



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la défense nationale

---

NDDN • NUMÉRO 013 • 2<sup>e</sup> SESSION • 41<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mardi 4 mars 2014**

**Président**

**L'honorable Peter Kent**



## Comité permanent de la défense nationale

Le mardi 4 mars 2014

• (1145)

[Traduction]

**Le président (L'hon. Peter Kent (Thornhill, PCC)):** Merci, mesdames et messieurs.

Je suis désolé pour les aléas de la procédure parlementaire, et je vous souhaite la bienvenue à cette séance au cours de laquelle nous étudierons les soins offerts aux membres des Forces armées canadiennes malades ou blessés.

Compte tenu des contraintes de temps, je proposerais qu'on invite Mme Rigg, la directrice générale des opérations de gestion des ressources humaines civiles, à venir témoigner tout de suite plutôt que durant la deuxième heure afin que nous puissions lui poser nos questions. Êtes-vous d'accord?

**Des voix:** Oui.

**Le président:** Merci.

Major-général Millar, soyez le bienvenu au sein du Comité de la défense nationale.

Nous accueillons aujourd'hui le major-général Millar, chef du personnel militaire; le colonel Scott McLeod, directeur en santé mentale, Services de santé des Forces canadiennes; le colonel Rakesh Jetly, conseiller en santé mentale, Direction de la santé mentale; et du ministère de la Défense nationale, Michel Dorion, sous-ministre adjoint, Prestation des services; ainsi que Raymond Lalonde, directeur du Réseau national pour les blessures liées au stress opérationnel. Comme je l'ai dit, Mme Jacqueline Rigg, directrice générale des opérations de gestion des ressources humaines civiles, se joindra à nous tout de suite. Elle est également sous-ministre adjointe, Ressources humaines – Civils.

Les témoins peuvent maintenant faire leurs déclarations.

Général Millar, vous disposez de 12 minutes.

**Major-général David Millar (chef du personnel militaire, ministère de la Défense nationale):** Merci beaucoup, monsieur.

Monsieur le président et membres du comité, mes collègues et moi sommes ravis d'avoir l'occasion de vous parler de notre programme Prendre soin des nôtres, et plus particulièrement des soins offerts aux militaires des Forces armées canadiennes malades ou blessés ainsi qu'aux membres de leur famille.

Je suis très heureux d'avoir parmi nous aujourd'hui des proches de nos militaires canadiens et anciens combattants. Je discutais avec Claude et Jenny ainsi qu'avec Paula, et c'est merveilleux lorsqu'on fait l'éloge de notre programme, grâce auquel nous aidons les militaires à se rétablir et à réintégrer les Forces armées canadiennes ou à faire la transition vers la collectivité en étant pris en charge par le ministère des Anciens Combattants.

Comme le président l'a mentionné, je suis accompagné de Scott McLeod, directeur, Santé mentale, et de Rakesh Jetly, psychiatre en chef des Forces armées canadiennes.

Quand un militaire des Forces armées canadiennes subit une blessure grave ou souffre d'une maladie qui le rend inapte à assumer ses fonctions habituelles, il est admis au programme Prendre soin des nôtres, qui comprend trois étapes: le rétablissement, la réadaptation et la réintégration. Géré par nos 24 centres intégrés de soutien du personnel répartis partout au pays, dont celui de Petawawa que vous avez visité récemment, le programme est axé sur la compassion, est adapté aux besoins du militaire et n'a pas d'échéance fixe, puisque le temps de guérison d'une maladie ou d'une blessure n'est pas fixe. Les CISP fournissent le précieux soutien administratif pendant que notre système de santé prodigue les soins nécessaires. C'est un mariage parfait.

