dont il a besoin, mais aussi, dans le contexte des opérations, s'assurer que tout le monde est en sécurité et bien soutenu.

Il n'est pas chose courante pour nous de parler d'une personne suicidaire avec une chaîne de commandement. Nous le ferions seulement dans les circonstances les plus extrêmes, parce que nous avons vraiment l'impression que la vie d'une personne, ou d'un collègue de cette personne, est en danger dans l'immédiat. De façon générale, nous parlerions de mesures au chapitre de l'emploi et... [*Difficultés techniques*] pour la gestion de cette personne, mais sans révéler les détails de sa maladie ou de sa blessure.

Mme Cheryl Gallant: Le rapport de 2018 sur la mortalité par suicide dans les Forces armées canadiennes a démontré que le trouble de stress post-traumatique était un facteur dans plus de 33 % des décès. Quelles mesures de soutien et de suivi supplémentaires accorde-t-on aux soldats qui souffrent de TSPT pendant leur service et après leur libération?

Col Helen Wright: Madame la présidente, le soutien pour tous les problèmes de santé mentale — bien que, bien sûr, le trouble de stress post-traumatique soit important pour beaucoup de nos membres... Je ne pense pas que des mesures spéciales soient prévues pour le TSPT en particulier, qui ne seraient pas disponibles pour tous les autres problèmes de santé mentale. C'est là où je veux en venir — nous allons faire tout ce que nous pouvons pour chaque maladie ou traumatisme, mais pour le trouble de stress post-traumatique, nous avons un certain nombre... Je dirais que nos soins en santé mentale reposent sur trois piliers.

Premièrement, nous essayons de comprendre tout ce que nous pouvons au sujet de cette maladie dans notre population. En deuxième lieu, nous éduquons les membres, leurs familles et la collectivité en général pour qu'ils comprennent la maladie et les traumatismes et, enfin, nous prenons soin de la personne.

Dans le cas d'une personne souffrant de trouble de stress post-traumatique, par exemple, nous nous assurons, bien sûr, qu'elle reçoit les bons soins, les meilleurs soins cliniques fondés sur des données probantes que nous puissions lui donner, et nous veillons à lui fournir tout le soutien nécessaire. Nous offrons du soutien par les pairs dans le cadre de programmes comme le Soutien social aux blessures de stress opérationnel, par exemple, un programme bien établi de soutien par les pairs.

Je pense que nos efforts comportent plusieurs facettes, afin que nous puissions faire tout ce que nous pouvons pour comprendre la situation, appuyer le membre concerné et sa communauté, et fournir le dernier élément, à savoir les soins cliniques.

La présidente: Merci beaucoup.

Allez-y, monsieur Robillard.

[*Français*]

M. Yves Robillard (Marc-Aurèle-Fortin, Lib.): Je salue les témoins.

Je vous remercie pour votre présence aujourd'hui.

Vous comprendrez que ce sujet est particulièrement important pour moi, car il me touche au cœur. En effet, mon neveu, membre des Forces armées canadiennes, a fait une tentative de suicide récemment. C'est la raison pour laquelle, bien que tous les sujets que nous traitons ici soient importants, celui-ci me tient particulièrement à cœur.

Pourriez-vous nous parler de l'impact des maladies mentales sur les membres des Forces armées canadiennes, et surtout sur leurs familles?

• (1320)

[*Traduction*]

Col Helen Wright: Madame la présidente, j'aimerais que la lieutenant-colonelle Suzanne Bailey, notre experte en travail social, réponde à cette question et nous explique certaines de ces répercussions sur nos membres.

Lcol Suzanne Bailey: Merci.

Par suite des études épidémiologiques menées par Statistique Canada sur les membres des Forces armées canadiennes en 2002 et 2013, nous savons qu'ils sont touchés par la maladie mentale et les traumatismes mentaux à un taux relativement similaire à celui dans la population générale au Canada, à quelques exceptions près.

Nous savons que les taux de dépression au sein des Forces canadiennes sont constamment plus élevés que ceux dans la population générale depuis au moins 2002, et l'enquête de 2013 a révélé que nos taux de trouble de stress post-traumatique — bien qu'on ne puisse pas les comparer à ceux de la population canadienne en général parce que les instruments d'enquête étaient différents — ont augmenté entre 2002 et 2013, probablement en partie en raison d'une décennie de combat en Afghanistan.

Nous savons que les membres des Forces armées canadiennes sont également touchés par d'autres problèmes de santé mentale, comme le trouble anxieux, le trouble panique et l'alcoolisme. De toute évidence, nous pouvons nous attendre à ce que cela ait un impact, non seulement sur les membres eux-mêmes, mais aussi sur leur famille. Tous les chiffres indiquent qu'environ 16,5 % des membres des Forces armées canadiennes peuvent répondre aux critères d'au moins une maladie mentale, au cours d'une année donnée. Cela a une incidence sur la façon dont ils se perçoivent eux-mêmes, dont ils perçoivent les autres et dont ils interagissent avec leur famille.

Une grande partie de mon rôle au cours des dernières années a consisté, tout d'abord, à veiller à ce que nous ayons des services et du soutien en place pour ceux qui demandent des soins. Nous avons plus de 450 cliniciens en santé mentale dans 31 cliniques différentes. Nous avons 37 cliniques dans l'ensemble du pays, mais 31 d'entre elles offrent des soins spécialisés en santé mentale. Nous pouvons donc compter sur plus de 450 professionnels en santé mentale qui offrent des soins multidisciplinaires fondés sur des données probantes pour appuyer ces membres, et nous offrons aussi...

[Français]

M. Yves Robillard: Je m'excuse de vous interrompre, mais j'ai plusieurs questions à poser et je dispose de très peu de temps.

Quel est le soutien existant pour les familles des Forces armées canadiennes atteintes d'une maladie mentale?

[Traduction]

Lcol Suzanne Bailey: Les Services de santé des Forces canadiennes n'ont pas le mandat direct de fournir des soins médicaux ou de santé mentale aux familles. Cependant, nous pouvons offrir des soins aux familles en soutien au membre.

Les Services de bien-être et moral des Forces canadiennes offrent également un grand nombre de services aux familles. Au cours de la dernière décennie, ils ont créé des services cliniques de travail social qui sont disponibles dans plus de 30 centres de ressources pour les familles des militaires partout au Canada, afin de soutenir celles qui sont touchées par la maladie mentale.

Il y a aussi une ligne d'information pour les familles qui fonctionne 24 heures sur 24, sept jours sur sept, où travaillent des cliniciens en santé mentale bilingues. Le Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes offre également un service téléphonique bilingue 24 heures sur 24, sept jours sur sept, qui s'apparente à de nombreux programmes d'aide aux employés. Des services d'intervention en cas de crise, ainsi que des services d'ai-

guillage, sont également mis à la disposition des militaires et de leur famille dans leur collectivité pour qu'ils obtiennent l'aide et le soutien dont ils ont besoin.

[Français]

M. Yves Robillard: Ces traitements sont-ils encore disponibles lorsque les membres des Forces armées canadiennes retournent à la vie civile?

• (1325)

[Traduction]

Lcol Suzanne Bailey: Une fois que les militaires quittent les Forces canadiennes et deviennent des anciens combattants, leur médecin de famille, le système de soins de santé civil et Anciens Combattants Canada s'occupent d'eux.

Il existe un protocole d'entente entre nos cliniques et les cliniques pour traumatismes liés au stress opérationnel d'Anciens Combattants Canada, afin de fournir des soins à nos membres respectifs dans les régions où ces traitements ne sont pas disponibles. La gestion de cas comporte un processus de transition pour s'assurer qu'un suivi est fait une fois que le membre quitte les Forces armées canadiennes et devient un ancien combattant.

[Français]

M. Yves Robillard: L'accessibilité...

[Traduction]

La présidente: Je suis désolée, monsieur Robillard, mais votre temps est écoulé.

[Français]

Vous avez la parole, monsieur Brunelle-Duceppe.

M. Alexis Brunelle-Duceppe (Lac-Saint-Jean, BQ): Merci, madame la présidente.

Je remercie beaucoup les témoins d'être présents parmi nous aujourd'hui.

Je vous remercie également, colonelle Wright et lieutenant-colonelle Bailey de vos services dans les Forces, et je vous remercie aussi de votre engagement, madame Spinks.

Je vais d'abord poser des questions à la lieutenant-colonelle et à la colonelle.

Une étude datant de 2020, sur les vétérans et les membres actifs des Forces armées, a été publiée dans le *Journal of Military, Veteran and Family Health*. Cette étude soutient que les femmes ont un taux le plus élevé de syndrome de stress posttraumatique et de douleurs chroniques comparé à leurs homologues masculins.

Comment les Forces armées répondent-elles au besoin de soins de santé mentale, spécifique au sexe de leurs membres? Y a-t-il des différences et comment cela est-il fait?

[Traduction]

Col Helen Wright: En effet, nous savons qu'il y a des différences entre la façon dont la maladie mentale se présente chez les femmes et les hommes, exactement comme vous l'avez mentionné dans votre question, mais notre modèle de traitement de nos membres est vraiment un modèle individualisé. Nous adaptons le traitement aux personnes, à leur maladie, à leurs souhaits et même à leur situation familiale et parfois même à leur profession.

Ce n'est pas tant une approche différente pour les hommes, les femmes ou tout autre facteur d'identité que nous observons dans notre population, mais plutôt une approche individuelle à l'égard de ces personnes et l'adaptation du traitement à leurs besoins.

[Français]

M. Alexis Brunelle-Duceppe: Je vous remercie de votre réponse, colonelle Wright.

Il n'y a donc pas vraiment de différence entre les sexes dans le recours aux soins pour des problèmes de santé. C'est vraiment fait de manière individuelle. J'imagine que vous prenez alors en compte le fait que ce soit un homme ou une femme. C'est du moins ce que je comprends.

[Traduction]

Col Helen Wright: Oui, en effet, nous tenons compte de ce genre de facteurs, mais de tous les autres facteurs aussi, il va sans dire. Les personnes ne se limitent pas à leur genre ou à leur sexe, évidemment. C'est ce que j'ai essayé d'illustrer en parlant de l'approche individuelle adoptée pour les patients, qui englobe tous les aspects concernant ces personnes, leur maladie et leur expérience de la maladie.

Nous savons, surtout dans le domaine de la santé mentale, qu'il y a de nombreuses façons de traiter une maladie donnée, et qu'il faut souvent procéder par tâtonnements pour trouver ce qui fonctionne le mieux pour une personne. Il faut tenir compte de la personne dans sa totalité, de façon holistique, ainsi que de l'ensemble de la situation, et traiter la personne du mieux que nous le pouvons, en tenant compte, bien sûr du genre et du sexe.

[Français]

M. Alexis Brunelle-Duceppe: Je vous remercie beaucoup, colonelle.

Je vais maintenant poser une question à Mme Spinks.

