



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la défense nationale

NDDN



NUMÉRO 078



1^{re} SESSION



41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mercredi 1^{er} mai 2013

—
Président

M. James Bezan

Comité permanent de la défense nationale

Le mercredi 1^{er} mai 2013

• (1535)

[Traduction]

Le président (M. James Bezan (Selkirk—Interlake, PCC)):
Bonjour, tout le monde.

La séance est ouverte.

Nous en sommes à la 78^e réunion et nous poursuivons notre étude sur les soins offerts aux membres des Forces canadiennes malades ou blessés.

Pour la première heure de notre réunion, aujourd'hui, nous entendrons le témoignage du lieutenant-colonel Alexandra Heber, psychiatre et gestionnaire des Centres de soins pour trauma et stress opérationnels. Elle est accompagnée de Mme Huguette Gélinas, coordonnatrice pour le Québec de la Coopération civilo-militaire des services de santé des Forces canadiennes.

Je vous laisse la parole. Autant que possible, veuillez vous en tenir à moins de 10 minutes.

Colonel, vous avez la parole.

Lieutenant-colonel Alexandra Heber (psychiatre et gestionnaire, Centres de soins pour trauma et stress opérationnels, ministère de la Défense nationale): Merci.

Mesdames et messieurs, je vous remercie de m'avoir invitée aujourd'hui, et aussi pour l'excellent travail que vous accomplissez en étudiant les soins offerts aux membres des Forces canadiennes qui sont malades ou blessés. Vous vous souvenez sans doute que j'ai déjà témoigné devant vous en novembre dernier avec le médecin chef, et je suis ravie d'être de retour.

Permettez-moi tout d'abord de vous parler un peu de mon expérience. J'ai travaillé à titre d'infirmière en santé mentale pendant neuf ans avant d'entreprendre des études de médecine. J'ai été psychiatre civile à l'Hôpital Mount Sinai de Toronto et professeure adjointe à l'Université de Toronto pendant 10 ans, avant de venir vivre à Ottawa. J'ai d'abord accepté, en 2003, un poste de psychiatre civil à temps plein pour les forces militaires au sein de la clinique de santé mentale du Centre des services de santé des Forces canadiennes à Ottawa. En 2006, j'ai décidé d'entrer dans les Forces canadiennes.

Ma décision a été motivée en partie par mon désir d'être envoyée en mission en Afghanistan, et j'y suis allée en 2009 et 2010. À bien des égards, cette expérience a été le point culminant de ma carrière, mais à bien y penser, ces 10 dernières années passées au service de nos membres des forces armées, en uniforme ou non, ont globalement été le point saillant de ma carrière de psychiatre.

En plus d'examiner des patients, je suis gestionnaire du Centre de soins pour trauma et stress opérationnels depuis 2003 et, depuis que je suis entrée dans les Forces canadiennes, en 2006, je suis aussi la chef des services de santé mentale de la clinique d'Ottawa. Notre clinique, qui est considérée comme un porte-étendard, est la plus importante au Canada, et elle compte 35 cliniciens en santé mentale.

Compte tenu de mon expérience des systèmes de soins de santé civil et militaire, je vous avoue que je suis impressionnée, tous les jours, par le niveau d'accessibilité, la qualité des soins, la collaboration et la facilité de communication entre les diverses sections de notre système de soins de santé. Dans le milieu civil, je n'ai jamais eu le type d'accès que j'ai actuellement et je n'ai jamais pu établir des relations aussi étroites avec les médecins de famille. Chez nous, les médecins de famille sont à l'étage au-dessus du nôtre, et il n'est pas rare que je voie l'un de mes cliniciens aller en haut discuter de la situation complexe d'un patient avec l'un de nos médecins ou de leurs adjoints, ou encore avec un membre du personnel infirmier.

De plus, aux Services de santé mentale, nous travaillons en équipe multidisciplinaire. Les psychiatres, les psychologues, les travailleurs sociaux et les infirmières en santé mentale participent tous aux soins de chaque patient; nous avons aussi accès à des spécialistes de la toxicomanie, à un aumônier, à un pharmacien et, au besoin, à des gestionnaires de cas et à des personnes affectées au soutien par les pairs.

J'aimerais m'attarder quelques instants au Centre de soins pour trauma et stress opérationnels, le CSTSO d'Ottawa. Ce centre a été créé en 1999 en tant que clinique spécialisée au sein des services de santé mentale, afin de répondre aux besoins des militaires qui ont eu des problèmes de santé mentale à la suite des déploiements difficiles au Rwanda, en Somalie et en Bosnie.

Le CSTSO comprend une équipe multidisciplinaire composée de cliniciens très compétents, souples et créatifs qui évaluent, diagnostiquent et traitent les militaires qui leur sont référés pour des problèmes de santé mentale. Le CSTSO répond aussi aux demandes d'autres militaires de la chaîne de commandement ou, à l'occasion, d'organismes externes. Par exemple, pendant deux ans, soit de 2007 à 2009, avant la mise sur pied du CSTSO de Petawawa, les membres de mon équipe clinique tenaient des cliniques satellites trois semaines sur quatre afin d'aider à répondre aux besoins en santé mentale des militaires de la base.

En outre, pendant plus de 10 ans, le CSTSO d'Ottawa a organisé une semaine de réflexion sur les soins offerts aux dispensateurs de soins à l'intention de tous les aumôniers des Forces canadiennes revenus de missions au cours de l'année précédente.

Nous avons établi des partenariats avec plusieurs organisations à l'extérieur des Forces canadiennes, y compris des cliniques de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel d'Anciens combattants partout au Canada, et plus particulièrement avec notre clinique, ici, à l'Hôpital Royal Ottawa, avec lequel nous entretenons d'étroits rapports de collaboration. Des organisations homologues communiquent avec nous régulièrement, notamment la police provinciale, la GRC et, récemment, le Service des incendies d'Ottawa, afin d'obtenir des renseignements sur notre approche relative à des questions comme le stress provoqué par un incident critique, le suicide et la gestion de questions de santé mentale en milieu de travail.

• (1540)

Avant de terminer, j'aimerais parler d'une autre question importante. Je crois que lors d'un témoignage précédent, vous aviez demandé « qui aide les soignants? » C'est une question très importante, et j'espère que nous aurons l'occasion d'en discuter au cours de la prochaine heure. J'ai appris au cours de mes 10 années au sein des Forces canadiennes ce qui est le plus important pour prévenir l'épuisement professionnel des cliniciens, c'est de travailler dans une équipe dont tous les membres offrent du soutien et ont des objectifs et des idéaux communs.

Je suis heureuse de pouvoir dire que nous appliquons largement ce principe à notre clinique.

Je vous remercie.

Le président: Merci, Colonel.

Madame Gélinas.

[Français]

Mme Huguette Gélinas (coordonnatrice pour le Québec, Coopération civilo-militaire des services de santé, Forces canadiennes, ministère de la Défense nationale): Monsieur le président, membres du comité, je voudrais vous remercier de me donner l'occasion de vous parler des alliances et des partenariats que les services de santé ont établi avec la communauté civile dans le domaine de la santé.

Tout d'abord, le Groupe des services de santé des Forces canadiennes est légalement responsable de fournir des soins de santé au personnel militaire canadien au pays et à l'étranger. Or, en raison de la fermeture des hôpitaux militaires au Canada, les Forces canadiennes dépendent de plus en plus d'une vaste gamme d'organisations civiles de services de santé afin de s'acquitter de cette responsabilité. En fait, il manque au groupe certaines composantes, ce qui le rend dépendant du réseau civil de la santé, avec lequel il doit établir des collaborations relativement à ces composantes. Par conséquent, la stratégie du Groupe des services de santé des Forces canadiennes repose sur des partenariats et des alliances avec des organisations civiles, puisque souvent, les services offerts dans le milieu civil constituent le seul moyen d'avoir accès à certains services de santé nécessaires.

En 2003, le Groupe des services de santé des Forces canadiennes a donc mis sur pied la Coopération civilo-militaire des services de santé des Forces canadiennes, ou COCIM SS. Il s'agit d'une capacité unique qui fournit une expertise sans équivalent dans le milieu civil. Cette section est composée d'un gestionnaire — j'ai occupé ce poste pendant les quatre dernières années —, qui travaille au quartier général du Groupe des services de santé des Forces canadiennes, à Ottawa, et de coordonnateurs, qui sont localisés dans leurs zones de responsabilité respectives.

De 2004 à 2008, j'ai travaillé en tant que coordonnatrice de la COCIM SS pour la région du Québec, un rôle que j'ai repris il y a trois semaines. De 2008 à avril dernier, j'occupais, comme je le disais plus tôt, le poste de gestionnaire nationale de cette équipe. Au cours de ces années, j'ai acquis une solide expérience de l'établissement et du maintien d'alliances civiles et militaires fortes et efficaces qui visent à assurer au personnel militaire malade ou blessé l'accès à des soins de grande qualité.

La COCIM SS facilite l'accès aux services de santé dans le secteur civil soit à titre de complément aux services offerts couramment dans les garnisons, soit à titre de service d'urgence en lien avec des opérations ou des exercices. En 2006, à titre de complément au soutien du Groupe des services de santé des Forces canadiennes à l'opération Athena, la COCIM SS a reçu le mandat de concevoir et de mettre en oeuvre une stratégie visant à assurer des soins aux soldats blessés ou malades dans les environnements des services de santé au Canada, par exemple des soins de courte durée ou de traumatologie dans les hôpitaux civils canadiens, des services de réadaptation, des services de santé mentale et d'autres services spécialisés comme les soins à domicile. Des efforts particuliers ont été faits pour créer des initiatives en santé mentale destinées aux militaires blessés ou malades et à leur famille.

La COCIM SS est également responsable de trouver des occasions d'éducation et de formation pour le personnel du Groupe des services de santé des Forces canadiennes dans les milieux civils anglophones ou francophones. À ce jour, la COCIM SS a négocié et officialisé 154 protocoles d'entente relativement à un programme majeur et obligatoire au sein des hôpitaux civils et des services ambulanciers. Ce programme a pour objectif de maintenir les compétences cliniques des fournisseurs de soins de santé des Forces canadiennes de manière à ce qu'ils puissent tous fournir des soins aux militaires blessés ou malades, tant au pays qu'à l'étranger.

• (1545)

Le ministère de la Défense nationale et le chef d'état-major de la Défense ont pour priorité les soins aux membres des Forces canadiennes blessés ou malades. Par ailleurs, le Groupe des services de santé des Forces canadiennes est fermement résolu à fournir des services de santé de la plus grande qualité qui soit au personnel militaire. À cet égard, les relations continues et fructueuses qui ont été établies avec le milieu civil des services de santé au Canada ainsi qu'avec d'autres ministères ayant un mandat de santé à l'échelon fédéral et provincial par l'entremise de la section que j'ai dirigée jouent un rôle déterminant pour donner suite à cette priorité.

Merci.

Le président: Merci beaucoup, madame Gélinas.

[Traduction]

Je crois que nous nous en tiendrons à des interventions de cinq minutes, puisque nous n'avons qu'une seule heure avec ces témoins.

Monsieur Harris, vous avez la parole.

M. Jack Harris (St. John's-Est, NPD): Merci, monsieur le président, et je remercie nos deux témoins d'être venus nous rencontrer.

Lieutenant-colonel Hébert, j'ai été très impressionné par votre curriculum vitae et par votre cheminement professionnel d'infirmière-psychiatre, et votre grade de lieutenant-colonel dans les Forces canadiennes, ainsi que les déploiements auxquels vous avez pris part.

J'ai bien aimé la manière dont vous avez décrit ce qui se passe ici, à Ottawa. Je ne doute pas qu'avec une équipe de 35 personnes dans votre centre-vedette, vous pouvez faire un excellent travail. Il y a néanmoins une chose qui m'inquiète: c'est que si vous avez une vedette, bien évidemment, tout le monde voudra la comparer à d'autres choses.

Vous avez parlé d'un programme spécial mené à Petawawa de 2007 à 2009. Je suis sûr que vous connaissez le rapport qu'ont préparé des cliniciens civils en avril 2012, il y a un an à peine, sur les mesures qui étaient prises en 2007 et 2009, et nous supposons que c'était ce qu'il y avait de mieux. À ce moment-là, de gros problèmes avaient surgi, et on s'était plaint que le programme du CSTSO manquait de ressources; qu'il n'y avait pas de spécialistes des dépendances médicales alors que 60 p. 100 des cas étaient liés à des formes de dépendance; que les délais d'attente étaient déraisonnables à la suite d'un diagnostic psychiatrique, et qu'il fallait quelqu'un d'autre; que les salaires n'étaient pas compétitifs aux postes offerts à l'extérieur; et qu'il n'y avait aucun incitatif pour pousser les gens à aller vivre là-bas. Vous êtes certainement au courant de toutes ces doléances.

On nous a dit qu'il y avait eu des améliorations. Nous n'en avons pas les détails. Cependant, ce que je voudrais savoir, c'est comment cela peut se produire? Si ces services ont été créés — et je n'en doute pas — et avec la capacité qu'on a ici, à Ottawa, comment cela peut-il arriver à Petawawa, où il y a tellement de soldats, tellement de gens qui reviennent de mission, et un effectif si vaste? Pourquoi ne pas offrir à ce groupe de soldats le même type de services et la même accessibilité, selon les mêmes normes, qu'ici, à Ottawa?