Dans certains cas, le rétablissement est une affaire de mois. Par exemple, à la demande d'un militaire qui avait une occasion d'emploi dans le civil, le processus n'a pris que six mois. En général, cependant, le processus complet de rétablissement, réadaptation et réintégration se calcule en années, depuis le moment de la blessure jusqu'à ce que la personne n'ait plus besoin de notre aide. Le caporal Glen Kirkland, un agent immobilier qui connaît une carrière florissante, et le caporal-chef Jody Mitic, qui a participé à l'émission *Amazing Race Canada*, sont deux ambassadeurs de notre programme qui incarnent cette volonté et cette détermination qui, combinées aux soins et au réconfort que nous fournissons, permettent de surmonter les blessures ou la maladie, de poursuivre sa vie et d'accomplir des choses remarquables.

Permettez-moi de vous décrire brièvement notre programme. Les étapes de rétablissement et de réadaptation relèvent principalement de nos professionnels de la santé qui dirigent le processus de rétablissement et de réadaptation physique et mentale. Nos sept centres de soutien pour trauma et stress opérationnels, comme celui situé ici à Ottawa, notre équipement de réadaptation ultramoderne, nos centres d'excellence, notre vaste programme militaire de recherche en santé ainsi que les nombreux partenariats conclus avec des entités externes, comme les 10 cliniques de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel d'Anciens Combattants Canada, le Centre de santé mentale Royal Ottawa et l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans, forment cette extraordinaire capacité de calibre mondial.

L'étape de la réintégration est une responsabilité partagée entre les militaires, le personnel médical et la chaîne de commandement. La réintégration peut consister en un retour au travail à temps partiel au sein d'une autre unité militaire ou en une participation à un cours de rattrapage scolaire. Ou il peut s'agir de travailler chez Royal LePage, Services immobiliers, pour obtenir un permis d'agent d'immeuble ou encore de participer à des activités de la Légion royale canadienne, de la Compagnie Canada ou d'un autre ministère du gouvernement fédéral tout en recevant une solde militaire.

L'étape de réintégration vise à redonner confiance au militaire et à rétablir chez lui un sentiment de fierté et d'estime de soi, des ingrédients clés vers un rétablissement complet. Le travail à l'extérieur des Forces armées canadiennes est souvent plus propice au rétablissement, car l'emploi au sein des Forces militaires peut être la source du problème de santé. Bien souvent, les militaires trouvent leur place dans un autre domaine d'activité et demandent leur libération afin de poursuivre une nouvelle carrière dans le secteur civil. À ceux et celles qui quittent nos soins et qui sont pris en charge par Anciens Combattants Canada, nous offrons une réadaptation professionnelle sous forme de formation en cours d'emploi et un programme de perfectionnement des études.

Notre plus récente initiative est le Programme d'aide à la transition de carrière pour les militaires, dirigé par la Compagnie Canada, dans le cadre duquel jusqu'à 200 employeurs offriront un emploi à nos vétérans par l'entremise de la campagne 1 000 emplois sur 10 ans. Notre nouveau Programme d'aide à la transition de carrière pour les militaires comprend une évaluation professionnelle, une analyse de marché, la rédaction d'un curriculum vitae, une recherche d'emploi, ainsi qu'un encadrement et un mentorat en cours d'emploi. Actuellement, l'offre est supérieure à la demande, mais simplement parce que le programme vient tout juste d'être lancé.

• (1150)

[Français]

La Fondation True Patriot Love et les recherches qu'elle a menées sur la propension des employeurs à embaucher des vétérans ainsi que les entreprises chefs de file comme Prospect Human Services, laquelle a réussi à trouver un emploi à 85 % des vétérans de la région d'Edmonton, nous ont permis de mettre sur pied une sorte de guichet unique à l'emploi pour venir en aide aux vétérans. De cette façon, nous apaisons l'inquiétude qu'ils éprouvent à la perspective de commencer une nouvelle carrière.

Le personnel d'Anciens Combattants Canada et du ministre de la Défense nationale commencent à travailler ensemble en vue d'aider les membres des forces armées, six mois avant leur libération, à faire la transition à la vie civile et à trouver un emploi.