En 2016, l'Institut Vanier de la famille a publié « Coup d'œil sur les familles des militaires et des vétérans au Canada ».

Dans ce document, on peut lire que 15 % des familles de militaires qui continuent de résider sur des bases militaires au Canada ont accès à du soutien dans les Centres de ressources pour les familles des militaires. Ces centres offrent des programmes et des services, y compris du soutien en santé mentale.

Les familles de militaires qui ne vivent pas sur ces bases ont-elles accès aux Centres de ressources pour les familles des militaires? Si ce n'est pas le cas, où ces familles peuvent-elles obtenir des services semblables?

[Traduction]

Mme Nora Spinks: Je vous remercie de cette question.

Comme vous l'avez mentionné, il y a maintenant plus de familles qui vivent à l'extérieur des bases qu'à l'intérieur de celles-ci. Il s'agit de la nouvelle réalité au cours des dernières décennies. Aujourd'hui, la grande majorité de nos membres vivent à l'extérieur de la base, et leur conjoint ou partenaire est plus susceptible de faire partie de la population active rémunérée.

Nous constatons dans nos recherches que les familles recherchent souvent des services de santé mentale dans leur collectivité, auprès des médecins de famille ou des programmes communautaires de santé mentale, par exemple. Ils s'adressent aux dirigeants de leurs communautés religieuses. Ils se rendent aux mêmes

endroits où vous et moi sommes susceptibles de chercher des services de santé mentale. Ils ont accès à des services sur la base, mais ils doivent s'y rendre. Il y a des heures d'ouverture, alors s'ils ont un travail rémunéré, ils ont parfois de la difficulté à harmoniser les deux.

L'une des choses que nous avons faites dans le cadre de notre initiative sur la santé des anciens combattants est de vraiment nous concentrer sur les membres de la collectivité qui pourraient servir de premier point de contact. Nous travaillons avec nos partenaires dans tout le pays pour renforcer les connaissances au sujet des militaires, de sorte que si un membre de la famille ou un militaire téléphone à un programme d'aide aux employés, consulte son médecin de famille ou son fournisseur local de soins en santé mentale, ces derniers sont suffisamment informés de la réalité. Ils savent ce qu'est une affectation et quel est le mode de vie d'un militaire, et ils comprennent ce que cela signifie de faire partie d'une famille de militaire ou d'avoir des liens avec un militaire.

Nous essayons d'établir des points de contact, de sorte que lorsqu'un membre de la famille est préoccupé par le fait que le militaire a besoin d'un certain type de soutien, s'il est lui-même un proche aidant ou un membre du cercle de soutien et s'il a besoin d'aide, il pourra y avoir accès au moment et à l'endroit où il en a besoin.

Ce n'est pas un système parfait. Il y a encore beaucoup d'éducation et de sensibilisation à faire, mais nous avons réussi à rejoindre tous les médecins de famille du pays. Nous avons été en mesure d'établir un contact avec des éducateurs de la petite enfance, des pédiatres et divers professionnels qui, espérons-le, s'ils sont le premier ou l'un des premiers points de contact, pourront fournir à une famille les soins dont elle a besoin et lui permettre d'obtenir rapidement ces soins. Il y a donc moins de risques que la situation dégénère en crise.

• (1330)

[Français]

La présidente: Merci beaucoup.

[Traduction]

Nous allons maintenant passer à Mme Blaney, s'il vous plaît.

Mme Rachel Blaney (North Island—Powell River, NPD): Merci, madame la présidente.

Je tiens à remercier tous les témoins qui sont ici aujourd'hui pour leurs importants témoignages. Je remercie tout particulièrement la colonelle Wright et la lieutenant-colonelle Bailey de leurs services. Je suis vraiment très heureuse que vous soyez parmi nous aujourd'hui.

Comme nous le savons tous, les problèmes de santé mentale sont très stigmatisés au Canada. Je crois toutefois que les préjugés à l'égard des militaires et des autres personnes qui font un travail de première ligne très stressant sont encore plus grands, parce que tout le monde les considère comme les plus forts lorsque survient une crise.

Nous perdons encore, en moyenne, plus d'un membre actif par mois qui se suicide. Je crois également comprendre que les estimations sont jusqu'à 10 fois plus élevées pour les membres qui font une tentative de suicide. Je pense que notre étude est très importante, parce que nous devons nous assurer que chaque mesure que nous prenons sert à appuyer nos militaires pour que leur santé mentale et physique soit la meilleure possible.

Encore une fois, je tiens à vous remercier toutes les deux de vos services et du travail que vous faites dans ce dossier important.

La notion de la mutilation me préoccupe. Dans la Loi sur la défense nationale, il y a l'alinéa 98c), qui parle de la mutilation dans le dessein de se rendre inapte au service. J'espère que ce n'est pas le message que nous voulons envoyer à nos militaires.

Je me demande simplement si vous avez des préoccupations au sujet de ce genre de dispositions dans la Loi sur la défense nationale, alors que nous cherchons à ouvrir les portes et à éliminer la stigmatisation des personnes qui envisagent de se blesser volontairement.

Colonelle Wright, j'aimerais commencer par vous.

Col Helen Wright: Ce que je peux vous dire ici, c'est que je n'ai jamais entendu un patient ou un fournisseur de soins de santé dans notre système exprimer des préoccupations au sujet de l'alinéa 98c) ou de dispositions semblables.

Jamais dans mon expérience et dans les équipes avec lesquelles je travaille, de même que de la part des patients avec qui j'ai travaillé, je n'ai entendu ce message. Comme vous l'avez souligné dans votre question, nous déployons beaucoup d'efforts, et cela devra se poursuivre pour continuer à réduire les obstacles, mais celui-là n'en est pas un, d'après ce que j'entends.

• (1335)

Mme Rachel Blaney: Merci d'avoir répondu à ma question. J'ai encore des préoccupations. Je pense que le discours est vraiment important et qu'il y a des choses que l'on ne voit pas, même si elles sont sous nos yeux. Une mère est venue témoigner dans le cadre d'une autre étude que nous avons menée, et c'est ce qui l'inquiétait après la perte de son fils. Nous devons nous assurer que le discours soit limpide.

Je me demande simplement quel est l'état actuel des ressources en santé mentale dans les Forces armées canadiennes. Nous avons entendu que les listes d'attente sont parfois longues. Maintenant, avec la COVID, nous savons que la demande ne peut qu'augmenter. Il n'y a pas si longtemps, nous avons entendu le témoignage de militaires qui sont allés aider dans les centres de soins de longue durée et qui ont été plongés dans la crise, et nous avons vu à quel point c'était stressant pour eux.

Je me demande si vous pourriez nous parler un peu des ressources et nous dire s'il y a des besoins supplémentaires en raison de la COVID, et si vous avez des recommandations à nous faire.

Col Helen Wright: Il est difficile pour moi de décrire nos mesures de soutien parce qu'il y en a beaucoup et que le présent cadre ne permet pas de les expliquer toutes. Je vais peut-être répondre à une partie de votre question, du moins en ce qui concerne les préoccupations au sujet de la COVID-19, de l'augmentation possible des demandes et de la façon dont nous gérons cela.

Au départ, avec la COVID-19, notre demande a diminué dans les faits, et il semble que c'était la même chose partout. Certains de nos collègues civils ont fait la même constatation. Certains de nos partenaires militaires ont fait état de la même situation. Il était un peu difficile de comprendre exactement pourquoi cela se produisait, mais nous étions tous, y compris les patients, je crois, en train de nous réajuster en fonction de cette nouvelle réalité soudaine.

Nous avons mis des choses en place, comme les soins virtuels. Il était déjà question de soins virtuels avant la COVID-19, mais il ne

fait aucun doute que les circonstances et le contexte de la pandémie nous ont vraiment fait avancer dans ce domaine. C'est un exemple des efforts que nous faisons pour vraiment nous assurer que les soins en santé mentale, ainsi que le soutien psychosocial, sont aussi accessibles que possible, même dans ce nouveau contexte. La démarche est vraiment aussi simple que de prendre le téléphone et d'avoir une interaction en santé mentale avec votre fournisseur de soins.

Fait intéressant, je pense que les obstacles sont différents selon qui vous êtes et quelle est votre situation, parce que maintenant, si vous avez une interaction en santé mentale à partir de chez vous, et qu'il y a peut-être d'autres personnes qui vivent avec vous, il peut être difficile de trouver un endroit vraiment privé pour faire un appel téléphonique ou avoir une conversation sur Zoom ou quelque chose du genre.

Il est intéressant de noter que, même si je pense que, dans l'ensemble, des services comme la télésanté et les soins virtuels en réponse à la COVID-19, et le fait de nous assurer de répondre à ces besoins aident la plupart de nos clients, ils n'aident peut-être pas tout le monde. C'est la raison pour laquelle nous offrons toujours un soutien en personne qui correspond beaucoup plus au modèle d'avant la COVID-19.

Mme Rachel Blaney: Merci.

Il ne me reste que huit secondes, alors je vais m'arrêter ici.

Merci, madame la présidente.

Col Helen Wright: Désolée.

Mme Rachel Blaney: Non, ça va. Merci de votre réponse.

La présidente: Merci beaucoup.

Monsieur Dowdall, vous avez la parole.

M. Terry Dowdall (Simcoe—Grey, PCC): Merci, madame la présidente.

Je remercie les témoins de leurs exposés et de leur service.

Ma première question s'adresse à la colonelle Wright.

Comme nous le savons, en 2017, nous étions extrêmement satisfaits d'avoir une stratégie conjointe de prévention du suicide. Nous avons des chiffres. En 2018, il y a eu 15 décès; en 2019, il y en a eu 20. La base de Borden se trouve dans la circonscription que je représente. Je peux vous dire, selon mon expérience, que tous ces suicides touchent certainement la grande famille militaire ici sur la base, mais ont aussi des répercussions à l'extérieur de la base, parce que ces personnes sont souvent présentes dans les hôpitaux locaux également. C'est une période très bouleversante pour nous.

Je me demande si vous avez des chiffres pour cette année — nous sommes aujourd'hui le 4 décembre —, afin de voir si nous faisons des progrès.

Col Helen Wright: Madame la présidente, c'est vraiment une excellente question, parce que cela me permet de parler d'une chose que je trouve extrêmement importante.

Tout d'abord, j'ai bien peur de ne pas pouvoir vous communiquer les chiffres pour 2020 aujourd'hui. Ils seront certainement rendus publics à la fin de l'année.

Nous avons délibérément retardé la divulgation de certains de ces renseignements en raison de certaines préoccupations liées à la protection de la vie privée, auxquelles nous avons déjà fait allusion dans nos réponses à d'autres questions. Notre population est très petite, et même si chaque suicide a évidemment une incidence énorme sur la famille, les amis et les collègues, au bout du compte, les chiffres sont assez faibles. On devrait donc s'attendre à une variation d'une année à l'autre en ce qui concerne le nombre de suicides dans notre petite population.