Lcol Alexandra Heber: J'essaie de me rappeler la séquence des événements. En fait, il existe maintenant un CSTSO à Petawawa. Il a été mis sur pied en 2010, en fait, et comme n'importe quelle autre clinique spécialisée, ce centre a eu du mal à attirer des cliniciens disposés à aller vivre dans la région de Petawawa-Pembroke.

Pendant ces deux années, nous avons... À l'époque, Petawawa relevait de nous, en ce qui concerne les traumatismes liés au stress opérationnel. En réalité, notre CSTSO dessert une vaste région. À l'époque, elle englobait Petawawa. Maintenant, elle comprend l'ensemble de l'Ontario, à l'exception de Petawawa. Pendant ces deux années-là, nous avons décidé qu'il fallait trouver une espèce de solution, même temporaire, jusqu'à ce qu'on puisse faire plus et créer un CSTSO distinct.

• (1550)

M. Jack Harris: Mais c'était en 2012, donc deux ans plus tard. Ils disent, par exemple, qu'on y fait des évaluations — c'était le 25 avril — en juillet, et il ne s'agissait que d'évaluation. Il me semble très peu raisonnable, quand quelqu'un a besoin d'évaluation, qu'il lui faille attendre près de trois mois.

Lcol Alexandra Heber: Eh bien, voilà ce que je peux vous dire. Vous avez raison, le délai de 12 semaines nous préoccupe, bien qu'à Petawawa, ce ne soit plus 12 semaines, mais probablement environ 2 semaines. À Ottawa, par contre, c'est environ 12 semaines, et nous travaillons là-dessus.

Par comparaison, mon ami et collègue, le Dr Raj Bhatla, qui est psychiatre en chef au Centre de santé mentale Royal Ottawa, a déclaré l'été dernier, selon l'*Ottawa Citizen*, que pour faire évaluer leurs troubles de l'humeur au Royal Ottawa, les gens attendaient 12 mois. Cela ne signifie pas pour autant qu'un délai de 12 semaines est acceptable, mais je pense que si on veut nous comparer avec le secteur civil, on peut voir que nous travaillons fort et qu'en fait, nous ne nous en tirons pas trop mal.

La deuxième chose...

M. Jack Harris: Pensez-vous que ce soit une comparaison valable, toutefois, puisque nous parlons de soldats qui, on le suppose, ont subi des traumatismes liés au stress opérationnel en conséquence de leurs activités dans les Forces canadiennes? Pourquoi voudrait-on faire des comparaisons avec les attentes dans le civil quand on a un service médical conçu pour traiter et soigner nos soldats blessés et malades?

Les gens n'attendent pas quand ils ont un traumatisme physique. Admettons-le, c'est dans la nature des choses. Pourquoi doivent-ils attendre pour les traumatismes psychologiques?

Lcol Alexandra Heber: Tout d'abord, c'est une question de ressources. Deuxièmement, je tiens à préciser que nous avons un système de soutien au sein des services de santé mentale, de sorte que les personnes qui ont besoin de soins immédiats peuvent les recevoir. C'est assez semblable aux services d'urgence, où les cas de traumatisme physique sont évalués et certaines personnes passent avant d'autres.

Nous avons aussi une équipe de deux cliniciens qui peuvent recevoir les gens en crise, sans rendez-vous. Il n'y a donc pas d'évaluation diagnostique complète, mais au moins, ces gens peuvent être vus rapidement, le jour même où ils se présentent, et ils sont évalués. Ensuite, on établit les priorités.

Le président: Merci beaucoup. Le temps de M. Harris est écoulé.

Monsieur Norlock, vous avez la parole.

M. Rick Norlock (Northumberland—Quinte West, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président et par votre entremise, j'aimerais demander ceci à notre témoin: docteur, pourquoi n'avez-vous pas encore trouvé de remède contre le rhume. Nous sommes deux, ici, à en souffrir, et il n'y a pas de remède.

Lcol Alexandra Heber: Je suis psychiatre. Je peux compatir avec vous, mais je ne peux certainement pas vous guérir.

M. Rick Norlock: Je croirais entendre ma femme, quand elle me dit que je dois chasser le rhume par ma volonté.

Si vous permettez, parlons de choses sérieuses. Je siège aussi au Comité de la sécurité publique et nationale. Nous nous sommes intéressés à tous les services publics qui fournissent — aux contribuables — des services aux malades et aux blessés. Dans ce cas, en particulier, il s'agit de gens souffrant de troubles mentaux ou de traumatismes liés au stress, comme il y en a dans les Forces armées. Nous constatons, et vous pouvez me corriger si je me trompe, qu'il y a une pénurie chronique de psychiatres, de psychologues et de spécialistes en la matière dans toute la société et, particulièrement dans certains cas, au sein des services publics, parce que certains professionnels aiment à traiter un large éventail de type de blessures, alors que dans le système pénitencier, c'est toujours pas mal la même chose, et avec le sida, c'est généralement le même type de maladies ou de gens qui souffrent des mêmes maux.

Si nous pouvions nous appuyer sur cette comparaison — et vous avez de l'expérience dans les deux milieux —, pourriez-vous comparer les délais d'attente, la disponibilité de professionnels dans le domaine civil et le domaine militaire, et en particulier, — si nous en avons le temps — pourriez-vous parler des différences que vous avez constatées entre les expériences vécues en Bosnie et Herzégovine et maintenant, avec l'Afghanistan?

• (1555)

Lcol Alexandra Heber: Je vous remercie pour cette question.

Il y a deux volets à cette question. Tout d'abord, les délais d'attente, et les différences que j'ai constatées dans les souffrances des gens entre le début de ma carrière dans le domaine et maintenant.

J'ai donné l'exemple de l'Hôpital Royal Ottawa et du délai d'attente qui peut être de 12 mois dans le système de santé provincial comparativement à 12 semaines dans notre système. L'un des problèmes, pour bien des organisations dont vous parlez, c'est qu'elles relèvent du régime d'assurance-maladie. Elles relèvent du système de santé provincial, et elles n'ont pas leurs propres services internes de santé physique et mentale comme nous, dans l'armée; alors, c'est beaucoup plus difficile.

Nous avons créé des programmes qui nous permettent, par exemple, d'évaluer des membres de la GRC qui ont été déployés avec nous. Nous leur donnons la priorité, pour les évaluations. Ensuite, nous transmettons des recommandations à leurs médecins, pour qu'ils puissent commencer le traitement. C'est parce que dans le monde civil, il leur fallait beaucoup de temps avant d'obtenir les services et, bien entendu, ils avaient été déployés avec nous et avaient affronté le danger, comme les membres des Forces canadiennes.

Pour ce qui est des différences, c'est une excellente question. Je me rappelle de mes débuts au CSTSO, quand les membres des forces me racontaient leur histoire; il n'était pas rare qu'ils me disent qu'ils n'avaient pas dormi toute une nuit en 10 ans, depuis leur retour du Rwanda ou de la Somalie et que, presque toutes les nuits, ils faisaient des cauchemars.

Je dois vous avouer qu'en tant que psychiatre civile qui ne faisait que commencer à consulter ces gens, j'ai été abasourdie. Ça me semblait difficile à croire. Mais évidemment, ils ont été si nombreux à venir me voir et à me dire la même chose que j'ai compris qu'en fait, c'était vrai. Ces gens avaient souffert en silence pendant des années et des années, mais ils avaient continué de travailler et avaient fait preuve de stoïcisme. Souvent, je devais faire venir leur conjoint ou conjointe pour vraiment savoir combien ils souffraient, parce qu'ils ne voulaient pas trop en parler.

Maintenant, je vois surtout des gens qui, au bout de six mois ou un an après leur retour de mission, constatent qu'ils font encore des cauchemars ou qu'ils réagissent de façon exagérée à la surprise. Je pense qu'ils sont beaucoup plus disposés à se faire traiter. Il semble y avoir moins de préjugés associés à cela. Je crois que c'est, en partie, attribuable au fait que leurs conjoints et conjointes sont beaucoup plus sensibilisés maintenant. Ils ne les laissent plus s'enfermer pendant 10 ans dans leur sous-sol à boire de l'alcool. Ils disent: « Secoue-toi, va chercher de l'aide. »

Le président: Merci.

Le temps est écoulé.

Monsieur McKay, allez-y.

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

Merci à vous deux pour votre présence.

Le lieutenant-colonel Grenier était ici il y a quelques semaines, et son témoignage était particulièrement saisissant et crédible en raison de ses propres expériences de problèmes de santé mentale. Si cette question est inappropriée, dites-la-moi, et nous passerons à autre chose. Il est parfois vrai que, lorsqu'on examine la situation du point de vue du patient, ce que l'on croit au sujet de la clinique, etc., est

différent; l'opinion est peut-être moins bonne. Si c'est approprié, est-ce que l'une d'entre vous a déjà reçu des soins pour des problèmes liés à la santé mentale?

Une voix: C'est inapproprié.

L'hon. John McKay: Je leur ai donné le choix. Si, en fait, c'est inapproprié, dites-le, et je me ferai un plaisir de passer à autre chose. Cependant, c'est tout à fait pertinent, car vous avez parlé de l'épuisement des cliniciens, et c'est vrai.

Les témoignages nous proviennent surtout de personnes qui fournissent les services, ou qui sont responsables de ces fournisseurs de service. Les personnes qui reçoivent les services sont moins représentés. Si c'est inapproprié, dites-le-moi, tout simplement, et je poserai une autre question.

• (1600)

Le président: C'est à la discrétion des témoins si elles souhaitent ou non répondre à cette question.

Lcol Alexandra Heber: Je n'ai pas été soignée pour un traumatisme lié au stress opérationnel, si c'est ce que vous voulez savoir.

L'hon. John McKay: D'accord. C'est juste.

Parlez-moi du profil d'une personne qui entre en clinique.

Une clinique qui compte 35 membres du personnel est assez grande. Quel est le protocole et la fréquence en ce qui concerne les ordonnances d'opiacés?

Lcol Alexandra Heber: Tout d'abord, on n'en prescrit pas dans le domaine de la santé mentale. Si quelqu'un souffre du trouble de douleur chronique, son médecin de famille ou son médecin militaire généraliste s'en occuperaient. Les personnes atteintes seront peut-être réacheminées vers un spécialiste de la douleur, et certaines d'entre elles recevraient peut-être des opiacés sur ordonnance. Mais généralement, cela ne fait pas partie de nos responsabilités.

L'hon. John McKay: Donc, cela ne se produit pas à votre clinique.

Lcol Alexandra Heber: Non. Nous voyons souvent des gens qui sont atteints, par exemple, du trouble de stress post-traumatique et du trouble de douleur chronique. Ce n'est pas inhabituel. Bien sûr, dans de tels cas, le traitement est plus complexe, et davantage de personnes y interviennent habituellement.

L'hon. John McKay: Les verriez-vous après qu'ils ont obtenu leur ordonnance, c'est-à-dire après qu'ils ont pris ces médicaments?

Lcol Alexandra Heber: Nous les verrions peut-être à ce moment-là, ou parce qu'ils entrent pour se faire évaluer au CSTSO. Nous évaluons aussi leur état de santé général et leurs antécédents médicaux, et nous découvrons parfois qu'en réalité, une personne a souffert de la douleur chronique depuis de nombreuses années. Si c'est vraiment le cas, on les renvoie voir leur médecin militaire afin qu'il puisse effectuer un suivi.

L'hon. John McKay: Parmi vos patients, combien souffrent de toxicomanie ou d'alcoolisme?

Lcol Alexandra Heber: L'alcoolisme accompagne souvent le trouble de stress post-traumatique. D'après nos connaissances, confirmées par la littérature et la recherche, le trouble de stress post-traumatique est probablement le trouble psychiatrique où l'occurrence des comorbidités est la plus élevée, c'est-à-dire où il existe d'autres problèmes de santé mentale concomitants. Parmi les troubles les plus importants, on compte l'abus de drogues et d'alcool.

Selon moi, dans un service militaire, il est souvent question d'abus d'alcool. Encore une fois, dans de tels cas, nous offrons dès le début un éventail complet de traitements qui soignent aussi leurs problèmes de dépendance.

L'hon. John McKay: Pouvez-vous préciser, en matière de comorbidité, le pourcentage de personnes atteintes du trouble de stress post-traumatique qui souffrent également d'une dépendance à l'alcool ou à la drogue?

Lcol Alexandra Heber: Une fois de plus, de mémoire, je ne pourrais pas vous le dire.

L'hon. John McKay: Mais ce serait une proportion importante.

Lcol Alexandra Heber: Oui, absolument.

L'hon. John McKay: Et c'est quelque chose que vous surveilleriez.

Lcol Alexandra Heber: C'est quelque chose qu'on surveille en permanence. C'est tout à fait typique des gens que vous voyons au CSTSO. Souvent, ils souffrent de trouble de stress post-traumatique, d'une toxicomanie ou d'une dépendance à l'alcool, et de dépression grave. C'est un trio tout à fait banal.