Un plan intégré de transition sera préparé à l'intention de ceux qui quittent le service et qui ont des besoins complexes. Les gens en cause et les différents intervenants participeront à sa préparation. Ce plan tient compte de leurs besoins en matière de soins médicaux et d'éducation et les aide à trouver un emploi et à demander du soutien à Anciens Combattants Canada.

Une fois ce processus terminé, le membre signera son plan pour indiquer son accord ou, le cas échéant, son désaccord. Par le passé, il y a peu de cas où un membre était en désaccord sur son plan, mais quand c'est arrivé, le plan a été revu pour apaiser ses inquiétudes.

[Traduction]

L'élément central de tous ces efforts est l'Unité interarmées de soutien du personnel et les 24 centres intégrés de soutien du personnel, qui comptent 97 employés civils et 179 employés

militaires, et qui comprennent sur place des spécialistes en soutien familial, spirituel, social et financier ainsi que des gestionnaires de cas des Services de santé des Forces canadiennes et du personnel d'Anciens Combattants Canada. Cette collaboration facilite grandement la prestation de soins complets à nos militaires et aux membres de leur famille. Vous avez, j'en suis sûr, été témoins de la sollicitude et de la compassion dont font preuve les personnes qui travaillent au centre intégré de soutien du personnel que vous avez visité à Petawawa.

Le programme a réussi à démystifier la stigmatisation associée au fait d'aller chercher de l'aide. Aujourd'hui, 1 924 militaires sont assignés à l'Unité interarmées de soutien du personnel. De ce nombre, 60 % peuvent souffrir de troubles mentaux allant d'un état de stress post-traumatique à la dépression en passant par diverses formes d'anxiété associées aux rigueurs de la vie militaire en général. L'augmentation du nombre de militaires qui reçoivent de l'aide est une preuve que les barrières tombent peu à peu, mais il y a encore beaucoup de travail à faire.

Vous savez tous que des soldats canadiens se sont suicidés récemment. Notre programme de prévention du suicide, nos séances axées sur l'information, la sensibilisation et la résilience psychologique, notre programme de dépistage, nos activités de sensibilisation et nos recherches font partie de notre stratégie en matière de santé mentale. Même si notre taux de suicide est inférieur à celui du reste de la société canadienne et qu'il n'a pas augmenté depuis 1995, en dépit de notre important engagement en Afghanistan, que l'année 2013 affiche le taux de suicide le plus bas depuis des années, que les militaires qui ont besoin d'aide peuvent obtenir immédiatement des soins de santé mentale auprès d'un médecin militaire et que nous avons des installations, des ressources et du soutien de première classe en matière de santé mentale ainsi que le meilleur rapport professionnel de la santé mentale-soldats de tous les pays de l'OTAN, nous pouvons encore en faire davantage.

Un fort pourcentage de militaires qui en viennent au suicide semble ne pas avoir reçu de diagnostic de trouble mental; ils souffrent en silence. Le principal obstacle aux soins est que la plupart des personnes souffrant de troubles mentaux ne semblent pas reconnaître qu'elles ont un problème. Cet obstacle est présent chez environ 90 % des personnes ayant un trouble mental évident. Le deuxième grand obstacle est le désir de gérer soi-même ses problèmes. Les répercussions sur la carrière et les attitudes négatives à l'égard de la santé mentale sont d'autres obstacles répandus.

L'intervention précoce est la clé du succès pour traiter les troubles mentaux. Afin d'aider nos militaires, nous devons souligner les aspects positifs, car chaque fois que nous donnons l'impression de critiquer le travail remarquable qu'accomplissent l'Unité interarmées et les centres intégrés de soutien du personnel, nous risquons de repousser ceux et celles qui étaient sur le point de venir chercher de l'aide.