Pour moi, il ne s'agit pas du nombre de suicides chaque année. Ce n'est pas, à mon avis, la façon dont nous devrions déterminer si nos efforts de prévention fonctionnent, parce que nous nous attendons à ce qu'il y ait des fluctuations, alors nous n'avons pas besoin de chiffres à tout prix. Même si je vous disais aujourd'hui que les chiffres pour 2020 étaient bien meilleurs ou bien pires que ceux d'une autre année, nous continuerions de faire tout en notre pouvoir pour prévenir tous les suicides possibles, tout en reconnaissant que nous ne pouvons pas prévenir ou prédire chaque suicide. Pour moi, il est important que...

M. Terry Dowdall: Je conviens que...

Col Helen Wright: Allez-y.

• (1340)

M. Terry Dowdall: J'allais simplement dire que je suis d'accord avec vous lorsque vous dites que les chiffres vont fluctuer d'une année à l'autre, mais si je vous pose la question, c'est en partie parce que vous voulez, je l'espère, progresser d'une façon ou d'une autre, et cela m'amène à ma prochaine question. J'ai bien fait mes recherches, car c'est un sujet qui me tient à cœur.

Depuis la publication de l'étude, 160 mesures nouvelles ou existantes étaient censées être appliquées, et je ne sais pas combien de ces 160 mesures l'ont été, mais l'une d'entre elles m'a vraiment touché, lorsque la question a été abordée. Je pense en effet que c'est la plus importante lorsque les gens traversent les périodes les plus sombres. L'une des recommandations suggérait d'avoir une ligne de soutien en cas de crise 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, que ce soit par téléphone, par texto ou par clavardage. J'ai été très touché lorsqu'un autre député, le député de Cariboo—Prince George, a proposé un numéro simple, le 988, pour que dans ces moments-là, peu importe ce qui se passe, les gens aient quelqu'un à qui parler.

Je m'interroge à ce sujet. Avons-nous mis en place une ligne 24 heures sur 24, 7 jours sur 7? Ou existe-t-il quelque chose d'autre à l'heure actuelle au sein des forces armées? Je pense que, pour notre gouvernement, à l'approche de Noël, c'est le moment plus que jamais de tendre la main et de nous assurer que du soutien est disponible. Plus simplement, ma question est la suivante. Premièrement, avons-nous donné suite à cette recommandation et, sinon, deuxièmement, croyez-vous que c'est probablement une bonne idée et que cela permettrait de sauver des vies?

Col Helen Wright: Je pense que vous avez tout à fait raison au sujet de l'importance pour les gens d'avoir une ressource vers laquelle se tourner lorsque les choses ne vont pas bien pour eux, en plus de la gamme de services que nous avons, comme je l'ai mentionné à maintes reprises — mais, bien sûr, ils ne sont pas tous adaptés à chacun.

Toutefois, en ce qui concerne votre question précise sur une ligne d'aide, comme la lieutenant-colonelle Bailey l'a mentionné, nous avons déjà une ligne bilingue et entièrement confidentielle au sein du PAMFC, le Programme d'aide aux membres des Forces cana-

diennes, et cela comprend un service de type ligne d'écoute téléphonique. Il y a aussi la famille...

M. Terry Dowdall: Il y a donc quelqu'un en ligne 24 heures sur 24 et tous les militaires ont facilement accès à ce numéro?

Col Helen Wright: Oui, monsieur. C'est un service 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, bilingue en tout temps, et oui, c'est un numéro que nous diffusons aussi largement que possible. Les militaires et leur famille peuvent l'utiliser. Il y a aussi une ligne d'information pour les familles, qui est disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et qui comprend une ligne d'écoute téléphonique, ainsi que d'autres composantes. Ce n'est pas à proprement parler une ligne de crise, mais c'est l'un des services qui sont offerts.

La présidente: Merci beaucoup.

M. Terry Dowdall: Merci. Parmi les 160 recommandations...

La présidente: Je suis désolée. Je vais devoir demander à M. Spengemann de prendre la parole.

M. Sven Spengemann (Mississauga—Lakeshore, Lib.): Merci beaucoup.

Colonelle Wright et lieutenant-colonelle Bailey, je vous remercie d'être parmi nous. Merci de votre service. Par votre entremise, j'aimerais également remercier les femmes et les hommes qui servent sous votre commandement.

C'est un plaisir de vous accueillir, madame Spinks, et je vous remercie du travail important que vous faites.

Madame la présidente, j'ai servi dans une zone de guerre et de conflit pendant un peu moins de sept ans en tant que représentant civil de l'ONU en poste à Bagdad. Vers la fin de cette période, dans un laps de temps assez court, notre équipe a perdu deux collègues qui se sont suicidés. L'un d'eux était un officier des forces armées américaines en service qui était affecté à la mission des Nations unies à titre d'officier de liaison avec les forces de la coalition, et l'autre était un officier civil de sécurité et de protection de l'ONU qui était régulièrement exposé à des situations potentiellement hostiles dans le Grand Bagdad.

Ma question porte sur l'accès. Nous avons entendu beaucoup de témoignages au sujet des programmes en place, du financement qui les appuie et de l'importance de ces programmes. Selon votre évaluation, y a-t-il encore des obstacles à l'accès qui vont au-delà ou qui sont différents de la stigmatisation elle-même et qui sont simplement fonction du fait que la personne en question a subi un traumatisme qui pourrait lui enlever la motivation de demander de l'aide?

À mon avis, l'accès est encore très axé sur la demande. Il y a un dépistage obligatoire très strict à l'entrée dans les Forces canadiennes, y compris un dépistage psychologique. L'accès est-il trop considéré dans l'optique de la demande? Devrait-on mettre davantage l'accent, d'une façon rationnelle et raisonnable, sur le fait d'imposer davantage les programmes aux personnes ayant subi un traumatisme?

• (1345)

Col Helen Wright: Madame la présidente, je pense qu'un certain nombre d'excellents points ont été soulevés dans cette question. Premièrement, vous avez laissé entendre qu'il y a encore des obstacles aux soins qui sont peut-être différents de celui qui semble souvent arriver en tête de liste, soit la stigmatisation. Il ne fait aucun doute que notre système n'est pas parfait. Il y a encore des obstacles aux soins. Je pense que vous avez raison. La démarche est encore en grande partie axée sur la présentation d'une demande et elle dépend encore de la reconnaissance par le membre qu'il a besoin d'aide.

Toutefois, nous essayons de lutter contre ce problème en sensibilisant nos membres, afin qu'ils sachent quand ils ont besoin d'aide. C'est extrêmement important.

Je vais donc laisser la lieutenant-colonelle Bailey répondre à cette question, car je crois que l'éducation qu'elle et son équipe font est vraiment essentielle à cet égard.

Lcol Suzanne Bailey: La stigmatisation, comme d'autres obstacles aux soins, revêt beaucoup d'intérêt en ceci qu'on pense souvent qu'elle est le principal obstacle pour les personnes qui cherchent à obtenir des soins de santé mentale, alors qu'en fait, comme le montrent de nombreuses études faites depuis une vingtaine d'années, non seulement dans les Forces canadiennes, mais dans d'autres groupes, le principal obstacle, c'est que la personne qui devrait y recourir n'en perçoit pas le besoin. C'est l'une des raisons pour lesquelles nous avons mis sur pied le programme En route vers la préparation mentale, qui comporte le modèle du continuum de la santé mentale en quatre couleurs, afin d'accroître la littératie en santé mentale et, espérons-le, de favoriser une détection plus hâtive des signes de détresse et un accès plus rapide aux soins.

Nous savons qu'il existe d'autres obstacles aux soins. Certains d'entre eux sont liés à la stigmatisation: les gens s'inquiètent de ce que d'autres pourraient penser d'eux, de la perception qu'en auraient leurs chefs, de la façon dont d'autres pourraient les traiter. Dans l'ensemble, les données concernant ces obstacles liés à la stigmatisation sont assez encourageantes. Ce qui est intéressant, c'est qu'une fois que les gens sont touchés par une maladie mentale ou une atteinte à leur santé mentale, leur perception de ces obstacles tend à être beaucoup plus aigüe et les obstacles prennent alors une importance nouvelle.

Certains des obstacles sont plutôt de nature structurelle, les gens ayant l'impression de ne pas avoir le temps ou de ne pas savoir où obtenir de l'aide. Dans nos programmes d'éducation, nous prévoyons beaucoup de temps pour discuter de la façon de surmonter ou de remettre en question certains de ces obstacles particuliers aux soins.

L'autre aspect, ce sont les attitudes négatives à l'égard des soins eux-mêmes, dont nous parlons aussi assez longuement dans notre programme d'éducation, précisément dans le but de faire comprendre que le traitement en santé mentale est efficace et fondé sur des données solides et de faire savoir en quoi il pourrait consister.

M. Sven Spengemann: Lieutenant-colonelle Bailey, merci beaucoup.

Si vous me permettez d'utiliser les 30 secondes qui me restent pour aborder une question qui pourra peut-être être approfondie dans le peu de temps qui nous reste. Dans le cas des membres des Forces canadiennes qui ont servi, directement ou indirectement, dans une situation de combat, est-ce que nous nous rapprochons de

la reconnaissance d'une présomption d'éventuelle blessure, ou en sommes-nous encore très loin?

Col Helen Wright: Madame la présidente, nous ne présumons pas qu'il y a blessure parce que, à mon avis, les expériences sont encore trop diverses pour s'y hasarder. J'avoue franchement que je n'ai pas étudié la littérature sur cette question. Je sais que nous manquons de temps, et je dirai simplement que nous faisons du dépistage. Je pense que ce qui est important, c'est que nous avons un programme de dépistage pour tâcher de repérer les gens qui, à leur retour d'une mission éprouvante, sont troublés sans en être encore conscients, et pour essayer de hâter leur retour au service.

M. Sven Spengemann: Merci beaucoup, madame la présidente.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons passer à M. Brunelle-Duceppe, s'il vous plaît.

[Français]

M. Alexis Brunelle-Duceppe: Je vous remercie, madame la présidente.

Les Forces armées canadiennes et Anciens Combattants Canada ont publié leur Stratégie conjointe de prévention du suicide en 2017. Selon le ministère de la Défense nationale, il y a eu 15 suicides parmi les membres des Forces armées canadiennes en 2018, et ce nombre est passé à 20 en 2019.

Selon vous, quelle a été l'efficacité de la stratégie commune et comment cette efficacité peut-elle être mesurée?

• (1350)

[Traduction]

Col Helen Wright: Comme je l'ai déjà mentionné, je pense que l'une des façons de ne pas mesurer l'efficacité est d'examiner la fluctuation annuelle des chiffres. Je pense que nous pourrions peut-être constater des tendances sur de nombreuses années, mais certainement pas d'une année à l'autre.