L'hon. John McKay: C'est tout.

Le président: Merci, votre temps est écoulé.

Le temps passe très vite lorsqu'on s'attaque aux questions d'envergure.

Madame Gallant, vous avez la parole.

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

Colonel Heber, tout d'abord, je tiens à vous remercier du rôle que vous avez joué pour faire en sorte que Petawawa ait son propre CSTSO. Cela fait toute la différence pour les personnes affectées à Petawawa parce qu'elles n'ont plus besoin de prendre l'autobus, de perdre toute la journée en autobus et de risquer de souffrir d'épisodes à bord.

Lcol Alexandra Heber: Merci. Vous avez raison.

Mme Cheryl Gallant: C'est très apprécié... il a fallu s'assurer qu'on dispose du nombre de personnes nécessaires pour aider nos soldats et qu'on a la gamme complète de tous les professionnels là-bas.

On a parlé de l'écart entre les soins fournis par la province et ceux qui sont fournis aux soldats. Étant donné que dans de nombreux cas, les soldats ont une famille et que leur comportement a des répercussions sur l'ensemble de la famille, y a-t-il des cas où la famille au complet ou, du moins, les conjoints et conjointes, reçoivent des soins?

Lcol Alexandra Heber: Merci de la question.

Merci beaucoup. Je n'ai pas joué un rôle prépondérant, mais comme le CSTSO était déjà à Petawawa, nous avons fait valoir que les soldats avaient besoin d'un service bien à eux.

En ce qui concerne les conjoints et conjointes et les membres de la famille, en vertu de la Loi sur la défense nationale, nous ne sommes censés traiter que les soldats. Toutefois, surtout dans les CSTSO, nous avons un peu plus de latitude, particulièrement en ce qui concerne la santé mentale. Dans les CSTSO, nous pouvons aider les conjoints et conjointes et les autres membres de la famille, si cela peut aider le soldat. Donc, c'est ainsi que nous le définissons. Je vous donne un exemple. Nous pouvons conseiller les conjoints et conjointes. Nous les voyons à titre individuel pendant plusieurs sessions, pour les sensibiliser. Ensuite, nous pouvons voir le couple

ensemble. Enfin, nous pouvons voir le couple et les enfants. Si le conjoint ou la conjointe souffre également de dépression, nous ne pouvons pas traiter cette dépression, mais nous pouvons les aider à trouver une ressource au sein de la collectivité.

• (1605)

Mme Cheryl Gallant: Est-ce que le CSTSO traite des anciens combattants de la Bosnie, du Rwanda ou de la Somalie?

Lcol Alexandra Heber: Nous traitons les soldats actifs.

Mais cela dépend de ce que vous entendez par ancien combattant, car nous avons toujours des soldats de ces missions de maintien de la paix, et nous les traitons.

En ce qui concerne les soldats libérés ou en voie de libération, il y a maintenant une superbe ressource créée par Anciens Combattants. La clinique de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel nous est accessible. Lorsqu'un soldat est en cours de libération et qu'il sait qu'il nous quittera, nous le mettons en communication avec la clinique de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel. Il peut s'y rendre et rencontrer le personnel avant même sa libération.

Mme Cheryl Gallant: C'est bon à savoir, car il y a des soldats qui ont peur d'être libérés pour motifs médicaux, puisqu'ils craignent qu'une fois libérés, ils devront recommencer dès le début et revivre tout leur stress.

En 1999-2000, le Programme de soutien social aux victimes de stress opérationnel représentait plus ou moins l'entité qui essayait d'aider les soldats et anciens combattants qui se terraient dans leur sous-sol. Il semble qu'il y ait beaucoup de friction entre le programme et les psychiatres professionnels. Toutefois, il semble que la situation ait évolué et que tout le travail effectué par le colonel Grenier — qui a fait oeuvre de pionnier et qui a dû employer les grands moyens — ait porté fruit.

Quelle est la relation maintenant entre ces deux entités?

Lcol Alexandra Heber: Bien sûr.

Premièrement, l'une de mes priorités lorsque j'ai commencé à travailler à la clinique d'Ottawa et que j'ai connu le colonel Grenier, a été de démarrer un partenariat avec le Programme de soutien social aux victimes de stress opérationnel. Je ne veux pas parler de la situation avant mon arrivée, car je n'y étais pas.

Nous avons fait beaucoup de présentations conjointes sur les façons dont le soutien par les pairs et les soins cliniques peuvent aller de pair en soins de santé mentale. Je pense que cela a donné lieu à un meilleur partenariat. Le Programme de soutien social aux victimes de stress opérationnel a également commencé à s'intéresser à ce qu'on appelle le bureau des conférenciers conjoint de notre quartier général. Il s'agit de membres du programme qui nouent des partenariats avec des cliniciens en santé mentale pour fournir des ateliers de formation à la chaîne de commandement. Ils offrent une formation avant les déploiements. Ils se rendent dans les tiers lieux de décompression et y livrent des ateliers. Ils ont noué des partenariats de toutes sortes de façons.

Très franchement, parfois, le problème en est un de dotation. Nous valorisons énormément les travailleurs du Programme de soutien social aux victimes de stress opérationnel; malheureusement, trop souvent, ils sont trop occupés, et nous nous sentons négligés.

• (1610)

Le président: Merci. Votre temps est écoulé.

[Français]

Madame Moore, vous disposez de cinq minutes.

Mme Christine Moore (Abitibi—Témiscamingue, NPD): Merci beaucoup.

Tout d'abord, madame Heber, vous avez parlé d'éviter l'épuisement professionnel des soignants. Lorsqu'on est soignant, vivre le décès par suicide d'un patient est très difficile. J'ai déjà vécu cela à titre d'infirmière, et ce n'est pas facile. Avez-vous un cadre d'intervention auprès de l'équipe de soins dans le cas du décès d'un patient par suicide?

Par ailleurs, madame Gélinas, prenons l'exemple d'un militaire réserviste qu'on envoie se faire soigner dans un centre de soins de longue durée situé en région, pour qu'il soit plus proche de sa famille. Souvent, c'est une réalité différente de la réalité militaire. Dans les centres de soins de longue durée, on est souvent entouré de gens dont la moyenne d'âge est d'environ 90 ans et qui sont atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'autres pathologies. Ce n'est donc pas la même situation que celle que vivent nos collègues militaires.

Comment travaillez-vous, sur le plan de la coopération civile, pour offrir à ces personnes un séjour tout de même bénéfique, un séjour qui les aide, malgré le fait que les gens qu'elles côtoient au quotidien sont différents de leurs collègues militaires?

[Traduction]

Lcol Alexandra Heber: J'essaierai d'être brève.

Merci beaucoup de cette question. Ces trois dernières années, nous effectuons ce qu'on appelle des examens techniques médicaux professionnels de suicide. Chaque fois qu'il y a un suicide d'un membre des forces armées, nous envoyons une équipe de MMG — médecins militaires généralistes — ainsi qu'un psychiatre en uniforme d'une autre base, afin d'examiner la situation.

J'ai justement effectué une telle visite à Petawawa dernièrement. Nous nous rendons sur place et nous interviewons toutes les parties concernées, y compris les cliniciens qui suivaient le suicidé. Nous interviewons également la police, si c'est la police qui a trouvé la dépouille. Nous interviewons aussi la famille. Nous essayons de brosser un tableau complet, puis nous faisons rapport au médecin-chef. Je dois vous dire que le suicide est une chose horrible pour toutes les personnes touchées; c'est vraiment horrible. Mais avant de commencer à intervenir dans ce genre de cas, je ne me rendais pas compte des répercussions qu'ont ces suicides sur l'équipe de soins de santé. Alors, vous avez absolument raison.

J'en ai d'ailleurs parlé à mon équipe. Heureusement, nous n'avons pas connu ce genre d'incident depuis environ deux ans, mais c'est dévastateur pour tout le monde. Je pense qu'il importe de mettre en place un mécanisme de premiers soins psychologiques, comme nous le ferions pour n'importe quel incident critique, y compris pour l'équipe qui soignait la personne.

[Français]

Mme Huguette Gélinas: Je vous remercie de votre question.

Je trouve intéressant d'avoir l'occasion de parler de cela. Dans une seule situation j'ai pris part à des discussions concernant le fait que des réservistes, par exemple, devaient aller dans des centres de soins de longue durée et côtoyer une clientèle qui ne leur ressemblait en rien, et c'était dans la région de la Montérégie. Pendant plusieurs années, nous avons eu énormément de discussions avec l'école des recrues, à Saint-Jean, ainsi qu'avec tous les acteurs du milieu de la santé. Cela concernait beaucoup le fait que plusieurs militaires ou recrues anglophones, quand ils avaient besoin de soins dans la région, ne pouvaient pas recevoir de services en anglais. C'était particulièrement difficile lorsqu'il s'agissait de problèmes liés à la santé mentale.

Il y a donc eu des discussions en vue de mettre sur pied un corridor de service privilégié avec l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, à Montréal. Nous avons aidé les gens du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu—Rouville à former du personnel en anglais. Il y a aussi eu des discussions quand nous devions envoyer, parfois pour quelques jours, de jeunes recrues dans des milieux où elles feraient l'objet d'une surveillance clinique. Nous avons eu des discussions surtout avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie pour essayer de trouver d'autres solutions. Par exemple, s'il y avait plusieurs patients, on pouvait les mettre ensemble dans une section, dans un CHSLD ou l'équivalent, ou encore les envoyer dans des cliniques de ressources intermédiaires.

Voilà l'expérience que j'ai eue en ce qui concerne l'aspect que vous avez soulevé.

● (1615)

Le président: Merci beaucoup.

Madame Moore, votre temps de parole est écoulé.

[Traduction]

Monsieur Strahl, c'est votre tour.

M. Mark Strahl (Chilliwack—Fraser Canyon, PCC): Merci, monsieur le président, et merci aux témoins de leur témoignage et de leurs réponses jusqu'ici.

Colonel Heber, est-ce que je prononce bien votre nom?

Lcol Alexandra Heber: Heber. Ce n'est pas si sophistiqué.

M. Mark Strahl: Heber, merci.

Des témoins qui vous ont précédée ont parlé de cliniciens qui commencent à travailler dans le service militaire, puis deviennent tellement frustrés qu'ils préfèrent aller travailler dans le civil. Or, vous avez fait le contraire: vous avez commencé dans le système public, puis vous êtes passée au système militaire. Pourriez-vous nous parler des professionnels — je suis sûr que vous en avez vu se déplacer en sens inverse. Quelle a été la différence entre votre expérience et celle d'autres cliniciens au sein des forces armées?

Lcol Alexandra Heber: Merci de la question.

Je ne pense pas qu'il arrive fréquemment que les personnes deviennent frustrées des services militaires et décident de quitter l'équipe. Lorsque je pense aux équipes que je connais bien partout au Canada, je peux vous donner comme exemple Edmonton, qui a un groupe de cliniciens très stable. En ce qui concerne mon équipe à Halifax, je peux vous dire qu'ils ne quitteraient jamais la clinique. Ils adorent leur pratique.

Toutefois, je pense qu'il faut des personnes qui recherchent un certain type de pratique, surtout en ce qui concerne les psychologues et psychiatres, car selon moi, les travailleurs sociaux et le personnel infirmier en santé mentale sont naturellement disposés à travailler en équipe. J'ai été infirmière, et c'est peut-être pourquoi j'ai été attirée par ce genre de travail.

Si vous êtes une personne très indépendante ou si vous voulez contrôler chaque aspect de votre pratique et que vous ne voulez pas que quelqu'un d'autre s'occupe de l'horaire de vos évaluations et fixe les rendez-vous, alors nos cliniques de santé mentale ne seront pas à votre goût. Je peux vous dire que lorsque j'ai dit à mes psychiatres et psychologues qu'afin d'apprendre les uns des autres, nous allions voir les patients en équipe, ils n'ont pas aimé l'idée. Toutefois, après un certain temps, ils ont reconnu les avantages de ces consultations en équipe et maintenant, j'ai de la difficulté à les faire voir les patients seul à seul.

Je pense que le principal avantage qu'offrent nos cliniques, c'est qu'on peut travailler en équipe. Ça permet de partager la charge et d'apprendre les uns des autres. Ce n'est pas du travail à la pièce ou à l'acte. Nos professionnels peuvent faire toute sorte de travail et être rémunérés. Par exemple, un psychiatre peut appeler un patient; il peut voir un membre de la famille et être payé pour ce travail également.

M. Mark Strahl: Je comprends ce point de vue. Cela nous offre une perspective toute nouvelle.

Je voulais vous parler des examens de santé avant et après les déploiements. En fait, je m'intéresse plutôt au bilan avant les déploiements — après tout, il faut mieux prévenir que guérir. Les forces militaires ont-elles trouvé une mesure ou une préparation qui permette aux soldats de mieux se défendre contre le trouble lié au stress opérationnel? A-t-on examiné la question et a-t-on trouvé quelque chose qui fonctionne?

• (1620)

Lcol Alexandra Heber: C'est une excellente question.