Nous devons trouver le juste équilibre entre l'exposé des faits et les histoires comme celle de M. Sneddon, le père du caporal Moe Sneddon, qui a téléphoné à l'Unité interarmées de soutien du personnel à Halifax après le suicide de son fils pour dire que la mort de son fils était liée à une rupture conjugale, non pas à son état de stress post-traumatique. M. Sneddon a expliqué que le caporal Sneddon, dans une lettre de suicide, demandait qu'on remercie les membres du personnel de l'unité pour leur aide, car sans eux, il se serait sans doute enlevé la vie bien avant.

Selon nos études sur le suicide, environ 60 % des militaires qui s'enlèvent la vie ont participé à un déploiement et 40 % ne sont jamais partis en mission. Parmi les facteurs de suicide les plus répandus, mentionnons les relations amoureuses à 45 %, les problèmes disciplinaires à 21 %, les problèmes financiers à 16 %, et les problèmes juridiques à 10 %.

• (1155)

Déstigmatiser la maladie mentale, tenir compte des facteurs psychosociaux, accroître la sensibilisation et renforcer la résilience psychologique sont des domaines sur lesquels je vais m'attarder afin que nous puissions mieux comprendre toutes les complexités de la maladie mentale et améliorer nos programmes visant à soutenir nos hommes et nos femmes en uniforme et les membres de leur famille.

Malheureusement, nous n'avons pas assez de temps pour vous décrire en détail les divers programmes. Je vous ai plutôt remis des exemplaires d'un document sur le programme Prendre soin des nôtres, de notre Stratégie en matière de santé mentale, du dépliant sur le programme En route vers la préparation mentale, du dépliant sur nos services de bien-être et de maintien du moral, ainsi que de notre aide-mémoire complet sur les prestations, les programmes et les services qui décrivent les prestations et les programmes offerts par les Forces armées canadiennes et le ministère des Anciens Combattants.

Vous avez entendu parler du programme Sans limites, du Réseau des soldats blessés, des prestations pour modification du domicile, des prestations pour modification du véhicule et de toutes les autres prestations. Nous pourrions y revenir pendant la période de questions.

Monsieur le président, merci beaucoup.

**Le président:** Merci beaucoup, général Millar.

Je vais maintenant céder la parole au sous-ministre adjoint Doiron. Monsieur, vous disposez de cinq minutes.

**M. Michel D. Doiron (sous-ministre adjoint, Prestation des services, ministère des Anciens Combattants):** Merci, monsieur le président.

Je suis ravi d'être ici cet après-midi, en compagnie du major-général Millar et d'autres collègues des Forces armées canadiennes, pour parler de la façon dont nous collaborons afin d'assurer des soins aux membres et vétérans malades et blessés des Forces armées canadiennes.

Je suis accompagné de Raymond Lalonde, directeur du Réseau national pour blessures liées au stress opérationnel. Si vous avez des questions techniques, M. Lalonde sera en mesure d'y répondre.

[Français]

Le poste que j'occupe à Anciens Combattants Canada est encore tout nouveau pour moi. J'en suis presque à mon troisième mois puisque j'ai commencé à la fin de décembre. Cependant, ni le service aux Canadiens, ni la prestation des services pour une organisation opérationnelle ne sont nouveaux pour moi.

[Traduction]

J'ai joint les rangs d'Anciens Combattants Canada en quittant Service Canada où j'étais sous-ministre adjoint, responsable de la prestation et de l'exécution de programmes dans la région de l'Atlantique. Auparavant, j'ai occupé divers postes de haute direction à Transports Canada, à Travaux publics et Services gouvernementaux Canada et à l'ancienne Agence des douanes et du revenu du Canada.

D'abord, à titre de contexte, je donnerai un aperçu du Comité directeur conjoint ACC-FAC dont je suis le coprésident au nom d'Anciens Combattants Canada, aux côtés du major-général Millar.