Quant à la stratégie de prévention du suicide dont vous avez parlé pour les Forces armées canadiennes, elle a été transformée en plan d'action pour la prévention du suicide. Elle comportait 95 mesures de suivi différentes. Pour revenir à votre question sur la façon dont nous mesurons les progrès réalisés dans le cadre du plan d'action pour la prévention du suicide, nous exerçons un suivi très serré de la situation. Par exemple, nous produisons un rapport trimestriel pour les différentes mesures de suivi. Pour ce qui est de la façon de mesurer chacun de ces éléments, vous pouvez imaginer la grande diversité de choses qu'englobent ces 95 éléments. Certains d'entre eux, comme le programme En route vers la préparation mentale, pourraient être évalués d'après le nombre de programmes que nous avons adaptés aux circonstances et aux professions ou le nombre de personnes qui ont été formées. Dans un autre cas, il s'agissait de rédiger un guide à l'intention des cliniciens pour prévenir le suicide, et notre suivi consistait à vérifier s'il était achevé, ce qui s'est avéré être le cas.

Je pense que le suivi que nous exerçons dépend de la nature des mesures à prendre. De façon générale, je dirais que la constatation d'une certaine amélioration découle des renseignements que nous recevons des membres des FAC, à l'aide d'enquêtes et d'autres moyens, sur leur capacité de reconnaître quand ils ont besoin d'aide et sur les moyens qu'ils prendraient pour s'aider eux-mêmes ou aider une autre personne. Je pense que cela repose sur des concepts généraux de ce genre. C'est ainsi que nous savons que notre plan d'action donne des résultats.

[Français]

La présidente: Merci beaucoup.

[Traduction]

Madame Blaney, allez-y s'il vous plaît.

Mme Rachel Blaney: Merci, madame la présidente.

Madame Spinks, je sais que les problèmes de santé mentale qui ne sont pas traités ont d'énormes répercussions sur les familles. Nous avons entendu dire que certains organismes qui œuvrent auprès de nos familles de militaires ont vraiment de la difficulté à gérer cela. J'entends aussi des histoires de proches, de membres de la famille, qui remarquent qu'un militaire est troublé. Je trouve cela intéressant puisque, comme la lieutenant-colonelle Bailey l'a dit plus tôt, dans bien des cas, la difficulté vient de ce que la personne concernée ne sait pas qu'elle a besoin d'aide.

Je me demande si vous pouvez nous dire ce que vous comprenez des répercussions sur la famille d'une personne qui a un problème de santé mentale et qui ne le reconnaît pas et ce que les familles font pour tenter de la soutenir.

Mme Nora Spinks: Il s'agit d'un champ d'enquête très important, car les membres de la famille sont souvent les premiers à voir que quelque chose ne va pas. Ils le constateront bien avant la personne en question, dont l'auto-évaluation ou la conscience de soi est tardive. Ils commenceront à voir des petites choses qui ne semblent tout simplement pas normales et peut-être y aller de remarques du genre: « Je trouve que tu es pas mal impatient ces jours-ci » et commencer ainsi à l'aider à s'autoévaluer. C'est une compétence qui peut s'acquérir. Nous pouvons apprendre aux familles à agir, à observer, à interagir, à intervenir et à apporter une partie de ce soutien qui favorisera les démarches de recherche d'aide. Sinon, il faudra faire ces démarches à sa place.

Le problème, c'est que, souvent, sans cette formation ou ce soutien, la tension apparaît dans le ménage et la famille éclate. Nous devons prêter attention aux aidants naturels et aux personnes qui font partie du cercle de soutien. C'est la raison pour laquelle je disais tout à l'heure qu'il ne faut pas réduire la famille uniquement au conjoint, puisque le conjoint est souvent le premier à se rendre compte de la situation et le premier à partir. Il reste alors le deuxième cercle de soutien, celui des parents. Souvent, ce sont eux qui tenteront d'aider cette personne à entreprendre des démarches de recherche d'aide. Mais ils ne sont peut-être pas au courant du numéro 1-800 et des lignes d'assistance et vont donc se lancer dans des recherches sur Google. Ils commencent à paniquer parce qu'ils sont mal informés au départ.

Lorsque nous considérons la situation dans une optique familiale et reconnaissons que la famille est un élément clé de l'équipe de soins de santé pour ce qui est de déterminer ce qu'il faut faire, décider quand les choses vont trop loin et amorcer le processus de dépistage et d'intervention rapides, nous nous trouvons à renforcer tout le cercle de soutien. Cela fait une différence.

La culture organisationnelle, pour peu qu'elle reconnaisse que les familles sont un outil et non un fardeau ou une charge, contribuera grandement à la valeur et au succès des programmes et des services offerts. Les programmes offerts aux membres des Forces canadiennes et à leurs familles sont extraordinaires. Ils sont bien conçus, fondés sur de solides données, et les gens qui assurent ces services le font avec les meilleures intentions du monde.

Les familles ne sont pas toujours au courant de ce qui est disponible — surtout si le conjoint est absent ou n'est pas disponible — et elles ne savent pas qu'elles peuvent accéder à ces programmes ou en tirer pleinement parti.

• (1355)

La présidente: Monsieur Benzen, vous avez la parole.

M. Bob Benzen (Calgary Heritage, PCC): Merci, madame la présidente, et merci à tous les témoins de leur présence aujourd'hui et de leurs précieux témoignages.

Colonelle Wright, nous avons entendu des témoignages et nous savons que dans le passé, lorsqu'un membre des FAC se suicidait, la famille avait beaucoup de difficulté à obtenir de l'information des FAC. Dans certains cas, il fallait des années pour connaître les détails de ce qui s'était passé.

Pouvez-vous nous parler un peu de ce que les FAC peuvent faire pour éliminer certains de ces obstacles et raccourcir les délais, afin que les proches... D'une certaine façon, ils souffrent aussi de problèmes de santé mentale du fait de ne pas pouvoir obtenir cette information. Nous ne faisons qu'aggraver le problème. Comment pourrait-on les aider à obtenir plus d'information?

Col Helen Wright: Madame la présidente, encore une fois, d'excellents points viennent d'être soulevés.

Je pense que l'armée a fait beaucoup de chemin en reconnaissant qu'il s'agit d'un élément important de ce que nous faisons quand nous enquêtons sur un suicide ou quand nous tentons de soutenir, par exemple, les collègues ou les équipes qui faisaient partie du cercle de la personne suicidée. Il est important de ne pas oublier que la famille est aussi un groupe de base qui a aussi besoin de soutien.

J'estime que nous avons fait beaucoup de chemin. Je sais que, dans le cadre de nos efforts, l'une des tâches qui revient à mon groupe, c'est l'enquête médicale, pour parler ainsi, sur les décès par suicide. Pour la mener à bien, nous invitons la famille, pas seulement le conjoint, mais aussi les parents et d'autres membres de la famille, à participer au processus d'enquête pour faire en sorte qu'ils soient au courant de ce que nous savons.

Bien entendu, je parle de l'enquête médicale, mais je sais que des efforts semblables sont déployés dans le cas de commissions d'enquête pour transmettre l'information à mesure que nous en apprenons davantage sur l'événement et les circonstances l'entourant. Mais je vous mets en garde contre le fait qu'il y a souvent des intérêts divergents dans les cas où nous devons nous assurer de respecter la confidentialité de la personne suicidée, si bien qu'il arrive parfois que nous avons les mains liées à cause de papiers qu'elle a laissés, mais qui sont le meilleur moyen de connaître ses intentions. Si la personne suicidée a déclaré dans ses papiers que telle ou telle personne est son plus proche parent, nous sommes alors obligés de travailler avec cette personne, qui n'est peut-être pas nécessairement celle qui croit avoir droit à l'information.

Je sais que nous avons encore des défis à relever à cet égard, mais, comme vous pouvez le constater, c'est avec les meilleures intentions que nous veillons à faire ce que la personne suicidée aurait voulu, d'après les renseignements dont nous disposons. Je suis fort consciente que cela peut être très difficile et pénible pour d'autres membres de la famille.

• (1400)

M. Bob Benzen: Merci.

L'ombudsman des Forces canadiennes a recommandé que les familles rencontrent le commandant du militaire suicidé pour discuter des événements qui ont mené au suicide. Est-ce que cela se produit régulièrement maintenant? Cette recommandation a-t-elle été mise en œuvre?

Col Helen Wright: Madame la présidente, je crains de n'avoir aucune information à ce sujet et je ne peux donc pas me prononcer là-dessus. J'imagine que cela se produit dans la plupart des cas, mais je ne peux vraiment pas en parler.

M. Bob Benzen: Merci.

Dans le programme En route vers la préparation mentale, il y avait 15 objectifs, dont l'un qui portait sur la contagion du suicide et la nécessité de réduire ce phénomène au minimum, ainsi que sur la communication qui l'entoure afin d'en permettre une bonne gestion.

Pourriez-vous nous parler un peu de la contagion du suicide et de ce que la hiérarchie fait pour éviter que cela se produise?

Col Helen Wright: Madame la présidente, voilà une autre question très importante.

Nous sommes déchirés entre, d'une part, notre disposition à admettre que, dans bien des cas, le suicide d'un militaire s'explique en partie par ce qu'il a vécu dans les Forces canadiennes et, d'autre part, notre volonté d'exprimer, cela va de soi, notre reconnaissance à cette personne pour sa contribution.

Cependant, nous savons — cela provient surtout d'études sur la population civile, mais aussi de certaines études sur les militaires aux États-Unis — que ce phénomène de contagion existe. En effet, la publicité entourant un suicide qui semble glorifier le suicidé ou donner l'impression qu'il a fait un bon choix, soit pour lui-même ou sa réputation, soit peut-être pour sa famille, peut effectivement inciter des gens à opter pour le suicide, plutôt qu'à chercher du soutien et de l'aide pour sortir de leur détresse et venir à bout de leurs autres épreuves, ce que, bien sûr, nous préférons les voir faire.

Il est difficile de trouver un juste équilibre entre exprimer la reconnaissance due à une personne suicidée, pour sa contribution à l'armée et ses efforts, et éviter que le suicide fasse figure d'option attrayante pour d'autres personnes en détresse parce que, comme je l'ai dit, nous voulons qu'elles choisissent une autre solution. Mais on sait que cela peut arriver, et qu'il s'agit d'un phénomène bien réel qu'il faut endiguer.

M. Bob Benzen: Excellent. Merci.

La présidente: Merci beaucoup.

[Français]

Monsieur Robillard, vous avez la parole.

M. Yves Robillard: Colonelle Wright, quelles sont les conditions en matière de santé mentale requises afin qu'un membre des Forces armées canadiennes soit déployé en mission?

[Traduction]

Col Helen Wright: Madame la présidente, la question est intéressante. Je vais laisser la lieutenant-colonelle Bailey vous parler de son expérience de la préparation au départ en mission, ainsi que de la formation en santé mentale pendant et après la mission.