Nous n'avons pas encore de données concrètes. Toutefois, nous avons quelques idées, et nous en avons fait des programmes. Peu importe la gravité de la situation sur le terrain, il semble que mieux on est préparé au préalable, moins on en sort traumatisé. Il faut savoir que les surprises, en tant que telles, produisent des traumatismes. Nous avons donc créé un programme de préparation mentale; je crois que vous en avez parlé. Il s'agit d'un programme qui se fonde sur ces travaux de recherche.

Donc, nous préparons les soldats mentalement, comme ils se préparent physiquement pour aller livrer combat. Je pense surtout à l'Afghanistan. Nous les préparons mentalement en leur enseignant des techniques qu'ils peuvent employer lorsqu'ils se sentent dépassés ou très anxieux. Nous leur enseignons également des techniques de relaxation.

Le président: Merci. Votre temps est écoulé.

Monsieur Larose, vous avez la parole.

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

J'ai trois questions rapides, après quoi je ferai une constatation.

Lieutenant-colonel Heber, y a-t-il eu des compressions budgétaires dans vos programmes depuis votre arrivée?

Lcol Alexandra Heber: Non, il n'y a eu aucune compression.

M. Jean-François Larose: Y a-t-il eu des évaluations de programmes? Nous disposons d'un grand nombre de statistiques et de données concernant leur effet sur les services militaires. Y a-t-il eu des évaluations du rendement de vos centres ou des programmes que vous offrez? A-t-on besoin de plus de données sur tout cela?

Lcol Alexandra Heber: Pas plus tard qu'hier, nous avons eu une réunion à notre siège social pour voir comment on pourrait remettre sur pied le comité sur la normalisation des traitements. Il était actif pendant un certain nombre d'années, mais je pense que les gens étaient tellement occupés qu'on a fini par l'abandonner en cours de route. Nous voulions précisément examiner ce point.

Au fil des dernières années, nous avons déployé beaucoup d'efforts pour élaborer un dépistage avant et après les déploiements. Nous voulions également voir comment nous pouvions utiliser cet outil pour faire des évaluations. Le major Sedge a fait des recherches à ce sujet à Gagetown. Il a examiné, au fil du temps, une série de personnes atteintes du trouble de stress post-traumatique. Nous avons également fait beaucoup de sensibilisation et de formation afin

que notre personnel connaisse mieux les traitements fondés sur les résultats et les utilise en cas de trouble de stress post-traumatique. Nous sommes maintenant en train de voir ce qu'il faudrait mettre en oeuvre afin d'évaluer le tout.

Il existe bien entendu des outils. Nous avons utilisé un outil à Ottawa au cours des deux à trois dernières années. Chaque fois qu'un membre nous visite, nous l'évaluons grâce à une espèce de liste de contrôle qui nous permet d'examiner ses symptômes et d'évaluer comment il perçoit son rôle et comment les choses se passent dans leur vie personnelle. C'est très bien documenté. Nous avons évalué cette méthode de manière officieuse à Ottawa, mais je crois qu'il s'agit d'un outil que nous allons adopter à l'avenir. C'est un excellent outil, car il nous permet de voir, au fil du temps, si les gens se sentent mieux et si leurs symptômes s'améliorent.

M. Jean-François Larose: Cela m'amène à ma prochaine question.

Nous avons mentionné que, par rapport aux soins octroyés au civil — et c'est un point que j'avais soulevé à la dernière séance —, le secteur militaire est très avancé dans ce domaine.

Avez-vous l'impression qu'à l'heure actuelle, le niveau de soins prodigués est adéquat, ou devrait-on y apporter des améliorations?

Lcol Alexandra Heber: Oui, nous pouvons toujours nous améliorer. Ainsi, il faudrait commencer à examiner les mesures des résultats grâce à une méthode beaucoup plus normalisée. Je crois que ce sera la prochaine étape que nous adopterons.

Nous savons que nous pouvons aider les gens et nous voyons que leurs symptômes s'améliorent, mais il serait particulièrement utile de pouvoir saisir ces données de manière objective.

M. Jean-François Larose: Je me demande si vous pouvez m'aider avec un point. Je songe à tous les témoins qui ont comparu jusqu'à présent au comité...

J'aimerais remercier tous les représentants des forces armées qui ont comparu jusqu'ici. Je trouve que votre dévouement et votre énergie sont absolument merveilleux. Je n'ai jamais vu autant de gens issus du milieu médical prendre tellement à coeur l'importance d'aider nos soldats. C'est tout simplement formidable.

Toutefois, je crois qu'un problème va surgir à l'avenir — et je me demande si cela vous préoccupe également —, car j'ai l'impression qu'il y aura des compressions budgétaires. Nous avançons enfin dans ce dossier, mais voilà que nous devons faire face à des compressions budgétaires.

Par ailleurs, on parle beaucoup de la vie civile. Nous recevons des rapports dans lesquels on nous annonce que les membres des forces armées ne peuvent pas avoir accès à ces programmes, qu'ils ne sont pas suffisants et que nous devons en faire davantage. Ils finissent donc par devoir recourir à des services qui sont offerts au civil. Même s'il existe beaucoup de collaboration entre le système civil et militaire, les recherches effectuées par le civil ne sont pas à la hauteur des recherches que vous faites.

Où nous dirigeons-nous dans ce contexte? Cela porte à confusion, et il faut clarifier les choses.

• (1625)

Lcol Alexandra Heber: Huguette souhaiterait peut-être compléter ma réponse.

Depuis que les hôpitaux militaires ont été fermés au début ou au milieu des années 1990, nous dépendons du système civil et nous collaborons avec ce secteur de plusieurs façons.

Par exemple — et vous avez tout à fait raison — nous effectuons des évaluations, établissons un diagnostic et créons un plan de traitement pour tous les membres des forces armées qui se présentent à nous avec un problème de santé mentale et qui se trouvent dans notre zone. Nous ne pouvons malheureusement pas fournir une thérapie dans notre clinique à tous ces patients. Ainsi, nous avons un réseau, composé surtout de psychologues qui sont situés à Ottawa et à qui nous référons des patients. Toutefois, après chaque 10 sessions, le membre des forces armées revient nous voir et rencontre un de nos travailleurs sociaux qui l'évalue grâce à notre liste de contrôle, afin de voir si le membre en question est en train de progresser. Le travailleur social lui demande ensuite comment sa thérapie se déroule et si des objectifs ont été établis.

La dernière chose qu'on voudrait serait qu'un membre des forces armées consulte un fournisseur de services de santé externe et qu'il consulte cette personne pendant des années, sans que nous ne sachions ce qui se passe. Nous ne permettons pas que cela arrive. Nous rencontrons nos fournisseurs de services deux fois par année. Nous leur demandons de venir nous voir.

Le président: Merci. Votre temps est écoulé.

Nous avons encore le temps pour une question.

Monsieur Chisu.

M. Corneliu Chisu (Pickering—Scarborough-Est, PCC): Merci, monsieur le président.

J'aimerais remercier les témoins d'être des nôtres. Je vous remercie pour tout le travail que vous faites pour nos hommes et femmes en uniforme.

J'aimerais poser une question à Mme Gélinas.

Si j'ai bien compris, le programme de coopération civilo-militaire en matière de soins de santé travaille de près avec les autorités fédérales, provinciales et territoriales en matière de santé et avec les organismes de réglementation professionnelle. Pouvez-vous nous expliquer comment vous travaillez avec ces divers paliers de fournisseurs de soins de santé? Qu'est-ce que cela apporte aux Forces canadiennes que de travailler avec tous ces partenaires?

Je m'intéresse également à la formation. Dans votre déclaration, vous avez indiqué avoir signé des ententes pour maintenir les travailleurs des Forces canadiennes à jour dans une certaine mesure, afin qu'ils se conforment notamment aux exigences des organismes de réglementation professionnelle.

[Français]

Mme Huguette Gélinas: Je vous remercie de votre question, que je trouve très intéressante.

Notre direction est responsable d'un programme dont je parlais plus tôt, soit le Programme de maintien de préparation clinique. Mon équipe travaille en étroite harmonie et en étroite synergie avec cette direction. Le rôle de mon équipe est de favoriser des occasions au sein des hôpitaux civils ou avec les services d'ambulance, par exemple, pour que notre personnel clinique puisse maintenir à jour ses compétences et être préparé.

Cela prend différentes formes, selon la profession. Par exemple, nos médecins spécialistes travaillent à plein temps dans les hôpitaux, dans des centres ultra-spécialisés, comme les réseaux McGill et Sunnybrook à Toronto. Ils travaillent à plein temps pour être vraiment au sommet de leur art. Les seules exceptions ont lieu lorsqu'ils doivent partir en entraînement prédéploiement et être déployés. Ça prend cette forme pour nos médecins spécialistes.

Il faut des médecins et du personnel infirmier. Ce sera donc surtout dans des centres hospitaliers. Ils iront travailler dans différents départements, généralement à l'urgence, pour les traumatismes et l'anesthésie. Ce programme fonctionne très bien. Nous avons d'excellentes collaborations. C'est vraiment gagnant-gagnant. Nous fournissons de l'aide, et l'expérience qu'a notre personnel n'est pas comparable. C'est très enrichissant pour le milieu de recevoir ça. Nous offrons ces occasions à notre personnel de maintenir ses compétences.

Mon équipe a mis en place des protocoles d'entente. Comme c'est une collaboration double, ce n'est pas dans un seul sens. Nous préparons les arrangements pour de telles activités et nous négocions des conditions qui sont favorables à de telles activités. Parfois il s'agit de négocier certains éléments avec les ministères de la Santé des provinces.

• (1630)

[Traduction]

M. Corneliu Chisu: J'aimerais vous poser une autre question. Est-ce que ces 35 personnes sont agréées? Je songe aux psychiatres et aux autres professionnels. Je vous pose cette question, car la réglementation professionnelle est de compétence provinciale.

Lcol Alexandra Heber: Oui, absolument. Nous n'embauchons que des professionnels de la santé autorisés. Cela s'applique également aux fournisseurs externes auxquels nous avons recours. Nous ne faisons appel qu'aux fournisseurs de soins de santé externes qui sont allés à un collège, où ils ont reçu une accréditation.

M. Corneliu Chisu: D'accord.

Et vous, madame Gélinas...?

[Français]

Mme Huguette Gélinas: D'ailleurs, ce programme de maintien de compétences permet à ces professionnels de conserver leurs permis.

[Traduction]

M. Corneliu Chisu: Merci beaucoup.

Ai-je le temps de poser une dernière petite question?

Le président: Il vous reste moins que 10 secondes, alors on va s'en tenir là.

M. Corneliu Chisu: Très bien.

Le président: Merci beaucoup.

J'aimerais remercier tous les témoins d'avoir comparu. Je sais que le temps file rapidement, mais nous vous sommes reconnaissants de tous les renseignements que vous nous avez fournis afin de nous aider à poursuivre notre étude au sujet des soins que nous accordons à nos braves hommes et femmes qui nous ont servis vaillamment. Nous savons qu'ils apprécient tous les soins et l'attention que vous leur avez prodigués.

Sur ce, nous allons suspendre la séance. Nous allons ensuite demander à notre prochaine série de témoins de venir s'asseoir à la table.

Lcol Alexandra Heber: Merci.

• (1630)

(Pause)

• (1635)

Le président: Nous allons reprendre la séance et poursuivre pour notre deuxième heure.

Les représentants de Wounded Warriors Canada se sont joints à nous. Souhaitons la bienvenue à M. Derrick Gleed, qui est le vice-président du conseil d'administration et directeur financier de cette organisation. Il est accompagné de Padre Phil Ralph, qui est directeur des programmes et aumônier du 32^e régiment de combat à Toronto.

Je vous souhaite, à tous les deux, la bienvenue. Merci de nous aider dans notre étude.

Monsieur Gleed, la parole est à vous.

M. Derrick Gleed (vice-président du conseil d'administration et directeur financier, Wounded Warriors Canada): Merci, monsieur le président.

Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du comité, au nom de Wounded Warriors Canada, je tiens à dire que nous sommes véritablement honorés d'avoir été invités à témoigner devant le comité et à participer à une discussion très importante sur les soins offerts aux membres des Forces canadiennes malades ou blessés.

Permettez-moi de me présenter. Je m'appelle Derrick Gleed et je suis vice-président du conseil d'administration et directeur financier de notre organisation. Le capitaine Phil Ralph, directeur des programmes et aumônier, m'accompagne.

Nous sommes membres du conseil d'administration, et je suis fier de dire que nous avons pu surveiller la mise en oeuvre d'une solide gamme de programmes pour le bénéfice des membres des Forces canadiennes malades ou blessés.

Notre organisation, Wounded Warriors Canada, a été fondée en 2006 par le capitaine Wayne Johnston, qui a servi avec distinction pendant 40 ans dans les Forces canadiennes et qui est bien connu en tant qu'officier de rapatriement des soldats tombés au champ d'honneur en Afghanistan. Grâce à un vaste éventail de programmes et de services, nous participons à la recherche de solutions pour faire le relais quand les membres des Forces canadiennes sont dans le besoin, qu'ils aient été membres des forces régulières ou réservistes.

Nos troupes sont, pour la majorité, rentrées d'Afghanistan, et notre première préoccupation est passée d'un appui en cas de blessure physique au bien-être mental, à la suite de l'incidence croissante de cas de troubles de stress post-traumatique, en raison de traumatismes liés au stress opérationnel.