[Français]

Anciens Combattants Canada et les Forces armées canadiennes ont des mandats distincts, mais au nom des Canadiens, nous conjugons nos efforts pour prodiguer des soins aux malades et aux blessés. Les personnes que nous servons peuvent être des militaires encore en service, en voie d'être libérées des Forces armées canadiennes ou être d'anciens militaires.

Ceux et celles qui ont été blessés durant leur service ont le droit de s'attendre à ce que nous coordonnions le plus possible nos services et nos efforts afin de répondre à leurs besoins, tout comme les proches de ceux et celles qui ont perdu leur vie durant leur service. C'est d'ailleurs la raison d'être du comité directeur.

• (1200)

[Traduction]

Le comité est formé de représentants d'Anciens Combattants Canada et des Forces armées canadiennes aux échelons opérationnels et stratégiques supérieurs, ce qui favorise une relation de travail solide entre nos deux organisations afin de combler les lacunes dans les programmes et les politiques et d'assurer la continuité des services que reçoivent les membres malades et blessés et leur famille pendant qu'ils font la transition de la vie militaire à la vie civile.

Le comité est un organe consultatif qui détermine, gère, coordonne et classe par ordre de priorité les activités et les initiatives qui concernent et touchent les deux organisations et ceux et celles que nous avons le privilège de servir.

Les recommandations du comité sont soumises au sous-ministre de la Défense nationale et d'Anciens Combattants Canada.

[Français]

Les priorités communes du comité portent généralement sur le maintien d'un continuum de services, entre autres dans le domaine de la santé mentale et du soutien à la famille. Ces priorités communes portent aussi, le cas échéant, sur la recherche conjointe.

Alors, à quoi ressemble cette collaboration? Par exemple, à l'occasion de notre dernière discussion du 14 janvier, nous avons convenu de concentrer nos énergies sur la façon dont nous pouvons intégrer davantage nos efforts sur l'harmonisation et la simplification du soutien aux membres des Forces armées canadiennes dans le domaine de la transition à l'emploi, de la réadaptation, de la santé mentale et de la prévention du suicide.

J'attends avec impatience notre prochaine rencontre, le 1<sup>er</sup> avril, où nous allons continuer à discuter de ces sujets.

[Traduction]

Maintenant que vous connaissez mieux le rôle du comité directeur conjoint et la façon dont nous collaborons stratégiquement, permettez-moi de parler du rôle d'Anciens Combattants Canada quant aux soins aux malades et aux blessés.

Comme le major-général Millar l'a mentionné, les Forces armées canadiennes ont la responsabilité première des soins apportés aux militaires qui portent l'uniforme. Je souligne cependant que dans le cas d'une blessure liée au service, les membres des Forces armées canadiennes peuvent avoir droit aux prestations d'invalidité offertes par ACC pendant qu'ils servent et continuent de servir.

Après la libération des membres, Anciens Combattants Canada est responsable de leurs soins, leur traitement et leur réinsertion dans la vie civile. Cette responsabilité est partagée avec les provinces et territoires, ainsi qu'avec les collectivités.

[Français]

Notre but est d'offrir de façon aussi harmonieuse que possible la continuité des soins auxquels le membre et sa famille s'attendent des Forces armées canadiennes. C'est donc pour cette raison, comme mon collègue l'a si bien expliqué, que nos équipes travaillent côte à côte dans les Centres intégrés de soutien du personnel.

Anciens Combattants Canada compte aujourd'hui plus de 100 employés oeuvrant dans ces centres avec le personnel des Forces armées canadiennes, dans les bases et les escadres ou à proximité d'une base.

[Traduction]

La responsabilité d'ACC pour les soins aux membres des Forces armées canadiennes malades et blessés commence, dans la plupart des cas, avant qu'ils ne quittent les forces armées. Le personnel d'ACC rencontre les membres au début du processus de libération afin de réaliser une entrevue de transition personnelle visant à déterminer les besoins avant la libération. Au cours de l'exercice passé, le personnel d'ACC a mené 4 145 entrevues de ce type. Les entrevues permettent de cerner les risques ou les obstacles éventuels à la réussite de la transition à la vie civile, et elles donnent aussi l'occasion d'expliquer aux membres en voie de libération et à leur famille les avantages et les services offerts par le ministère et d'autres partenaires.