Lcol Suzanne Bailey: Avant tout départ en mission, les militaires subissent deux types de dépistage préalable. Il y a d'abord le dépistage psychosocial. On les encourage à inclure leur famille. L'objectif est de voir s'il y a des facteurs personnels ou familiaux

qui pourraient nuire à leur capacité de mener à bien leur mission. Il s'agit d'un dépistage relativement normalisé de 30 minutes. Nous voulons nous assurer de ne pas exposer les militaires à des risques supplémentaires en les affectant à des missions particulières. Ils subissent également un examen médical dans un but semblable, administré par leur fournisseur de soins primaires pour vérifier s'il n'y a pas de problèmes de santé sous-jacents qui pourraient être aggravés par leur participation à la mission.

Avant le départ en mission, nous offrons également, dans le cadre du programme En route vers la préparation mentale, une formation adaptée à la mission et à l'environnement dans lequel les militaires seront envoyés, pour nous assurer qu'ils sont au courant des ressources à leur disposition et qu'ils sont en mesure de reconnaître les premiers signes indicateurs de détresse. Nous y consacrons un certain temps pour nous assurer qu'ils peuvent utiliser certaines des compétences et certains des outils de leur formation pour répondre aux exigences particulières de la mission.

[Français]

M. Yves Robillard: Les conditions nécessaires pour être déployé une seconde fois sont-elles les mêmes?

[Traduction]

Lcol Suzanne Bailey: Chaque déploiement est évalué avant le début de la mission, de sorte que les conditions peuvent varier grandement selon qu'il s'agit d'une mission de combat, d'une mission d'aide humanitaire, d'une mission de maintien de la paix ou parfois même d'une mission de formation.

Un certain nombre de différentes évaluations sont faites pour s'assurer que tous les intervenants concernés connaissent les conditions de la mission et que toute la formation et la préparation des participants à la mission soient adaptées à l'environnement particulier dans lequel ils se rendront.

● (1405)

[Français]

M. Yves Robillard: Pouvez-vous nous parler des traitements à la suite du diagnostic d'une blessure de stress opérationnel, ou BSO?

[Traduction]

Col Helen Wright: Madame la présidente, à cette tribune et vu les contraintes de temps que nous avons, je vais simplement rappeler que nos traitements sont, bien entendu, fondés sur de solides données. Nous tâchons de rester à la fine pointe des principes directeurs de la gestion des différents problèmes de santé mentale, y compris les troubles liés au stress opérationnel.

Toutefois, en définitive, tout traitement sera personnalisé ou adapté, si vous voulez, au patient, aux expériences du patient et aux types de techniques qui semblent donner des résultats dans son cas. Il n'y a pas qu'une seule recette qui fonctionne pour tout le monde. C'est l'un de nos défis en matière de santé mentale en particulier: trouver la bonne combinaison, celle qui donne de bons résultats chez le patient en question.

[Français]

M. Yves Robillard: Ma prochaine question va s'adresser à Mme Spinks.

Vous êtes présidente-directrice générale de l'Institut Vanier de la famille. Selon vous, comment la pandémie a-t-elle influencé la vie des familles canadiennes, plus particulièrement les familles du personnel des Forces armées canadiennes et celles des premiers répondants?

[Traduction]

Mme Nora Spinks: C'est une question très importante et très vaste.

Madame la présidente, nous faisons des sondages auprès des familles semaine après semaine depuis mars. Les répercussions de la pandémie de la COVID sur les familles et la vie familiale ont été assez dramatiques, mais pas toutes tragiques. Beaucoup de familles s'en tirent très bien.

Cela nous amène à un certain nombre d'observations. La première, c'est que tous les systèmes dans nos collectivités et notre société — le système de soins de santé, le système de justice, le système de protection de l'enfance, etc., y compris le système familial — ont vu leurs forces s'accroître, s'amplifier et s'intensifier pendant la pandémie, mais leurs faiblesses aussi.

Les familles en difficulté éprouvent probablement plus de difficultés qu'avant. Celles qui s'en sortaient bien s'en tirent probablement encore bien. Quant à celles qui se trouvent entre deux, bon nombre sont encore en train de s'adapter, de s'ajuster, de trouver des façons de se soutenir les unes les autres et de travailler ensemble. Les milieux de travail partout au pays — et les militaires ici ne font pas exception — ont dû s'adapter et modifier la façon, l'endroit et le moment où le travail est effectué. La grande question ici est de savoir dans quelle mesure la perturbation touche un ménage.

Plus la perturbation est grande, plus il est probable que les membres de la famille auront l'impression d'avoir perdu leur capacité d'agir, leur sens de contrôle et d'autonomie. Lorsque les familles perdent cela, le niveau de stress augmente souvent.

Pour ce qui est des répercussions de la pandémie de la COVID, il s'agit en fait de tout ce qui existait avant la pandémie, et plus encore. Nous devons surveiller la situation des familles, d'un mois à l'autre jusque dans la prochaine année, et tirer des leçons de chacune de ces expériences.

Nous continuerons de le faire avec toutes les familles du Canada, y compris les familles de militaires et d'anciens combattants. Nous avons une enquête en cours qui porte sur la façon dont les familles d'anciens combattants composent avec la situation et s'y adaptent. Nous serions heureux de communiquer les résultats de cette enquête au Comité, ainsi qu'à celui des anciens combattants.

[Français]

M. Yves Robillard: Je vais laisser aux autres membres du Comité le temps de poser leurs questions.

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup.

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

M. James Bezan (Selkirk—Interlake—Eastman, PCC): Merci, madame la présidente. Je m'attendais à ce qu'un porte-parole du NPD ou du Bloc prenne la parole avant moi.

Je tiens à remercier nos témoins de s'être déplacés. Je crois que le service que vous offrez à nos militaires, ainsi qu'à leurs familles, est

sans égal. Je sais que nous essayons toujours de faire mieux, mais compte tenu de l'imprévisibilité du suicide, ce sera toujours un défi.

Colonelle Wright, mon collègue, M. Dowdall, a demandé les données sur le nombre de suicides en 2020. Nous allons publier un rapport au début de la nouvelle année sur la prévention du suicide dans les Forces armées canadiennes.

Pourriez-vous nous fournir ces chiffres le plus rapidement possible pour que nous puissions les inclure dans notre rapport, qui sera publié en février? Nous avons besoin d'obtenir ces données dès que vous les aurez. Nous espérons les recevoir dans les quelques premiers jours de janvier.

• (1410)

Col Helen Wright: Madame la présidente, bien sûr, l'information sera rendue publique, mais je ne peux pas vous dire quand au juste. Il y a d'autres facteurs liés aux affaires publiques qui influencent le choix du moment où ces données sont publiées.

Je comprends tout à fait que vous veuillez savoir, mais je profite de l'occasion pour répéter que, comme les chiffres fluctuent d'une année à l'autre, ce n'est pas forcément la bonne façon d'évaluer notre système.

M. James Bezan: Je comprends, mais nous avons déjà les données des années précédentes. Bien des gens veulent examiner les chiffres et leur évolution dans le temps.

Comme nous l'avons dit, un certain nombre de programmes ont été mis en œuvre au fil du temps, dont l'un, En route vers la préparation mentale, a facilité l'auto-évaluation. Il a aidé les soldats à s'évaluer mutuellement et à déceler tout signe de détérioration de leur santé mentale.

Madame Spinks, le programme En route vers la préparation mentale devrait-il être offert aux familles des militaires également? Cela les aiderait à faire cette auto-évaluation, tant pour elles-mêmes que pour leurs proches qui sont en service actif?

Mme Nora Spinks: Le programme En route vers la préparation mentale est un excellent exemple d'adaptation: à partir d'un problème très complexe, on a réussi à concevoir des programmes accessibles et disponibles qui sont fondés sur des données probantes. Et les familles des militaires y ont accès.

La lieutenant-colonelle Suzanne Bailey et moi-même avons présenté le programme En route vers la préparation mentale aux entreprises canadiennes. La Commission de la santé mentale du Canada l'a adopté comme un de ses programmes phares. Il est très utile.

Il est vraiment important de reconnaître que les familles, y compris les familles de militaires, ne sont résilientes que jusqu'à ce qu'elles ne le soient plus. Elles arrivent parfois à un point de bascule. Nous voulons aider les gens à déceler le problème lorsqu'ils en sont à l'étape des idées suicidaires — lorsqu'ils pensent au suicide, mais sans avoir nécessairement fait quoi que ce soit pour passer à l'acte. Nous voulons qu'ils sachent qu'ils peuvent demander de l'aide à ce moment-là. S'ils sont allés un peu plus loin et s'ils ont élaboré un plan, nous devons leur faire savoir qu'ils peuvent demander de l'aide. Et à plus forte raison s'ils sont passés aux étapes ultérieures. Généralement, on ne passe pas du jour au lendemain du bien-être à un état suicidaire. Nous voulons donc multiplier à toutes les étapes les occasions de leur apporter un soutien, ainsi qu'à leur famille.

De plus, les interventions sont différentes, selon l'étape où la personne et sa famille en sont rendues. Il faut qu'il y ait un important dispositif d'appui dans les collectivités, dans les quartiers, dans la famille militaire, dans les opérations militaires. Nous voulons sensibiliser tout le monde, y compris ceux qui ne sont pas normalement visés, comme les parents, par exemple, qui n'ont pas accès à l'information, ne sont pas rejoints par les initiatives de sensibilisation et ne sont peut-être pas au courant de programmes comme En route vers la préparation mentale.

M. James Bezan: Plus nous pourrions en faire, surtout sur le plan du traitement des troubles mentaux — et si nous pouvons traiter l'ensemble de la famille —, plus nous réussirons à prévenir les suicides et à en réduire le nombre.

• (1415)

Mme Nora Spinks: Les faits le confirment. Vous avez tout à fait raison.

M. James Bezan: L'une des préoccupations que j'ai toujours eues — et cela concerne les services de santé en général —, c'est que les réservistes se trouvent souvent dans des villes ou localités où nous n'avons pas de base. Nous n'y avons peut-être pas de clinique pour traiter les traumatismes de stress opérationnel. Nous n'y avons peut-être pas facilement accès à des psychologues militaires, à des travailleurs sociaux et à des psychiatres. Pour les réservistes qui se trouvent peut-être à Thunder Bay, en Ontario, la base la plus proche est celle de Winnipeg, à huit heures de route.

Comment pouvons-nous mieux fournir des services de santé mentale aux réservistes, qui n'ont peut-être pas accès au Groupe des Services de santé des Forces canadiennes?

Col Helen Wright: Madame la présidente, on peut s'attaquer au problème sur deux fronts.

D'abord, je vous rappelle que nous faisons beaucoup appel à des fournisseurs de soins de santé mentale dans le civil. Un psychiatre civil peut recevoir des patients militaires, par exemple. Même si on se trouve à une certaine distance d'une base militaire de soutien et d'une clinique militaire, cela ne veut pas nécessairement dire qu'on ne reçoit pas de soins. Pour bon nombre de réservistes, selon leur type de contrat ou de travail, les soins médicaux sont de toute façon dispensés par le système de soins de santé civil.