Dans l'ensemble, toutefois, notre mandat vise à apporter de l'aide à n'importe quel ancien combattant blessé qui serait dans le besoin au moment de sa transition à la vie civile. Nous sommes une société à but non lucratif qui fonctionne exclusivement grâce aux dons faits par des Canadiens et des entreprises canadiennes d'un bout à l'autre du pays. Pour nous guider, nous avons retenu le principe de maintenir nos dépenses d'exploitation annuelles à un niveau inférieur à 20 p. 100 de nos revenus annuels. De plus, nous veillons avec diligence sur les fonds durement gagnés par nos bienfaiteurs afin d'en tirer le meilleur parti pour améliorer la vie de nos soldats malades ou blessés et celle de leurs familles.

Les exemples suivants ne sont que quelques-uns de nos programmes cette année.

Notre contribution de 100 000 \$ au réseau de transition des anciens combattants de Colombie-Britannique a permis le lancement du premier programme de transition pour anciens combattants en Ontario. À la fin du mois de mai, nous emmènerons une équipe de membres des Forces canadiennes qui ont des problèmes de santé mentale, participer à la Big Battlefield Bike Ride, qui est un parcours cycliste entre Paris et Londres. C'est là un de nos programmes à

l'intention de ceux qui font face à des problèmes de santé mentale. Ce programme a connu un franc succès l'année dernière.

Nous avons contribué 50 000 \$ à une manifestation provinciale à Nipawin, en Saskatchewan, et au cours d'une fin de semaine, 130 Canadiens, Américains, Britanniques et Australiens blessés partagent une fin de semaine de camaraderie et de réconfort moral. Il s'agit du Wounded Warriors Weekend. Un programme faisant intervenir des chiens, au Manitoba, vise à offrir un service d'élite novateur pour ce qui est des troubles de stress post-traumatique, et nous en sommes partenaires. Cette année, nous allons verser près de 100 000 \$ afin d'élargir ce programme à l'échelle nationale.

Nous sommes également partenaires d'une organisation, Can Praxis, qui est un programme innovateur d'équitation à Calgary. On se sert de chevaux et on peut compter sur la vaste expérience en communication que possède le personnel pour promouvoir la reconstruction personnelle et l'amélioration de la qualité de vie d'anciens combattants aux prises avec des troubles de stress post-traumatique. Récemment, en partenariat avec la Légion royale canadienne, nous avons lancé un programme de sensibilisation afin de faire connaître les services d'appui qui existent, et le réseau inclut 1 450 chapitres de la Légion royale au Canada.

Le 15 mai, nous annoncerons une bourse de 400 000 \$ sur 10 ans que Wounded Warriors Canada versera à des étudiants au doctorat en santé mentale pour les anciens combattants. Il s'agit d'un partenariat avec l'Université Queen's et l'Institut canadien de recherche en santé des militaires et des anciens combattants. Cette semaine, nous avons versé 15 000 \$ pour appuyer le financement de la Fondation Natasha Wood de Fay Maddison, qui vient en aide aux enfants des militaires atteints de troubles de stress post-traumatique et d'autres problèmes qui y sont reliés.

Le gros de notre tâche, comme en témoigne la gamme de nos programmes et de nos initiatives, vise à garantir aux anciens combattants qui rentrent au pays et qui souffrent de divers problèmes personnels, de santé ou financiers, un appui lors de leur transition à la vie civile. Étant donné que nous sommes ni cliniciens, ni psychologues, ni thérapeutes et ni même conseillers financiers, nous versons de l'argent à des experts pour la prestation de nos programmes et pour obtenir les meilleurs résultats possibles pour les intéressés.

Comme vous le savez, la vie militaire comporte des circonstances uniques, auxquelles s'ajoutent des facteurs personnels et liés au théâtre d'opérations, ce qui touche et influence les membres de nos Forces canadiennes. On comprend bien que chacun est touché par le milieu ambiant. Quand les membres des Forces canadiennes rentrent au pays, on constate que leur mission les a changés. Pour certains, ces changements sont aussi évidents que les cicatrices physiques qu'ils gardent. Certains ont appris à apprécier la vie encore plus. D'autres portent des cicatrices invisibles. À certains égards, c'est comme s'ils avaient laissé une partie d'eux-mêmes sur le théâtre des opérations.

•(1640)

Les amis et les proches des membres qui souffrent de traumatismes liés au stress opérationnel remarquent souvent qu'à leur retour au pays, ces derniers ne sont pas les mêmes qu'avant leur déploiement. Nos soldats, leurs familles et leurs amis nous en ont fait le récit et c'est la raison pour laquelle nous avons intégré dans notre mandat un principe simple mais toutefois puissant qui nous guide: honorer les militaires morts au champ d'honneur et aider les survivants. Nous faisons de notre mieux pour offrir aux membres qui souffrent de traumatismes liés au stress opérationnel et d'affections connexes des services holistiques, sur les plans psychologique, physique, financier et spirituel.

Bien entendu, établir des partenariats est crucial quand il s'agit d'enjeux de cette portée et de cette taille. Nous travaillons en partenariat avec des groupes indépendants, mais également de concert avec les entités qui offrent des soins aux membres des Forces canadiennes comme Anciens combattants Canada, y compris les services de santé des Forces canadiennes, le SSBSO, les aumôniers et la D Gest SB. Tout en encourageant les membres à profiter des programmes et des services qui existent dans ces organisations, nous créons les conditions propices à leur rétablissement.

Je suis fier d'annoncer aujourd'hui quelque chose de particulièrement important au sujet des partenariats — vous en entendrez parler d'ici quelques jours —, le sénateur Roméo Dallaire a accepté d'être le président d'honneur national de Wounded Warriors Canada et comme vous pouvez l'imaginer c'est un grand honneur pour notre organisation.

Il est également important de signaler que depuis la fondation de notre organisation, nous avons accordé une attention particulière au bien-être des Premières réserves. Quiconque souffre de traumatismes liés au stress opérationnel fait face à de nombreux obstacles et défis pendant la période de rétablissement et de transition à la vie civile. Toutefois, au sein des FC, ces défis sont particulièrement difficiles pour la Première réserve. Les membres de la Première réserve que le commandement des Forces canadiennes a qualifié d'essentiels pour accomplir la mission la plus récente, rentrent au pays et ne peuvent pas compter sur l'appui nécessaire pour gérer la transition à la vie civile, et cela n'est pas souvent mentionné.

Les membres de la Première réserve ont constitué 30 p. 100 des forces déployées et ils retournent à la vie civile mal outillés pour évaluer, reconnaître ou gérer leurs besoins. Qui plus est, si les réservistes de cette catégorie cherchent à se prévaloir des programmes existants, ils se sentent souvent abandonnés étant donné les contraintes de temps et d'espace, auxquelles s'ajoute la nécessité de subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs familles. De plus, les membres de la Première réserve risquent véritablement de perdre leurs emplois dans le civil en raison des blessures qu'ils ont subies pendant leur service. Cela est particulièrement vrai en ce qui a trait à la santé mentale. Enfin, un véritable défi se pose sur le plan de l'indemnisation, ce que l'on appelle couramment l'indemnité d'invalidité, lorsqu'un problème de santé mentale se manifeste après leurs 30 jours de service dans la catégorie C.

En résumé, nous nous considérons comme une oeuvre de charité de première ligne, car nous avons une interaction, une écoute et une réponse aux besoins des hommes et des femmes qui ont si bravement servi notre pays. Notre interaction quotidienne avec les anciens combattants et leurs familles nous porte à croire qu'il serait négligent de notre part de ne pas donner des suggestions pratiques quant à la façon dont les Forces canadiennes peuvent être plus efficaces pour répondre aux besoins qui existent comme, par exemple, la

suppression des longs retards administratifs pour obtenir des compensations et des indemnités.

Les définitions du RARM concernant la couverture, en particulier en ce qui a trait à l'éducation, doivent être élargies, et ce, au niveau de la nature des programmes comme de leur durée. Les Forces canadiennes doivent améliorer le recyclage en matière d'éducation en offrant les outils nécessaires, comme des ordinateurs portables et d'autres outils reliés au métier choisi, afin que les anciens combattants puissent parfaire leur éducation et faire face à la concurrence dans le monde réel. Finalement, le passage d'un régime de pension à un paiement forfaitaire, qui découle de la nouvelle Charte des anciens combattants, est couramment signalé à notre attention comme un élément qui exige d'être examiné.

En conclusion, nous remercions les membres du comité de leur invitation et nous vous souhaitons tout le succès possible dans votre travail pour le bénéfice des anciens combattants. Nous sommes à votre disposition si vous avez des questions maintenant et plus tard.

Merci.

•(1645)

Le président: Merci.

Aumônier Ralph, voulez-vous ajouter quelque chose?

M. Phil Ralph (directeur des programmes et aumônier, Aumônier de régiment, 32^e Régiment de combat, Toronto, Wounded Warriors Canada): Non.

Le président: Puisqu'il en est ainsi, nous allons nous en tenir à des questions de cinq minutes.

Monsieur Harris.

M. Jack Harris: Merci beaucoup de votre exposé.

Vous avez cerné quelques enjeux qui mériteraient peut-être d'être développés. Tout d'abord, je voudrais savoir si vous mettez l'accent actuellement sur la santé mentale? Nous pouvons compter sur Wounded Warriors, Soldier On, et il existe un fonds pour les familles des militaires. Il y a également le fonds Maple Leaf et aussi d'autres entités.

En sommes-nous au point où il faudrait une certaine spécialisation? Y a-t-il des lacunes qui demeurent? La Légion canadienne fait du travail. Vous l'avez dit, une organisation en Colombie-Britannique est très active. Il y a d'autres groupes de défense également.

Pourquoi est-ce ainsi?

M. Derrick Gleed: Pourquoi?

M. Jack Harris: Oui, y a-t-il un problème? N'obtenez-vous pas assez de financement auprès du gouvernement?

M. Derrick Gleed: Je ne pense pas que...

M. Jack Harris: Est-ce qu'on ne s'occupe pas assez bien de nos soldats à tel point qu'il nous faut compter sur des oeuvres caritatives pour faire le travail?

M. Derrick Gleed: Monsieur, sauf le respect que je vous dois, il faut dire que le Canada est un pays remarquable et des gens remarquables. En tant que trésorier et directeur financier de cette oeuvre caritative, et grâce à mes activités courantes avec diverses oeuvres du genre, j'ai pu constater qu'en l'occurrence les Canadiens de toutes les couches de la société apportent leurs dons à notre organisation et c'est du jamais vu...

M. Jack Harris: Ils souhaitent aider...

M. Derrick Gleed: Oui, ils souhaitent aider.

M. Jack Harris: Exact.

M. Derrick Gleed: Je ne peux pas me prononcer pour d'autres oeuvres de charité et leurs mandats mais notre mandat à Wounded Warriors est de mettre l'accent en premier lieu sur les enjeux de santé mentale qui existent. Essentiellement c'est parce que... En toute justice, les Forces canadiennes ont fait un très bon travail pour ce qui est des blessures physiques. Le problème dans le cas de la santé mentale est que malheureusement les difficultés présentent un cycle plus long, ce qui se reflète sur les besoins et elles peuvent se manifester de diverses façons et sur une période plus longue. C'est là-dessus que nous mettons l'accent.

M. Jack Harris: Donc, c'est là-dessus que vous mettez l'accent, n'est-ce pas?

M. Derrick Gleed: C'est cela.

M. Jack Harris: Très bien. Je suis ravi de vous l'entendre dire.

Pouvez-vous nous parler un peu plus d'une des dernières choses que vous avez dites sur les réservistes de la catégorie C? Vous avez parlé des 30 jours qui constituaient une limite pour être admissible à une indemnité. Nous savons que la santé mentale et les progrès d'une maladie mentale, plus particulièrement le TSPT, se manifestent parfois bien après le traumatisme.

Qu'est-ce qui ne va pas à cet égard? Quelles recommandations devrions-nous faire pour apporter un correctif? Nous parlons ici des soins et du traitement de soldats blessés. Ces soldats sont encore blessés quand ils quittent les réserves même s'ils peuvent être admissibles au programme visant les anciens combattants. Les soins dispensés à une personne blessée en tant que soldat sont importants.

M. Derrick Gleed: Je vais laisser le directeur des programmes et aumônier vous donner des précisions.

M. Phil Ralph: En bref, lorsque quelqu'un provient de la réserve et a été déployé avec la force régulière, à son retour au Canada, il subit un court dépistage médical postdéploiement, et ensuite il doit prendre congé. Il passe deux jours dans l'unité de réserve, pour participer la moitié du temps aux activités du régiment et se faire voir, puis il doit utiliser ses congés. Voilà ce qui constitue ses 30 jours.

On lui pose des questions directes sur les symptômes. On utilise les outils de dépistage, mais comme on le sait très bien, les problèmes de santé mentale se manifestent parfois des mois et même des années après, comme vous l'avez dit.