Pour les membres qui pourraient avoir besoin de services de gestion de cas individuels, les renseignements qu'ils fournissent servent alors à créer un plan d'intervention personnalisé d'ACC en étroite collaboration avec les fournisseurs de soins et de services des Forces armées canadiennes.

[Français]

Pour les anciens combattants ayant des besoins complexes, un gestionnaire de cas d'Anciens Combattants Canada travaille avec l'ancien combattant et sa famille pour faire une évaluation globale et détaillée, afin d'évaluer et satisfaire les besoins, de développer davantage le plan d'intervention et de déterminer l'admissibilité aux programmes et aux services d'Anciens Combattants.

[Traduction]

**Le président:** Monsieur, pourrais-je vous demander de conclure, s'il vous plaît?

[Français]

**M. Michel D. Doiron:** En conclusion, la gamme des avantages et des services offerts par Anciens Combattants Canada aux anciens combattants admissibles et à leur famille vise à réduire le fardeau des invalidités découlant du service militaire, réduisant ainsi les pressions pouvant nuire à la transition réussie à la vie civile.

[Traduction]

Je vous remercie de nous avoir donné la possibilité de nous adresser au comité.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Doiron.

Je cède maintenant la parole à Mme Rigg. Vous disposez de cinq minutes.

**Mme Jacqueline Rigg (directrice générale des opérations de gestion des ressources humaines civiles, Sous-ministre adjointe, Ressources humaines - civils, ministère de la Défense nationale):**

Monsieur le président et membres du comité, je suis ravie d'avoir l'occasion de comparaître devant vous dans le cadre de votre importante étude sur les soins offerts aux membres malades ou blessés des Forces armées canadiennes.

En tant que directrice générale des opérations de gestion des ressources humaines civiles, j'assume, en collaboration avec le sous-ministre adjoint des ressources humaines du ministère de la Défense nationale, le fonctionnement de six centres régionaux de services des ressources humaines civiles. Ces prestataires de services des ressources humaines régionaux travaillent en partenariat avec les gestionnaires civils et militaires du ministère de la Défense nationale afin de répondre à leurs besoins stratégiques et opérationnels en gestion des ressources humaines. Ils offrent un leadership, des conseils et des services de soutien se rapportant à la planification des ressources humaines, au recrutement et à la dotation, aux relations avec les employés, à la classification, à la rémunération et à l'apprentissage. Bref, nous sommes chargés d'élaborer et de favoriser la prestation de services permettant de recruter, de perfectionner et de maintenir en poste les employés civils en vue de soutenir efficacement le ministère de la Défense nationale et les Forces armées canadiennes. Nous sommes donc également responsables du recrutement des professionnels de la santé mentale, ce qui, je le sais bien, intéresse particulièrement ce comité, afin que les membres des FAC reçoivent le soutien dont ils ont besoin.

En ce qui concerne la dotation, le MDN, tout comme les autres ministères, respecte la Loi sur l'emploi dans la fonction publique, soit la LEFP. La LEFP régit les processus de nomination afin que la fonction publique observe les principes du mérite et de l'impartialité qui protègent les valeurs de la justice, la transparence, l'accessibilité et la représentativité. À la Défense nationale, lorsque nous prenons des décisions en matière de dotation, nous cherchons toujours à maximiser la souplesse en vue de répondre aux besoins et aux exigences opérationnelles tout en respectant les politiques de nomination de la LEFP.