Je suis néanmoins très enthousiasmée...

M. James Bezan: Colonelle, on a constaté au fil des ans que les civils auxquels les réservistes ont accès ne comprennent souvent pas les traumatismes du stress opérationnel en particulier et ne savent pas comment les traiter.

Col Helen Wright: Je le reconnais. Vous avez tout à fait raison à ce sujet.

Comme bien d'autres, je suis remplie d'enthousiasme devant le changement quasi sismique que la COVID-19 a aidé à provoquer dans l'utilisation de la télésanté et des services de santé virtuels.

Ce sera la voie à suivre pour s'occuper de patients dans des endroits éloignés, où nous pouvons maintenant recourir à d'autres moyens pour leur faire consulter un fournisseur de soins qui connaît les militaires, qui connaît peut-être mieux que d'autres les traumatismes du stress opérationnel et qui parle la langue officielle du choix du patient. C'est un autre élément important pour nos membres, qui sont répartis dans tout le pays.

Je le répète, je suis très enthousiaste et optimiste à l'idée que cela nous aidera à progresser.

La présidente: Monsieur Baker, vous avez la parole.

M. Yvan Baker (Etobicoke-Centre, Lib.): Merci beaucoup, madame la présidente, et merci à vous tous d'être là aujourd'hui pour discuter avec nous de ce sujet très important.

Ma première question s'adresse à Mme Spinks. Pour la gouverne de ceux qui ne connaissent pas très bien les problèmes dont nous avons parlé, ou de mes électeurs qui nous regardent peut-être à la maison, pourriez-vous nous dire un mot de l'impact sur les familles des problèmes de santé mentale d'un de leurs membres qui est dans les forces armées?

Mme Nora Spinks: Les familles jouent un rôle très important. D'abord, elles décèlent les indices du problème. Elles cherchent les divers types d'information pour encourager la personne et l'aiguiller vers le soutien qui pourrait être le plus efficace. Si le patient ne reçoit pas les soins dont il a besoin, elles se portent à sa défense. Elles sont souvent un membre très important de l'équipe entre les traitements. Ce sont encore les familles qui sont là jour et nuit pour rappeler au patient d'appliquer les techniques ou thérapies prescrites et lui dire de prendre ses médicaments. Les familles ont un rôle très sérieux et très important à jouer.

Lorsqu'une personne est en crise et qu'une intervention d'urgence plus poussée s'impose, lorsque peut-être elle s'est fait du mal ou s'est exposée à un risque grave, les familles sont souvent exclues du cercle de soutien, une fois la personne hospitalisée ou en traitement intensif. Nous devons nous assurer que les familles continuent d'être reconnues comme des acteurs importants au sein de l'équipe, car lorsque la personne quitte le traitement de crise, elle retourne dans sa famille. Une participation intermittente n'est pas aussi efficace que l'intégration des deux éléments.

Il faut aussi reconnaître que les aidants naturels sont souvent soumis eux-mêmes à du stress et ont besoin de répit et de soutien. Les prestations et les programmes qui ciblent directement les aidants naturels sont absolument essentiels dans le continuum des soins et dans l'ensemble des programmes et services que nous devons examiner très attentivement. Sans eux, très souvent, la situation dégénère très rapidement et s'aggrave. Il est vraiment important d'assurer la présence des aidants naturels tout au long du processus et aussi de leur donner le soutien dont ils ont besoin.

• (1420)

M. Yvan Baker: Voilà qui est utile. Je vous remercie.

Dans le même ordre d'idées, quelles sont les mesures à prendre? Étant donné que la famille joue un rôle si important comme soutien auprès du membre des Forces pendant cette période difficile, que doit-on faire, que doit-on faire de plus que ce qui se fait déjà, pour s'assurer que les membres des FAC sont mobilisés comme il convient pour apporter le soutien dont vous soulignez l'importance?

Mme Nora Spinks: La première chose à faire, c'est de traiter toute l'unité familiale comme le noyau essentiel. Ce n'est pas le militaire d'un côté et sa famille de l'autre, mais toute la famille avec le militaire qui doit être au centre de toute intervention et de tout traitement. On dirait que c'est un détail, mais c'est au contraire très important.

Il est aussi vraiment important de reconnaître que la famille est diverse et en constante évolution. On ne peut pas dire que, une fois la famille informée, le travail est terminé. Il faut un accompagnement constant. Il est indispensable que les membres de la famille participent aux échanges, au dialogue. Les recherches montrent clairement que la réussite est souvent attribuable à un solide cercle de soutien, à de solides liens familiaux et à des relations vraiment saines. Si ces éléments font défaut, c'est l'inverse qu'il faut dire.

Lorsque nous examinons les façons dont nous voulons aller de l'avant et planifier, la perspective de la famille revêt une importance cruciale. L'engagement des familles est un facteur décisif. Il est essentiel de reconnaître la diversité des familles. Comment tirer parti de ces relations et les cultiver? Il faut en prendre acte, les respecter, les mobiliser très tôt. Un certain nombre de programmes sont en place à l'heure actuelle pour essayer de le faire. Nous devons célébrer les situations qui ont eu une issue heureuse et les circonstances qui ont permis de réussir. Il ne suffit pas d'étudier les cas qui ont mal tourné. Il faut aussi passer beaucoup de temps à étudier ceux où la réussite a été au rendez-vous et voir comment transposer les apprentissages dans d'autres situations.

Une merveilleuse occasion se présente maintenant, avec une nouvelle génération, car nous parlons davantage de santé mentale. Nous commençons avec les enfants lorsqu'ils sont tout-petits: « Dis-moi tes émotions, dis-moi comment tu te sens. Sers-toi de tes mots. Comment je peux t'aider? De quelle aide as-tu besoin? » Les enfants de deux et trois ans apprennent maintenant à demander de l'aide. Cela nous donnera une occasion en or à l'avenir, car les bases seront déjà là. La situation est très différente de celle des générations précédentes. On disait aux enfants: « Endure. Ressaisis-toi. Passe à autre chose. Ne te laisse pas troubler. Et qu'on ne te voie pas pleurer. » Il est beaucoup plus difficile de parler de santé mentale à ceux à qui cette attitude a été inculquée.

Nous sommes en train de créer une tempête parfaite avec de très bons programmes fondés sur des données probantes, une très bonne prise de conscience de ce qui fonctionne et un engagement de la part de gens comme vous qui veulent bien faire les choses. Nous sommes en train de créer une tempête parfaite pour faire des progrès et obtenir des résultats vraiment bons. Nous pouvons mesurer l'impact en prenant conscience également de la façon dont les gens pensent et ressentent les choses, de ce qu'ils font, c'est-à-dire penser, ressentir et faire. Il n'y a pas que les résultats finaux qui comptent; il y a aussi l'impact de leur comportement, de leurs pensées et de leurs sentiments...

Le simple fait de savoir que ces programmes sont là, même si la personne n'en a pas besoin, suffit parfois.

Nous ne pouvons pas sous-estimer le pouvoir des familles et des liens familiaux dans ce domaine.

• (1425)

La présidente: Merci beaucoup.

[Français]

Monsieur Brunelle-Duceppe, vous avez la parole.

M. Alexis Brunelle-Duceppe: Merci, madame la présidente.

C'est vraiment très intéressant, ce que l'on entend aujourd'hui. Je remercie beaucoup nos trois témoins.

On a vécu quelque chose de quand même unique cet été, l'opération Laser. Quand les militaires s'engagent dans les Forces ou dans

la Réserve, ils ne s'attendent pas à vivre quelque chose de semblable. On parle souvent d'opérations de combat ou d'opérations de sauvetage lors de catastrophes naturelles, mais, ce que l'on a vécu cet été, personne ne l'a vécu depuis la grippe espagnole. Alors, c'est vraiment une situation unique.

D'ailleurs, je veux remercier les Forces armées canadiennes de cette opération Laser. Franchement, nous en sommes très reconnaissants, peu importe notre orientation politique.

Cela s'est passé récemment, mais savez-vous s'il y a des militaires ou des réservistes qui ont subi des traumatismes mentaux à la suite de leur participation à l'opération Laser? Seriez-vous en mesure de répondre à cette question?

[Traduction]

Col Helen Wright: Madame la présidente, c'est une excellente question: comment cette opération inhabituelle a-t-elle pu toucher nos gens?

Il se trouve que la lieutenant-colonelle Bailey est vraiment l'experte en la matière: la préparation du personnel avant cette intervention particulière, le soutien pendant l'intervention, et le soutien après le déploiement.

La réponse à votre question, c'est que nous faisons une étude auprès de tous ceux qui ont participé à l'opération Laser. Il s'agit d'un suivi pour trouver comment au juste ils ont été touchés. Ce que nous avons fait pour les préparer et les soutenir reposait sur ce que nous supposions pouvoir leur être utile. Nous menons une étude assez approfondie avec la participation d'un certain nombre de services du MDN. Nous faisons quelque chose d'inédit pour apprendre ce qui s'est passé dans les faits. Bon nombre de nos partenaires du secteur militaire, par exemple, s'intéressent de très près à ce que nous pourrions apprendre.

Je n'ai pas encore de résultats à annoncer, mais il sera très intéressant de voir ce que nous aurons appris et d'apporter des changements à la préparation du personnel à l'avenir, même si nous n'avons à remplir aucune autre mission identique à l'opération Laser. Nous tirerons des enseignements utiles pour ce que nous pourrions avoir à faire à l'avenir.

La présidente: D'accord. Merci beaucoup.

[Français]

M. Alexis Brunelle-Duceppe: Je serais très curieux de lire cette étude.

Pourriez-vous nous dire, lieutenant-colonelle Bailey, de quelle façon on prépare les militaires en fonction de la santé mentale, bien entendu, lorsqu'une opération aussi unique a lieu sur notre territoire?

[Traduction]

Lcol Suzanne Bailey: Question intéressante. Comme vous l'avez dit, cette opération était différente de tout ce qu'on avait demandé aux membres des Forces armées canadiennes jusque-là. Il y avait évidemment des défis particuliers à relever, comme les modalités de déploiement dans un contexte de pandémie et dans des collectivités qui pouvaient être les mêmes où vivaient certains membres des forces. C'était une population de patients très différente. Comme vous le savez, les membres des Forces armées canadiennes ont entre 17 et 60 ans, et ce sont les types de patients que nos fournisseurs de soins sont habitués de voir. Nous sommes une population en assez bonne santé parce que nous subissons des examens et que nous faisons beaucoup d'entraînement physique. Il y a eu pas mal d'entraînement, et pas seulement en santé mentale. Il y avait environ 8 à 10 modules de formation différents qui préparaient les membres à offrir un type de soins très différent à une population différente.