Une fois les 30 jours épuisés et le contrat de classe C terminé, la personne est de retour à la soi-disant vie civile. Elle peut redevenir un soldat de classe A et participer aux activités du régiment une fois par semaine et à la formation mensuelle, mais pour le reste, elle doit gagner sa vie sur le marché du travail pour nourrir sa famille, elle-même, etc. Si les problèmes de santé mentale commencent à se manifester à la suite du service, la situation est très difficile, surtout pour les réservistes.

Il y a deux problèmes, le temps et l'espace. Si on est de Flin Flon au Manitoba, tous ces merveilleux centres dont on entend parler sont assez loin, alors y avoir accès est problématique. Deuxièmement, parce qu'on est maintenant un soldat de classe A, on participe aux activités du régiment le vendredi soir ou le jeudi soir, quelle que soit la soirée de rassemblement, et voilà le service militaire. Cependant, si on a maintenant des problèmes de santé mentale, on a besoin d'un traitement, il faut qu'on soit examiné, mais on continue d'essayer de nourrir sa famille, de garder son emploi civil, et de faire toutes les choses que tout le monde doit faire, mais on se retrouve avec ce problème supplémentaire.

Vous avez raison. Quand j'étais enfant, mes parents m'ont appris que si je brisais quelque chose, je devais le réparer. C'est la responsabilité des Forces canadiennes de s'occuper de cette situation puisqu'on a, en quelque sorte, brisé quelque chose. J'ai vu des soldats, surtout ceux qui ont des problèmes de santé physique se faire traiter pendant cette période de 30 jours. Excellent, si quelqu'un a une blessure, on le traite, on prolonge son contrat, on l'héberge et on s'assure qu'il est toujours payé. On le traite et on le suit jusqu'à son rétablissement. Cela fonctionne très bien pour ce modèle.

Les problèmes de santé mentale peuvent ne surgir que six ou huit mois plus tard. C'est presque impossible de refaire signer un contrat à une personne pour que le système s'en occupe. Je le sais. J'ai essayé.

• (1650)

M. Jack Harris: Mais il ne s'agit pas vraiment d'anciens combattants. Ils font toujours partie des forces...

Le président: Votre temps est écoulé, monsieur Harris.

M. Jack Harris: À ce moment, ils font toujours partie des forces.

M. Phil Ralph: Oui, ils font toujours partie des forces.

M. Jack Harris: Merci.

Le président: Monsieur Optiz, vous avez la parole.

M. Ted Opitz (Etobicoke-Centre, PCC): Merci, monsieur le président et merci à nos deux témoins d'être ici aujourd'hui.

Monsieur l'aumônier, félicitations pour votre promotion éminente au grade d'aumônier de brigade. C'est une bonne chose.

Ce programme a été lancé plus ou moins en 2006 et a eu des débuts assez modestes en réalité. Il a débuté en fournissant des télévisions et d'autres choses pour rendre les chambres d'hôpital plus confortables pour les soldats, parce qu'il n'y avait que des conditions d'hébergement de base lorsqu'ils étaient traités. Vous vous êtes développé à partir de là, donc pourriez-vous nous décrire la courbe de croissance depuis 2006 et comment vous êtes passé à tous ces autres programmes.

M. Derrick Gleed: Comme vous l'avez indiqué, tout a commencé à Landstuhl, en Allemagne. Un soldat a été gravement blessé. L'aumônier Ralph et le capitaine Johnston sont allés lui rendre visite et pendant une soirée, ils ont eu l'idée du fonds Wounded Warriors.

Nous avons évolué. Notre élargissement rapide a eu lieu pendant la dernière année ou la dernière année et demie, nous avons observé une augmentation d'événements de levée de fonds par des tiers, qui produisent souvent des sommes substantielles. Nous observons une augmentation corollaire des demandes d'appui. Lorsque vous prenez de l'ampleur, vous vous faites remarquer davantage. Lorsque vous êtes remarqué, il y a davantage de demandes. Nous gérons les demandes sur une base bénévole avec l'aide et l'appui clinique de professionnels.

Nous voulons que notre rôle soit au centre de tous les efforts. Nous voulons que notre image soit véhiculée au grand public. La sensibilisation est un facteur important de la santé mentale et nous voulons lever le plus de fonds possible. Nous nous servirons ensuite de ces fonds pour les aiguiller vers divers programmes afin de les aider.

Je peux vous dire que notre croissance financière a été importante pendant les deux dernières années. Nous ne sommes certainement pas la plus grande association caritative du Canada. Nous ne disposons pas du même type de financement corporatif que d'autres. Nous sommes une organisation au niveau de la communauté. Cependant, notre croissance est spectaculaire.

•(1655)

M. Ted Opitz: Mais c'est attribuable à votre excellent travail.

Allez-y.

M. Phil Ralph: Pour vous donner un point de vue personnel, en tant qu'aumônier pour la réserve, on a souvent fait appel à moi pour donner des avis à l'étranger. C'est en raison de mon grand âge et de ma présence depuis longue date. Ils se tournent vers moi lorsqu'ils doivent faire ce genre de choses.

Pendant les dernières années, j'ai donné quelques avis pour des soldats qui sont rentrés à la maison mais qui avaient encore des problèmes à régler. J'ai dû me rendre chez les familles et frapper à leurs portes. Je préfère nettement le genre de programmes dont il s'agit aujourd'hui. Je préfère ces programmes plutôt que d'avoir à me rendre chez les familles, cogner à leurs portes, et leur dire que leur fils ou leur fille ne rentrera jamais à la maison. C'est pour cette raison que nous travaillons.

M. Ted Opitz: Il y a aussi d'autres programmes. Est-ce que certains de vos clients se recourent? Est-ce qu'ils vont chercher des services chez plus d'un groupe? Comment cela fonctionne-t-il? Vous avez sans doute plus d'expertise avec les réservistes que la majorité des autres groupes.

M. Derrick Gleed: C'est une bonne question. Il ne s'agit pas d'un secteur concurrentiel. Nous sommes certes en concurrence avec d'autres associations caritatives, qu'il s'agisse d'associations dans notre domaine ou d'associations comme la Société du cancer. Les Canadiens n'ont qu'une somme limitée à dépenser en dons caritatifs.

D'une certaine façon, notre association est plus près du soldat. Nous traitons directement avec les soldats. Je peux vous en parler en mon nom personnel. J'ai passé un samedi matin dans notre programme Hand Up à aider deux jeunes soldats qui souffraient de TSPT. Grâce à l'aide d'une personnalité de la télévision, ils ont appris un métier et démarrent actuellement leur propre entreprise. Ils sont venus nous voir pour obtenir de l'aide afin de démarrer l'entreprise en question. Il s'agit du genre de choses intéressantes que nous faisons.

Ce sont de braves gens. Nous voulons vraiment nous impliquer et les aider. C'est ce qui nous différencie quelque peu des autres, peut-être.

M. Ted Opitz: J'aimerais maintenant parler de votre travail avec les animaux, c'est-à-dire les chiens et les chevaux. Il y a des groupes qui ont témoigné ici et qui ont parlé de l'efficacité de ce genre d'activité. Je suis certain que le programme équin présente le même genre d'avantages.

Pouvez-vous nous dire si vous croyez que les FC et la Défense nationale devraient adopter officiellement ces programmes? Quelles seraient vos recommandations? Dans quelle mesure ces programmes sont-ils efficaces en ce moment?

M. Derrick Gleed: Le programme canin est particulièrement intéressant. Il existe depuis un peu plus longtemps que le programme équin. Les commentaires ont été très positifs. Les chiens sont des animaux incroyables qui donnent confiance à la personne qui subit un traitement. Je veux souligner que ces programmes ne remplacent en aucun cas le traitement reçu par un soldat. Il faut être absolument clair là-dessus. Nous ne voulons jamais participer à un programme qui viendra remplacer les programmes cliniques qu'ils reçoivent déjà.

Cependant, les commentaires reçus ont été favorables. Peut-être que l'aumônier Phil pourrait ajouter quelque chose.

M. Phil Ralph: J'ai parlé au colonel Jetly qui est directeur de la santé mentale dans les FC. Nous avons parlé des programmes faisant appel aux animaux et de ce qu'il en pensait. Du point de vue clinique, il est difficile d'obtenir toutes les données probantes. Il s'agit surtout d'anecdotes personnelles et de témoignages positifs.

Nous savons cependant que ces programmes ne causent aucun tort et peuvent même être utiles. Dans certains cas, ils aident la personne à sortir de chez elle et dans d'autres cas, ils lui redonnent de la confiance. Le programme équin est particulièrement intéressant. Nous venons de commencer à travailler avec Can Praxis. Je sais qu'Aniciens Combattants Canada cherche des occasions de collaboration avec Can Praxis pour réaliser une étude sur son efficacité. Je sais qu'ils sont tout près du but. Nous avons été entièrement satisfaits. Nous avons essentiellement permis à leurs deux projets pilotes de démarrer pour qu'ils puissent voir comment cela se passait.

Ce qu'il y a de bien au sujet du programme Can Praxis, c'est qu'il suscite la participation de la famille. Il ne s'agit pas uniquement du soldat blessé. Son conjoint ou sa conjointe ainsi que ses enfants participent également au programme. C'est merveilleux.

Le président: Votre temps est écoulé.

Monsieur McKay, vous avez la parole.

L'hon. John McKay: Merci, monsieur le président.

Je tiens à vous remercier tous les deux du travail que vous faites. Wounded Warriors est certainement une organisation impressionnante. À certains égards, vous êtes une organisation qui peut travailler là où le gouvernement ne va pas. Vous abordez des secteurs thérapeutiques que le gouvernement ne peut aborder en raison du manque de données probantes ou de statistiques.

Pour revenir à la référence faite par M. Opitz concernant les programmes canin et équin, quand vous commencez à financer de tels programmes, envisagez-vous d'élaborer des preuves sur le degré de réussite de ce genre de programme? Est-ce que vous avez l'intention de fournir des données qui vont au-delà des anecdotes afin que le gouvernement puisse constater que le programme en vaut la peine et qu'il puisse éventuellement en assumer la responsabilité?

Je crois que vous êtes avant-gardiste. L'êtes-vous de façon intentionnelle?

•(1700)

M. Derrick Gleed: Merci de votre question et de votre compliment.

L'une des raisons pour lesquelles nous faisons appel à des professionnels est justement pour évaluer le programme en amont et en aval. Nous avons notamment demandé à la Dre Alice Aiken de l'Université Queen ainsi qu'à son équipe d'examiner activement certains de ces programmes. L'objectif est de nous assurer que nous offrons du financement à de bons programmes, et pour être honnête, il s'agit d'un genre de protection pour nous. Mais nous voulons aussi qu'elle se penche sur les résultats et les données probantes pour qu'on puisse donner des preuves qui vont au-delà des anecdotes.

On peut dire que les animaux tels que les chevaux et les chiens ont toujours aidé et appuyé les humains dans toutes sortes de situations. Il est donc assez évident de croire que ces animaux peuvent être utiles, mais il est quand même bon de faire des évaluations officielles.

L'hon. John McKay: J'aime bien la façon dont la transition s'est effectuée en Colombie-Britannique. Un docteur, dont j'ai oublié le nom... c'est passé au gouvernement. Vous avez été un des premiers à franchir le seuil.

Avez-vous des programmes ayant trait aux soldats aux prises avec la loi?

M. Derrick Gleed: Excusez-moi, mais la question visait-elle à savoir si nous avons des programmes pour aider les soldats dans des processus judiciaires? Je ne peux pas en parler encore, mais nous avons été contactés par une organisation, une entreprise qui souhaite obtenir notre aide pour la création d'un fonds pouvant aider les soldats dans cette situation.

Nous mêler des mécanismes de défense des soldats pour des questions juridiques ne relèvent pas de notre mandat.

L'hon. John McKay: Je regardais *60 Minutes*, qui était entièrement consacré aux soldats américains. Au Texas, ils ont en fait établi un tribunal spécial. Je ne sais pas s'il existe un problème majeur ici.

Ma troisième question a trait à la Charte des anciens combattants. Vous en avez parlé dans la dernière partie de vos commentaires. Avez-vous des remarques, quant à la Charte?

M. Phil Ralph: Ce qui est important c'est que nous avons une rétroaction de la Charte. Les membres du comité apprendront sans surprise que cela fait beaucoup parlé et suscite une certaine anxiété. Je pense qu'il y a beaucoup de très bonnes choses dans la Charte. Par exemple, il y a une définition du terme « ancien combattant », il était essentiel de l'actualiser, pour commencer. Ça c'était une très bonne chose.

L'idée d'un montant forfaitaire par opposition à une pension crée beaucoup d'anxiété. En fait, le problème c'est qu'on donne à un jeune de 22 ans...

L'hon. John McKay: ... 250 000 \$.

M. Phil Ralph: Le tiers d'un million peut sembler considérable, mais s'il s'agit d'une personne qui a des problèmes médicaux ou mentaux qui perdurent, que fait-elle dans trois ans? Comment est-ce que cela se passe? Est-ce une façon raisonnable d'aborder la question?

Je sais que c'est une question dont parleront le gouvernement et l'opposition, mais je voulais la mentionner, vu qu'elle revient souvent dans les communications. Ce n'est pas une partie essentielle de notre mandat, qui est d'aider les soldats, mais c'est une chose qu'on nous mentionne périodiquement.