Le rôle précis que j'avais avec mon équipe était de voir comment préparer mentalement le personnel à faire face à certaines des demandes de soins, et aussi de prendre soin d'eux-mêmes et de prendre soin de leurs camarades et des équipes avec lesquelles ils travaillaient tout au long d'une tâche dont, à l'époque, on ignorait la durée.

On a beaucoup cherché à faire en sorte qu'il y ait un roulement entre les différentes tâches et que les heures de travail ne soient pas trop longues. On a également cherché à leur expliquer, ainsi qu'à leurs dirigeants, comment se soutenir les uns les autres au sein des petites équipes dans lesquelles ils travaillaient, et faire appel aux ressources de soutien en santé mentale mises en place pour eux.

• (1430)

La présidente: Merci beaucoup.

Madame Blaney, vous avez la parole.

[Français]

M. Alexis Brunelle-Duceppe: Je vous remercie.

[Traduction]

La présidente: Oh, je vois Mme Spinks.

Voulez-vous ajouter quelque chose?

Mme Nora Spinks: Je tiens à dire qu'une des choses que nous avons étudiées, à propos de la COVID, et qui est une caractéristique unique, c'est le fait que, lorsque les intervenants font leur travail, qu'il s'agisse de soins de santé, de services d'urgence ou de militaires, ils vivent en même temps exactement la même chose que ceux qu'ils secourent. Lors d'une intervention humanitaire, par exemple après un ouragan, les intervenants n'ont pas subi le passage de l'ouragan. Ces membres des forces vivaient et vivent encore avec la COVID. Ils s'inquiètent pour leurs enfants. Ils s'inquiètent pour leur famille. Ils étaient peut-être allés à l'école dans le quartier. Comme la lieutenant-colonelle Bailey l'a dit, ils connaissent ces quartiers; ils connaissent ces collectivités.

Le fait qu'ils aient eux aussi à se protéger contre la COVID et qu'ils s'inquiètent pour leur propre famille et leurs propres grands-parents rend la tâche deux fois plus difficile. Nous essayons vraiment de comprendre. Nous avons fait de notre mieux pour aider le personnel, mais, comme vous l'avez dit, c'est une situation tout à fait nouvelle.

C'est la même chose pour les chercheurs. Normalement, ils font des travaux sur des choses qui ne les touchent pas directement. La COVID, c'est autre chose. C'est un épisode très compliqué. Nous allons l'étudier pendant des décennies, et nous allons vivre avec les conséquences pendant une centaine d'années.

Je vous remercie de cette question très importante.

La présidente: Merci.

Allez-y, madame Blaney.

Mme Rachel Blaney: Merci, madame la présidente.

Si je peux revenir à vous, colonelle Wright et lieutenant-colonelle Bailey, j'ai une question au sujet du programme En route vers la préparation mentale. J'ai été très heureuse de constater et de comprendre que les familles ont aussi accès à cette formation. Ma question porte sur deux ou trois choses.

Tout d'abord, Mme Spinks a dit tout à l'heure que ce n'est pas toujours seulement la famille qui est en cause; c'est tout le cercle de soutien. Le programme est-il offert au cercle de soutien et au réseau familial, quel qu'il soit, pour un membre en particulier? Ceux que les patients considèrent comme des soutiens sont-ils les bienvenus?

Voici l'autre partie de ma question: comment le MDN évalue-t-il les résultats du programme et saisit-il l'occasion d'améliorer ou d'étendre certaines des pratiques exemplaires?

Ce serait très utile de le savoir. Merci.

Col Helen Wright: Madame la présidente, je vais laisser la lieutenant-colonelle Bailey, la spécialiste, répondre à la question.

Lcol Suzanne Bailey: Merci, madame la présidente.

La question comporte deux volets.

À l'heure actuelle, le programme En route vers la préparation mentale, dispensé par les centres de ressources pour les familles des militaires, est ouvert à tous les membres de la famille. Comme tout le monde ne vit pas à proximité immédiate d'un de ces centres, nous avons opté pour une stratégie de formation en ligne de manière à pouvoir répondre aux demandes d'assistance des membres des FAC et de leurs familles dans les divers domaines. Nous en sommes à l'élaboration des derniers modules. Ils seront disponibles dans les deux langues officielles, partout au Canada. On n'aura pas besoin de mot de passe pour y accéder, ce qui présente l'avantage de le rendre également accessible aux familles des premiers intervenants canadiens, dont bon nombre ont reçu le RVPM dans le cadre de certains des partenariats déjà en place.

Pour ce qui est de l'évaluation du programme, le second volet de votre question, nous mettons en œuvre différents moyens. Au cours des cinq premières années, nous avons effectué des tests préalables et postérieurs pour voir s'il y avait des différences dans la stigmatisation, les attitudes et les connaissances en matière de santé mentale. L'analyse des données révèle des résultats très encourageants et on a pu constater des améliorations statistiquement significatives. Même les modules de formation relativement brefs — la formation de base, par exemple, fait l'objet d'un module de trois heures —, donnent des résultats très encourageants.

Nous nous sommes également servis de l'enquête de Statistique Canada sur la santé mentale des Forces canadiennes pour demander, par exemple, combien de membres avaient reçu une formation en santé mentale et s'ils la trouvaient efficace pour composer avec les facteurs de stress quotidiens ou parfois plus extrêmes. L'enquête révèle, entre autres, que plus de 70 % des membres des FAC ont reçu une formation.

Nous avons mis à profit d'autres enquêtes pour chercher à savoir si la formation en déploiement aide les membres à tirer davantage parti de leurs aptitudes d'adaptation positives plutôt que négatives. Et grâce à notre tout nouveau modèle logique de programme entièrement repensé, nous espérons pouvoir mieux quantifier les résultats obtenus au cours des prochaines années.

Nous cherchons sans cesse des méthodes novatrices et créatives afin de mieux comprendre comment la formation en classe peut aider les membres à modifier leur comportement pour mieux faire face aux exigences de la vie quotidienne.

● (1435)

La présidente: Merci beaucoup.

Monsieur Bezan, s'il vous plaît.

M. James Bezan: Merci, madame la présidente.

Colonel Wright, vous avez parlé de la ligne d'écoute téléphonique mise à la disposition des militaires et de leurs familles en cas de crise. Auriez-vous des données à fournir au Comité sur la fréquence d'utilisation de cette ligne?

Col Helen Wright: Madame la présidente, bien sûr, nous y veillerons.

Je peux vous en donner une idée. L'an dernier, plus de 4 000 membres et membres de la famille, je pense, ont eu recours au Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes et quelque 3 000 ou un peu plus à la ligne d'information pour les familles, mais nous nous ferons un plaisir de vous donner les chiffres à ce sujet.

M. James Bezan: Je m'en réjouis.

Je suppose que c'est lié en partie à la violence familiale et à des gens qui appellent la police militaire.

Col Helen Wright: Absolument. Les raisons sont multiples.

M. James Bezan: Je comprends.

Le Plan d'action pour la prévention du suicide des FAC énumère 15 objectifs, et l'objectif 7 se lit comme suit: « Les obstacles aux soins, comme la stigmatisation, sont éliminés », alors il nous faut veiller à éliminer la stigmatisation autant que possible.

Vous avez déjà mentionné que personne, dans les Forces armées canadiennes, ne veut jamais mettre de l'avant sa faiblesse. Cela fait partie de la culture. D'où, souvent, la stigmatisation qui frappe ceux qui souffrent de problèmes de santé mentale. Ce sont des faibles. Y a-t-il eu suffisamment de changements? Quels types de programmes avez-vous mis en place pour changer cette culture?

Col Helen Wright: Il est absolument essentiel que cela change. J'aime à penser que nous avons fait pas mal de chemin, ce qui ne veut pas dire que nous soyons au bout de nos peines, bien sûr.

Je voudrais céder la parole au lieutenant-colonel Bailey sur ce sujet. En route vers la préparation mentale est loin d'être le seul programme de ce genre. C'est un programme fantastique, qui vise

aussi à mieux faire comprendre la santé mentale aux membres des FAC. Cela fait partie de notre méthode pour combattre les idées « vieille école », passez-moi l'expression, sur la façon d'aborder ces questions. Il ne s'agit, en aucun cas, du seul programme.

M. James Bezan: Ces dix dernières années ont vu la mise en place des contrôles par les pairs visant à s'assurer de l'état d'esprit de chacun. Aujourd'hui, les membres sont prêts à parler de leurs sentiments, de leur vécu et des difficultés de leur vie quotidienne.

Col Helen Wright: Précisément.

M. James Bezan: Je pense que cela nous ramène à RVPM.

Avant de redonner la parole au lieutenant-colonel Bailey, l'une des questions portait sur l'automutilation et les répercussions de l'alinéa 98c) de la Loi sur la défense nationale. Vous avez dit qu'à votre connaissance, il n'y a pas de corrélation entre ce problème et une éventuelle augmentation ou diminution du nombre des suicides. Diriez-vous que l'alinéa 98c) est neutre au regard de la question de la santé mentale ou s'agit-il d'un élément dissuasif s'il ne s'agit pas d'un obstacle?

Madame la présidente, son micro est en panne.

Lieutenant-colonel Bailey, pourriez-vous répondre à cette question?

Lcol Suzanne Bailey: Je ferai de mon mieux. Le micro du colonel Wright est en panne, on dirait.

L'intéressant au sujet de l'alinéa 98c), c'est que, autant que je sache, et je suis dans les Forces armées canadiennes depuis plus de 34 ans, la plupart des membres des FAC ignorent jusqu'à l'existence de l'alinéa 98c) de la Loi sur la défense nationale. C'est ce que j'aurais tendance à penser. Cela dit, je sais qu'on discute depuis de nombreuses années de la possibilité de changer cela. Je ne vois pas quel avantage on pourrait en attendre.

Quoi qu'il en soit, je ne pense pas que ce soit le premier souci des membres des FAC qui souffrent d'une maladie mentale et se débattent à la recherche de solutions à leurs problèmes, lorsqu'ils touchent le fond.

● (1440)

M. James Bezan: À votre avis, l'alinéa 98c) n'ajoute rien à la stigmatisation en général au sein des Forces armées canadiennes. Vous dites que personne n'en est même conscient. Nous savons qu'il est rarement utilisé, car il est rarissime que quelqu'un se tire littéralement une balle dans le pied pour éviter le service. La ou les seules fois où on y a eu recours... c'était pour des tentatives de suicide.

Donc, l'élimination de ce paragraphe de la loi ne devrait pas créer de problèmes.

Lcol Suzanne Bailey: Je ne le pense pas. D'après les nombreuses études à notre disposition sur la stigmatisation et d'autres obstacles aux soins, il en est peu fait mention.

M. James Bezan: Merci.

La présidente: Merci beaucoup.

[Français]

Madame Brière, vous avez la parole.

Mme Élisabeth Brière (Sherbrooke, Lib.): Merci, madame la présidente.

Je remercie les trois témoins de leur présence et les remercie de leur service également.

Dans le cadre de nos discussions de cet après-midi, vous avez confirmé que les besoins en matière de santé mentale dans les Forces armées canadiennes sont réels et que vous prenez ce sujet très au sérieux. Mon fils Louis est dans le régiment des Sherbrooke Hussars et il a participé à l'opération Laser. Dans sa formation au prédéploiement, on lui a très bien indiqué les services auxquels il pouvait avoir recours. Sur place, à Montréal, où il a été déployé, il y avait un *padre* qui était toujours à l'écoute et dont la porte était toujours ouverte. Il s'agissait d'une présence bienveillante. Après l'opération, lorsqu'il est rentré à la maison, il a reçu un appel, des courriels qui visaient à vérifier comment il allait après le déploiement.

Colonelle Wright, dans votre mot d'ouverture, vous parliez d'une approche intégrée. Est-ce que cela constitue un exemple concret de cette approche intégrée? Pourriez-vous nous en donner d'autres exemples?

[Traduction]

Col Helen Wright: Oui, je pense que l'intégration de nos méthodes de prévention et de promotion de la santé faisait partie de ce que nous avons essayé de faire dans le cadre d'Op Laser. Bien sûr, il est important d'avoir un excellent système de soins de santé pour ceux qui sont en difficulté et ont besoin d'aide, mais il est tout aussi important — peut-être même plus important — de mettre en place tous ces services de prévention et de soutien.

La question ne portait pas vraiment sur Opération laser. Je cherche un exemple qui ne soit pas axé sur les opérations. Comme l'a dit le lieutenant-colonel Bailey en réponse à une autre question, nous faisons, je pense, quelque chose de très semblable à ce qui s'est fait dans l'opération Laser dans le cadre de nos autres opérations. Nous contrôlons les gens avant qu'ils ne partent, et de concert avec leur famille, pour nous assurer que c'est la bonne décision pour eux et le bon moment pour qu'ils partent. Nous leur offrons du soutien pendant leur déploiement. Nous effectuons un dépistage postdéploiement pour vérifier s'ils vont bien à leur retour et leur faciliter l'accès aux soins, si c'est ce qu'il leur faut. Nous pouvons aussi leur faciliter l'accès à une foule d'autres soutiens psychosociaux et de mesures éducatives.

Le lieutenant-colonel Bailey a mentionné d'autres facteurs susceptibles d'affecter nos modalités d'intégration. Nous revenons sans cesse au programme En route vers la préparation mentale, je sais, mais c'est un excellent exemple de la façon dont cela est intégré tout au long de la carrière des membres. Il est offert dans le cadre de l'instruction de base et à de nombreuses autres étapes de la carrière d'un militaire.

Au départ, il servait à appuyer les gens lors de déploiements difficiles. Ce n'est plus le cas. De plus en plus, on l'intègre dans tout ce que font nos membres, pour les rendre plus forts dans leur carrière même s'ils ne sont jamais déployés. Certains de nos membres n'auront jamais à se mettre dans cette situation, mais nous les plaçons quand même dans des emplois exigeants où il est tout aussi important de gérer leur santé mentale et d'être proactifs.

• (1445)

La présidente: D'accord. Merci beaucoup. Cela met fin à notre séance d'aujourd'hui.

Je tiens à remercier sincèrement nos témoins d'aujourd'hui. Votre témoignage était absolument fondamental et je pense qu'il nous aidera à élaborer un rapport encore plus solide à l'avenir.

Je demanderais aux membres du Comité de rester en ligne. Notre discussion se prolongera un peu, mais je permettrai à nos témoins de nous quitter maintenant.

Merci beaucoup du temps que vous nous avez consacré aujourd'hui. Nous savons que votre temps est précieux et nous l'apprécions beaucoup.

Faites attention.

Col Helen Wright: Merci.

[Français]

M. Alexis Brunelle-Duceppe: Merci.

[Traduction]

La présidente: Allez-y, monsieur Bezan.

M. James Bezan: Merci, madame la présidente.

J'aimerais avoir une brève discussion. Il nous reste deux réunions avant le congé de Noël. Lundi, nous accueillons le juge-avocat général et le psychiatre en chef des Forces armées canadiennes.

Quels sont les plans pour vendredi? Il était prévu de présenter à l'analyste les objectifs que nous voulons voir couverts dans nos rapports, afin qu'il puisse les rédiger. Nous le ferons vendredi pour les deux rapports — ceux sur la COVID-19 et la santé mentale dans les Forces armées canadiennes?

La présidente: Il y a deux façons de le faire: en tant que comité si nous siégeons vendredi. Ou bien au niveau du secrétariat. Je m'attends à recevoir ces deux rapports.

Nous voulions surtout vous demander, si nous ne tenons pas une réunion complète vendredi, de veiller à nous faire parvenir vos recommandations ou vos commentaires pour les deux études d'ici le 18 décembre. Cela vous va-t-il?

M. James Bezan: Je suis d'accord.

Puis-je faire une suggestion pour vendredi, parce que nous sommes en train de rédiger le rapport sur les Forces armées canadiennes et la COVID-19?

La présidente: Oui.

M. James Bezan: Depuis que nous avons entendu nos derniers témoins, il y a eu du nouveau, à savoir que nous avons maintenant l'opération Vector dirigée par le major-général Dany Fortin. Je pense qu'il serait dans l'intérêt de notre comité afin d'avoir un rapport valable que le général Fortin revienne devant le Comité, avec le lieutenant-général Christopher Coates, commandant du COIC. Il sera au centre du dispositif chargé du bon fonctionnement de toute la logistique liée à la distribution des vaccins. Les Canadiens veulent savoir comment et quand les vaccins seront distribués.

On sait également que des menaces en matière de cybersécurité pèsent sur la chaîne d'approvisionnement du froid et par voie de conséquence sur la livraison du vaccin. La directive de la CDSE précise même que nous devons veiller à prévenir les attaques criminelles et cybernétiques contre les transports.

On sait que dans le passé, des chargements d'EPI, destinés aux États-Unis notamment, ont été volés et détournés vers d'autres pays. Je pense donc que nous voudrions savoir... Même en ce qui concerne la logistique commerciale, je crois comprendre que Pfizer, par exemple, utilise United Airlines pour livrer les vaccins aux points de livraison au Canada. Y aura-t-il des agents de logistique à bord? Y aura-t-il du personnel de sécurité, que ce soit des forces d'opérations spéciales ou de la police militaire? Comment pourrions-nous prévenir les cyberattaques de criminels?

Je pense qu'il vaut la peine d'avoir cette réunion vendredi avec les généraux Fortin et Coates.

• (1450)

[Français]

M. Yves Robillard: Veuillez m'excuser, madame la présidente.

[Traduction]

La présidente: Oui, monsieur Robillard.

M. Yves Robillard: Puis-je ajouter quelque chose?

[Français]

Je crois que nous devrions prendre vendredi prochain pour vraiment terminer notre étude. Nous n'avons pas eu assez de témoins qui ont vécu de ces situations. Or c'est facile d'en trouver. Je sais que nous arrivons à la fin, mais, comme nous voulons faire une étude complète, je pense que nous sommes en train de rater notre coup.

[Traduction]

La présidente: Nous devons peut-être renvoyer la question au comité directeur. Nous avons deux idées concurrentes sur ce qu'il faut faire vendredi prochain, alors je pense que nous organiserons une réunion du comité directeur. Nous le ferons au comité directeur.

M. James Bezan: Beaucoup de gens ont levé la main.

La présidente: D'accord. Il serait peut-être préférable de le faire au comité directeur. Lorsque le Comité ira de l'avant, nous voulons tous être sur la même longueur d'onde, et c'est quelque chose que nous devons régler.

M. Yves Robillard: Qu'en est-il des autres députés? Ils ont peut-être aussi des opinions.

La présidente: Oui, mais ils peuvent exprimer leur opinion au comité directeur.

M. James Bezan: Ils n'en font pas tous partie.

La présidente: Non, c'est vrai.

Allez-y, madame Blaney, puis monsieur Brunelle-Duceppe. Vous avez une minute chacun, s'il vous plaît.

Mme Rachel Blaney: Je tiens à dire que je suis d'accord avec M. Bezan. Je pense que c'est un élément important de ce qui se

passera à l'avenir autour de la COVID-19. Les Canadiens doivent savoir comment ils obtiendront leurs vaccins. Je sais qu'ils font confiance aux militaires, alors il serait bon d'entendre leur voix sur cette question.

Merci.

La présidente: Allez-y, monsieur Brunelle-Duceppe.

[Français]

M. Alexis Brunelle-Duceppe: Je vous remercie, madame la présidente.

C'est bien quand le NPD, le Parti conservateur et le Bloc sont tous d'accord, mais je suis également convaincu que les libéraux sont aussi d'accord avec M. Bezan. Il me semble que c'est vraiment important et que nous n'avons pas le choix de faire cela, vendredi prochain.

Vous dites que l'on va décider de cela au comité directeur, très bien, mais c'est une décision que l'on aurait pu prendre aujourd'hui. Cependant, je vous laisse le droit de décider, madame la présidente. Je tiens, de ce fait, à rappeler que je suis entièrement d'accord avec M. Bezan.

[Traduction]

La présidente: Merci, nous allons soumettre la question au comité directeur, car j'aimerais que l'on soit tous au diapason avant d'attaquer la suite.

Madame Gallant.

Mme Cheryl Gallant: Je propose que nous tenions une réunion supplémentaire. Il y avait des questions en suspens, et s'y ajoutent maintenant celles sur la distribution du vaccin. Nous voulons des réponses à ces questions. M. Robillard insiste pour que nous en ayons plus, mais nous pourrions tenir une réunion supplémentaire mercredi avant la pause.

La présidente: Le problème, c'est qu'il n'y aura pas de services parlementaires, comme la traduction. Toutes ces choses doivent être prises en compte. Nous en discuterons au comité directeur.

Mme Cheryl Gallant: Pourriez-vous préciser, madame la présidente, si nous aurons encore des services de traduction jusqu'au 18 décembre?

La présidente: Rien n'est assuré. Il y a peut-être un moyen d'y parvenir, mais nous ne pouvons pas le garantir. Il nous faudra faire des recherches.

• (1455)

M. James Bezan: Je crois que les améliorations apportées aux réunions virtuelles du Comité interviendront après le 19 décembre, et nous perdrons ces services pendant environ cinq semaines.

La présidente: Il y a encore des restrictions une fois le Parlement ajourné. Nous ne savons pas quand le Parlement ajournera, mais il y aura des restrictions après l'ajournement, alors c'est quelque chose que nous devons examiner. Nous pourrions en parler au comité directeur.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

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 des communes.

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 de la Chambre des communes à l'adresse suivante :
<https://www.noscommunes.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

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 House of Commons website at the following address: <https://www.ourcommons.ca>