M. Derrick Gleed: Je voudrais ajouter qu'on demande toujours aux soldats quelles sont leurs autres ressources financières et ce qu'ils en ont fait. Pour revenir au cas des deux jeunes soldats que j'ai rencontrés cette fin de semaine, dont je parlais plus tôt, je leur ai posé la question.

Et la réponse d'un des deux soldats était particulièrement intéressante. Il a simplement dit que quand il l'avait eu, cet argent, c'était trop tôt.

• (1705)

L'hon. John McKay: Vraiment.

M. Derrick Gleed: En d'autres termes, il n'avait pas fini son traitement. Il était en plein milieu, a reçu le montant et il l'a dépensé comme le font la plupart des gens de 25 ans ou une majorité. Je ne m'attarderai pas aux détails, mais je suppose que vous pouvez imaginer.

Le président: Merci.

Votre temps est écoulé.

Monsieur Alexander.

M. Chris Alexander (Ajax—Pickering, PCC): Merci, monsieur le président.

Et merci à nos deux témoins de leur déposition et de leur travail pour leurs organisations.

J'estime que c'est un exemple particulièrement frappant de la réaction de la société au Canada. En effet, quand vous avez commencé, en 2006, nous étions, pour la première fois depuis des décennies, engagés dans un vrai combat à grande échelle à Kandahar. Nous le faisons au nom des Canadiens et des Canadiennes, mais dans le contexte d'une mission de l'OTAN, où les forces de l'OTAN n'avaient jamais participé à un combat en tant que forces de l'OTAN, ce à quoi devaient réagir non seulement le gouvernement, mais en plus l'ensemble de la société canadienne.

C'est une expérience qui a changé tout le monde — Je suis parfaitement d'accord avec cette assertion —, et en mieux à certains égards. Les leçons tirées de l'expérience sont toujours précieuses. Mais les clients que vous servez, qui nous tiennent à coeur dans l'optique du rapport, ont été changés de façons entraînant des souffrances et des besoins, auxquels vous apportez une réponse.

Merci d'avoir décrit l'évolution qui a eu lieu.

Donnez-nous une idée de la façon dont vous voyez évoluer Wounded Warriors dans les quatre ou cinq ans qui viennent.

J'aimerais aussi savoir jusqu'à quel point, officiellement ou non, vous tâchez de répartir de façon de plus en plus cohérente les rôles et les responsabilités envers les personnes en difficulté entre les nombreuses organisations d'un bout à l'autre du Canada, certaines toutes petites, d'autres très locales, et d'autres effectivement nationales de par leur envergure? Avez-vous un processus de consultation officielle?

Je sais que nous nous voyons tous — True Patriot Love, Sans limites, vous et bien d'autres organisations — et pourriez-vous affirmer qu'il y a une discussion de fond quant aux rôles et aux priorités au sein de cette collectivité?

M. Derrick Gleed: Merci.

Quatre ou cinq ans, c'est tout un programme. Je pourrais vous donner une réponse cavalière et dire que j'espère que nous n'aurons alors plus de raison d'exister. En fait, si.

Pour ce qui est de nos contacts avec les autres organismes de bienfaisance, certains sont déjà établis. Si un projet à grande échelle est nécessaire, un seul organisme de bienfaisance ne suffit pas à la tâche. Si nous avons tous des mandats similaires, nous avons l'occasion de collaborer. Pour ce qui est de la question posée plus tôt sur la concurrence, je préférerais penser qu'il n'y en a pas. S'il y a un besoin, on y répond. Si le besoin est tel que nous sommes dépassés, bien sûr nous contactons d'autres organismes de bienfaisance afin de travailler ensemble.

En ce qui concerne nos objectifs à plus long terme, l'engagement de 400 000 \$ sur un programme de bourses pour 10 ans est un bon exemple. Cela représente 40 000 \$ par an qui iront à des étudiants de troisième cycle se penchant sur le TSPT. Pourquoi cet engagement? Parce que, la dure réalité est que, même en remontant jusqu'à la Guerre de Boers, jamais notre nation n'a eu toute la préparation voulue avant de se lancer dans un conflit. Peut-être cela adviendra-t-il un jour mais, en tant que nation, nous devons prendre des mesures pour disposer d'autant de savoir et de capacités possibles dans tous les domaines, quand nous nous joignons à un conflit, ce qui arrivera à l'avenir.

M. Chris Alexander: Nous sommes plusieurs autour de cette table à penser qu'une bonne concurrence est saine, dans un domaine comme le vôtre. Peut-être d'ailleurs devrais-je parler plutôt de chevauchement. Si une personne passe entre les mailles du filet ici, si plusieurs organismes s'estiment responsables, elle peut être repêchée ailleurs.

Donnez-nous un peu plus de détails quant à vos programmes pour les itinérants. Avez-vous une idée de leur nombre, soit en zones urbaines, où vous êtes le plus concentré, j'imagine, dans le Grand Toronto, soit ailleurs ou encore au niveau national?

Deuxièmement, parlons des stigmates. Beaucoup de témoins ont souligné les efforts déployés au Canada pour éliminer le stigmate de la maladie mentale, qui constitue un obstacle au traitement. Les réservistes se heurtent-ils à des difficultés supplémentaires, dans ce domaine? Ont-ils plus de mal? Faut-il d'autres initiatives pour que ce stigmate ne les empêche de chercher à obtenir des soins quand ils sortent de la famille militaire?

• (1710)

M. Derrick Gleed: Je peux parler du stigmate.

Je suis un bénévole dans cet organisme. Je travaille dans le secteur des services financiers. Les employeurs au Canada sont très au courant des problèmes de santé mentale, beaucoup plus que certaines personnes le croient.

On peut dire qu'un réserviste qui arrive dans une organisation, comme tout autre employé, s'inquiète pour son avenir. Je pense que c'est une observation générale sur un problème de société. On peut accepter le problème de la personne, mais on peut douter naturellement de sa capacité à fournir un rendement à l'avance dans l'organisation. Je pense que c'est une réponse un peu anecdotique, mais assez juste.

En ce qui concerne le financement pour les itinérants, nous, la Colombie-Britannique, avons financé des services aux itinérants l'hiver dernier. Je vais laisser Phil en parler un peu plus, mais nous l'avons fait dans de nombreuses occasions.

Le président: Je vais demander à l'aumônier s'il peut être très bref parce que nous avons...

M. Phil Ralph: Nous n'offrons pas nous-mêmes un programme pour les itinérants, mais nous en avons financés.

Nous avons aidé le refuge pour les anciens combattants itinérants à Vancouver à rester ouvert alors qu'il était menacé de fermeture. Nous avons présenté un exposé à Anciens Combattants à ce sujet. Nous en avons fait un ou deux autres. Nous avons donné une fourgonnette à Montréal pour faire de la sensibilisation auprès des gens dans la rue, et c'était également en collaboration avec Anciens Combattants Canada. Voilà la coopération, comme vous l'avez dit.

Nous allons collaborer pour faire ce qui doit être fait. L'important, ce n'est pas nous, ce sont les soldats.

Le président: Merci.

Monsieur Larose.

[Français]

M. Jean-François Larose: Merci, monsieur le président.

Je remercie nos invités d'être ici aujourd'hui.

Tout d'abord, à combien s'élève le budget annuel de l'organisme?

[Traduction]

M. Derrick Gleed: Notre budget annuel?

Cette année, nous nous attendons à des revenus d'environ 750 000 \$.

[Français]

M. Jean-François Larose: D'où proviennent ces fonds?

[Traduction]

M. Derrick Gleed: La provenance du financement?

M. Jean-François Larose: Oui.

M. Derrick Gleed: Les fonds proviennent d'un chèque de 25 \$ d'une grand-mère à Kelowna en Colombie-Britannique jusqu'à une organisation appelée Tough Mudder, si vous la connaissez, de laquelle nous avons obtenu plus de 100 000 \$ au cours des deux dernières années.

Il y a aussi certaines entreprises qui nous appuient et qui ont fourni des dons substantiels.

M. Jean-François Larose: Recevez-vous du financement du gouvernement?

M. Derrick Gleed: Non, monsieur.

M. Jean-François Larose: Aucun? Ça alors.

M. Derrick Gleed: Non.

M. Jean-François Larose: Vous êtes l'une des rares organisations qui fait ce travail avec ses propres moyens.

M. Derrick Gleed: Non. Nous n'avons pas...

M. Phil Ralph: Nous sommes fiers d'être indépendants.

[Français]

M. Jean-François Larose: C'est excellent.

Entre autres choses, vous vérifiez s'il y a des lacunes pour les soldats. Pouvez-vous nous mentionner certaines lacunes et nous indiquer s'il y a une hausse en ce moment?

[Traduction]

M. Phil Ralph: Dans notre mandat — vous pourrez le lire sur notre site Web — on indique que 60 p. 100 de nos programmes et de notre financement visent les problèmes de santé mentale. Voilà où sera le plus grand besoin à l'avenir. Évidemment, lorsqu'on connaît la gravité d'une blessure physique, il y a des choses à faire. Elles sont très bien... on peut les classer et les examiner. Mais évidemment, tous les problèmes de santé mentale...

Nous sommes fiers d'être la seule organisation au Canada qui cible la Première réserve. Cela ne devrait pas vous surprendre, puisque j'en fais partie. Je connais les difficultés très réelles des soldats qui viennent nous voir, même pour se rendre à une clinique.

Mon régiment est à Toronto, alors il y a une clinique là-bas. Mais vous savez quoi? Elle est ouverte de 8 heures à 15 heures. Des membres de la force régulière viennent et partent, et d'autres de la classe B aussi. Celui qui est de service, je vous le dis, il passe des moments difficiles. Et qu'en est-il à Flin Flon au Manitoba ou pour le Regina Rifles ou toute autre unité, comme à Thunder Bay — il faut se rendre jusqu'au service.

• (1715)

M. Jean-François Larose: On peut présumer qu'il y a un certain battage à ce sujet. Il y a une demande grandissante.

M. Phil Ralph: Oui. Je suppose qu'il y aura une augmentation importante de problèmes de santé mentale dans les cinq années à venir.

M. Derrick Gleed: J'aimerais ajouter quelque chose. Nous avons consulté des associations caritatives britanniques et américaines de même envergure. Leurs préoccupations sont semblables. Leurs pourcentages évoluent comme les nôtres. Bien sûr les chiffres sont plus importants, mais les pourcentages restent les mêmes.

M. Jean-François Larose: Merci de votre commentaire sur vos espoirs de ne pas continuer à fournir des services dans cinq ans. Je crois que nous vous rejoignons tous là-dessus.

M. Derrick Gleed: C'était une blague.

M. Jean-François Larose: Je sais. Vous faites un travail formidable, soit dit en passant, et nous apprécions vraiment tout ce que vous faites.

M. Derrick Gleed: Merci.

M. Jean-François Larose: J'ai eu des instructeurs affectés, mais c'était en 1994-1995 et je vois toute une évolution... Cela dit, nous avons l'inquiétude suivante.

[Français]

La déresponsabilisation du gouvernement est-elle acceptable?

[Traduction]

Désolé. Votre attitude est la bonne lorsque vous dites que vous espérez ne plus exister dans cinq ans. En ce moment il y a urgence. Vous devez être là, absolument, mais nous espérons que c'est en attendant que le gouvernement assume ses responsabilités. Je ne crois pas qu'il soit normal d'envoyer des militaires à l'étranger puis, à leur retour, nous savons grâce aux études qu'il y a des millions de problèmes mais qu'aucune ressource n'est mise à leur disposition. Nous espérons ne pas avoir à compter entièrement sur vous.

M. Derrick Gleed: Je comprends et je respecte le rôle que vous jouez. Notre rôle n'est pas dans la sphère politique. Comme je l'ai dit plus tôt, le problème du TSPT était connu sous le nom de traumatisme dû au bombardement dans des conflits précédents. On parlait aussi de lâcheté dans d'autres conflits. Le problème existe depuis longtemps, bien avant que le Canada devienne une nation. Notre rôle est assez clair et nous essayons de nous en acquitter au mieux.

M. Jean-François Larose: C'est pour cette raison que je vous félicite sans retenue.

M. Derrick Gleed: Merci.

M. Jean-François Larose: C'est une très bonne chose qu'autant de civils, d'anciens militaires et de militaires en service se prononcent sur l'existence du problème à régler. Nous espérons qu'il sera réglé. C'est le nerf de la question pour nous.

M. Derrick Gleed: Nous espérons tous qu'il sera réglé.

M. Jean-François Larose: Merci.

Le président: Merci. Votre temps s'est écoulé.

Monsieur Chisu, vous avez la parole.

M. Corneliu Chisu: Merci, monsieur le président.

Merci à tous les témoins d'être venus aujourd'hui. À tous les soldats, les hommes et les femmes en uniforme, et particulièrement les réservistes, merci de votre service.

Certains témoins qui ont comparu avant vous nous ont dit que souvent c'était les familles des anciens combattants, des soldats ou des réservistes qui percevaient les premiers signes de TSPT. Ils

doivent souvent composer avec les effets de cette maladie en ne comptant que sur l'aide de leur famille. Je parle surtout dans le contexte de la réserve, comme 25 p. 100 de nos réservistes ont combattu en Afghanistan. Je me penche particulièrement sur les années 2006 à 2011.

Travaillez-vous avec les familles? Je crois que les familles sont un aspect important.

M. Phil Ralph: Il faut savoir que nous ne sommes pas des fournisseurs de service directs, sauf pour le programme Hand Up! qui est très précis. Il s'agit d'un programme pour obtenir les outils nécessaires pour trouver un emploi. Ce programme est assez simple. Nous cherchons des programmes, des experts et des gens dans leur communauté qui occupent un emploi. Nous obtenons des demandes de leur part. Nous les transmettons à l'Université Queen's. Nous recevons des commentaires. Je trouve encore une fois qu'il s'agit d'un système qui nous permet de voir si nous voulons continuer. Nous renvoyons la demande au conseil d'administration. Nous imposons une obligation à l'organisation de nous faire un rapport, de nous dire où l'argent a été dépensé, et ce qu'elle en fait. Nous accordons de l'importance à la reddition de comptes.

Vous verrez que la dernière sur la liste est la Fondation Natasha Wood. Fay Maddison, qui est l'épouse du commandant de la marine, a une fondation qui distribue du matériel didactique sur le stress post-traumatique. Ils sont créés spécialement pour les enfants dans des familles dont un membre des forces souffre de TSPT. Nous cherchons des programmes qui visent les familles.

Le programme équin de Calgary avec Can Praxis rassemble toute la famille. Nous cherchons des familles et des enjeux de nature familiale. Les problèmes en question n'affectent pas uniquement le soldat. Ils affectent aussi leurs conjoints et conjointes. Ils affectent leurs enfants. Ils affectent tout leur entourage.

• (1720)

M. Derrick Gleed: J'aimerais ajouter que le général Dallaire a une véritable passion pour le travail avec les familles. Nous nous sommes engagés à en faire un aspect important de notre programme à l'avenir.

M. Corneliu Chisu: Merci.

Pourriez-vous nous parler un peu du programme Hand Up?

M. Derrick Gleed: Bien sûr.

M. Corneliu Chisu: Je crois qu'il s'agit d'un nouveau programme. Pouvez-vous nous en dire davantage?

M. Derrick Gleed: En fait, Hand Up n'est pas un programme si nouveau. Il s'agit simplement d'un programme pour lequel nous ne faisons pas beaucoup de publicité. Il s'agit de coopération individuelle.

Nous recevons beaucoup de demandes. Ces demandes portent sur des livres qui pourraient les aider à obtenir une meilleure éducation autant que sur des vêtements qui peuvent leur permettre de mieux faire leur emploi, leurs rénovations immobilières, ou peu importe. Nous approuvons les demandes avec l'aide d'autres intervenants aussi. Nous les finançons lorsque c'est possible. Il s'agit d'aide où la personne reçoit un coup de main plutôt qu'un don.

Nous croyons fermement à ce principe. Ce serait très facile pour nous de donner de grandes sommes d'argent à plusieurs personnes. Cependant, nous croyons que nos donateurs veulent recevoir un retour pour leurs dons, si vous me permettez l'expression. Ils veulent mesurer l'amélioration du bien-être de la personne.

M. Corneliu Chisu: Offrez-vous des bourses, par exemple une bourse d'études pour les blessés?

M. Derrick Gleed: Une bourse? Non. Pas pour les personnes blessées. Mais nous avons un programme de bourses qui sera annoncé la semaine prochaine par le biais de l'initiative de l'Université Queen's.

M. Phil Ralph: Les bourses visent les étudiants de troisième cycle dans leur troisième et quatrième année qui ont déjà démontré de l'intérêt et de l'expertise.

M. Corneliu Chisu: Excusez-moi, j'aurais dû me tourner vers Wounded Warriors au sujet de l'éducation. Par exemple, avez-vous une bourse pour une personne qui veut suivre un cours universitaire ou un cours de métier? Je crois qu'il s'agit essentiellement d'une question d'instruction.

M. Derrick Gleed: Nous n'avons pas de programme formel à cet égard. Nous examinons un grand nombre de demandes. Il pourrait s'agir de demandes comme celle que vous avez décrite et, si elle a du mérite et qu'il y a un résultat à atteindre qui améliorera la situation de cette personne, alors nous l'étudierons.

M. Corneliu Chisu: Bien.

Le président: Merci. Votre temps s'est écoulé.

La dernière question revient à Mme Moore.

[Français]

Mme Christine Moore: Merci, monsieur le président.

La première question que j'aimerais vous poser...

[Traduction]

M. Derrick Gleed: L'appareil ne fonctionne pas, je ne peux pas entendre l'interprétation...

Je suis très gêné de l'avouer, mais je suis unilingue, je regrette.

[Français]

Mme Christine Moore: M. Bezan va remettre le compteur à zéro afin d'être équitable. Je sais qu'il est un bon président.

M'entendez-vous maintenant? Entendez-vous l'interprétation?

[Traduction]

M. Derrick Gleed: Ma fille, qui a 17 ans, me regarderait en secouant la tête, en ce moment.

Des voix: Oh, oh!

Le président: D'accord, ça fonctionne.

M. Derrick Gleed: Je vous fais mes excuses.

Le président: Allez-y, madame Moore.

[Français]

Mme Christine Moore: Justement, sans que ce soit voulu, une de mes questions a trait à la traduction.

Dans le cas de beaucoup d'organismes venant en aide aux militaires blessés, les gens qui s'impliquent sont anglophones, tout comme la majorité de l'organisation.

Vous avez un budget administratif quand même limité. Comment faites-vous pour faire connaître vos programmes visant à appuyer les militaires francophones? Traduire un site Web et des programmes

coûte cher, sur le plan administratif. Il semble que peu d'organismes ont une capacité bilingue sur le plan administratif. Comment faites-vous pour rejoindre les militaires francophones?

Finalement, avez-vous des recommandations générales ou particulières à nous faire pour notre rapport, afin d'améliorer les soins aux militaires blessés?

[Traduction]

M. Derrick Gleed: Je pourrais vous parler de la question du Web.

En fait, notre site Web est dans les deux langues officielles. Il ne l'était pas avant, mais il l'est maintenant. Avec le temps, ça va beaucoup s'améliorer.

En ce qui concerne l'autre question...

• (1725)

M. Phil Ralph: En passant, la version française de notre site Web a été mise sur réseau cette semaine.

Oui, il a fallu beaucoup de temps pour traduire tous les documents et tout relire, mais je pense que c'est important. Quand nous discutons avec le sénateur Dallaire de la possibilité qu'il devienne notre président d'honneur, c'est l'une des choses sur lesquelles il a lourdement insisté, et ça a été une bonne chose.

Nous faisons aussi des progrès en ce qui concerne notre structure, parce que le Canada est un pays si vaste. Bien évidemment, notre conseil d'administration est très modeste. On ne peut pas constamment sillonner le pays dans tous les sens, surtout ceux d'entre nous qui ont un autre emploi. C'est difficile. Mais nous sommes en train d'établir un réseau de représentants provinciaux. Notre représentant au Québec est bilingue.

M. Derrick Gleed: L'adjoint du général Dallaire est pour l'instant notre agent de soutien au Québec, mais notre organisation n'en est encore qu'à ses premiers pas. Il y a encore beaucoup à faire.

M. Phil Ralph: Mais nous sommes déterminés à faire des progrès sur ce plan.

M. Derrick Gleed: Je voudrais ajouter ce qui suit. L'un de nos commanditaires, l'entreprise Tough Mudder tient pour la première fois un événement à Montréal, auquel assisteront des milliers de personnes, qui auront toutes l'occasion de faire un don à Wounded Warriors Canada.

C'est quelque chose qui retient notre attention.

Le président: D'accord. Avez-vous d'autres questions?

[Français]

Mme Christine Moore: En fait, j'avais aussi demandé aux témoins s'ils avaient des recommandations, mais ils ne m'ont pas répondu. Je voulais simplement leur laisser le temps de nous faire des recommandations pour le rapport.

[Traduction]

M. Phil Ralph: Comme nous sommes un conseil de bénévoles, s'il y a quelqu'un de parfaitement bilingue qui veut nous donner un coup de main, nous sommes toujours heureux de recevoir de l'aide de partout au pays. Si quelqu'un envisage de travailler avec nous et pense que nous faisons quelque chose de vraiment bien, notre site Web est plein de renseignements sur nos activités.

M. Derrick Glead: S'il y a dans vos circonscriptions des gens intéressés à cette question, nous serions très heureux de recevoir leur aide. Nous appuyons déjà des programmes. Nous avons financé le programme des sans-abri à Montréal, et nous avons fait bien d'autres choses.

Nous avons, je le répète, besoin d'accroître les activités au Québec, et si vous voulez nous aider par quelques recommandations, n'hésitez surtout pas.

Le président: D'accord. Merci.

Je remercie nos deux témoins, M. Glead et M. l'aumônier Ralph d'être venus nous rencontrer aujourd'hui.

Je vais vous laisser nous quitter. Nous avons un point à l'ordre du jour à régler. Vous avez tous reçu un préavis sur la motion de M. Harris. Il demande si nous pouvons en débattre maintenant. Pour cela, il faut un consentement unanime pour que je puisse déroger à la motion de régie interne, qui exige un préavis de 48 heures. Ai-je un consentement unanime?

Des voix: D'accord.

Monsieur Harris, veuillez lire votre motion aux fins du compte rendu.

M. Jack Harris: Je vous remercie, monsieur le président, et chers collègues, de ce consentement unanime. Il s'agit d'un très bref avis de motion qui se lit comme suit:

Que le Comité invite le vérificateur général du Canada à comparaître devant lui pour discuter de son rapport sur les activités fédérales de recherche et sauvetage, dans le cadre du Chapitre 7 du Rapport du vérificateur général du Canada du printemps 2013.

Je pense que la motion se passe d'explications. Le rapport est plutôt détaillé. C'est un problème dont beaucoup d'aspects nous intéressent. Nous ne menons pas une étude sur la recherche et le sauvetage en tant que telle, puisque nous pourrions nous baser sur d'autres études, mais je pense que nous avons toujours voulu pouvoir traiter les sujets à mesure qu'ils se présentent. Or, celui-ci est justement dans la mire du public.

Le vérificateur général a attiré l'attention du Parlement sur cette question, l'une des trois plus importantes des 11 chapitres de son rapport, selon lui. J'exhorte donc le comité à convoquer le vérificateur général pour une séance de deux heures dès que le calendrier le permettra. Je ne propose pas de date pour l'instant.

Le président: Bien, la motion est proposée par M. Harris.

Y a-t-il d'autres observations? Monsieur McKay.

L'hon. John McKay: Je pense que le vérificateur général nous a tous rendu un grand service hier en nous parlant du personnel et de la détérioration de l'équipement, et surtout de ses préoccupations concernant ce qui a été dit au sujet des pannes. Je crois comprendre que le système ne peut traiter qu'un certain nombre d'incidents simultanément, disons 25. Or, le nombre d'incidents est souvent

beaucoup plus élevé. Je pense qu'il s'agit d'une excellente motion, et je l'appuierai.

• (1730)

Le président: Y a-t-il d'autres observations?

Monsieur Alexander.

[Français]

M. Chris Alexander: Nous reconnaissons les raisons citées par mon collègue qui justifient cette motion, mais nous n'allons pas l'appuyer, puisque le vérificateur général doit déjà témoigner demain, si je ne me trompe pas, devant le Comité permanent des comptes publics. D'après nous, c'est la façon habituelle de procéder lorsqu'on étudie les rapports du vérificateur général. Nous encouragerons nos collègues à faire en sorte de donner au NPD et au Parti libéral la possibilité de poser des questions au vérificateur général sur les chapitres qui les intéressent. C'est ce que veut notre tradition.

[Traduction]

Le président: Monsieur Harris.

M. Jack Harris: Évidemment, le Comité des comptes publics s'occupe généralement des comptes et de l'argent, et c'est ce qu'il fera. Il traitera des 11 chapitres du Rapport du vérificateur général en une seule séance. Étant donné l'importance et la complexité du rapport à l'égard de la recherche et du sauvetage...

Vous dites qu'il s'agit d'une tradition, mais je ne crois pas que ce soit la dite. Si vous dites que l'un exclut l'autre, je ne suis pas d'accord.

Ensuite, il a rédigé tout un chapitre sur cette question importante et indiqué qu'il s'agissait de l'une de ses trois principales priorités... Il s'agit d'une vérification de l'optimisation des ressources et de la gestion. Bon nombre des renseignements fournis ne portent pas sur les dossiers financiers, mais plutôt sur la vie et la sécurité des gens qui ont besoin du service. Comme il a dit hier sur la SRC, c'est une question de vie ou de mort.

Le comité, qui connaît bien les Forces canadiennes et ses opérations, est particulièrement bien placé pour traiter de la question.

Le président: Le timbre retentit. Peut-on disposer de la motion, ou la mettre aux voix?

Tous ceux qui sont pour?

M. Jean-François Larose: Pourrait-on tenir un vote par appel nominal, s'il vous plaît?

Le président: D'accord.

(La motion est rejetée par 6 voix contre 5.)

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

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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