Les soins offerts aux membres malades et blessés des Forces armées canadiennes constituent l'une des priorités principales du MDN et des FAC. Aujourd'hui, les Forces armées canadiennes comptent environ 400 travailleurs à temps plein du domaine de la santé mentale, notamment des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux, des infirmiers en santé mentale et des conseillers en toxicomanie, qui exercent leur profession dans 38 cliniques et détachements de soins primaires et 26 cliniques de santé mentale partout au Canada. Nous saisissons toutes les occasions de recrutement en ce qui concerne les professionnels de la santé mentale: nous diffusons des publicités sur Internet et dans les revues professionnelles, nous organisons des activités de recrutement dans le cadre de conférences telles que celles de l'Association des psychiatres du Canada et nous travaillons avec l'Association médicale canadienne et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

La réalité est la suivante: le Canada dans son ensemble souffre d'une pénurie de prestataires de soins de santé. Comme l'a remarqué récemment le chef d'état-major de la défense, le ministère de la Défense nationale fait face à la concurrence des provinces, des territoires et du secteur privé en ce qui concerne l'embauche de psychiatres et d'autres professionnels du domaine de la santé. La difficulté qu'éprouve le ministère de la Défense nationale à attirer et à recruter des professionnels du domaine de la santé mentale qui sont qualifiés et expérimentés réside en grande partie dans la disponibilité restreinte de ces professionnels sur le marché du travail au Canada.

La Défense nationale doit également surmonter un obstacle supplémentaire: les postes vacants se trouvent dans des régions éloignées ou en dehors des régions métropolitaines, par exemple à Cold Lake ou à Bagotville. Comme c'est également le cas dans le secteur privé, il est difficile d'attirer les professionnels du domaine de la médecine dans ces régions.

À la lumière de ces constats, la Défense nationale a décidé de s'attaquer à la pénurie de spécialistes en soins médicaux en réduisant les formalités administratives et en rehaussant ses incitatifs. Nous avons sollicité l'appui de nos partenaires des organismes centraux, dont la Commission de la fonction publique et le Secrétariat du Conseil du Trésor, afin d'obtenir un maximum de flexibilité à l'intérieur de la structure législative de la fonction publique, de manière à attirer et à recruter davantage de professionnels de la santé mentale.

Pour résoudre la question des déménagements, en particulier dans les régions isolées, le Secrétariat du Conseil du Trésor a approuvé l'augmentation temporaire du montant maximal alloué pour le remboursement des frais de déménagement des candidats externes. Ainsi, jusqu'au 31 mars 2015, nous pouvons offrir un remboursement des frais de déménagement jusqu'à concurrence de 40 000 \$, plutôt que de 5 000 \$.

De plus, la Commission de la fonction publique a accepté de diriger vers la Défense nationale les employés prioritaires qui répondent à nos besoins et à nos exigences de recrutement. Une personne prioritaire est une personne qui, en vertu de la Loi et du Règlement sur l'emploi dans la fonction publique, a droit pendant une période limitée d'être nommée avant toute autre personne aux postes vacants dans la fonction publique. Cette personne doit posséder les qualifications essentielles du poste en question. Par ailleurs, la Commission de la fonction publique s'engage à faciliter le processus d'autorisation en matière de priorité afin de réduire les délais de dotation. L'autorisation en matière de priorité est l'autorisation de procéder à la dotation qu'accorde la Commission de la fonction publique à une organisation après que cette dernière ait pris en considération les personnes ayant droit de priorité.

• (1205)

Afin d'être en meilleure posture pour faire concurrence au secteur privé, nos employés de chaque catégorie clinique commencent au dernier échelon de leur échelle salariale.

**Le président:** Madame Rigg, pourrais-je vous demander de conclure, s'il vous plaît?

**Mme Jacqueline Rigg:** Absolument.

Il reste cependant encore beaucoup de travail à faire, puisque les besoins dans le domaine de la santé mentale sont constants. Par conséquent, la Défense nationale travaille activement à l'élaboration d'une stratégie de recrutement. Outre les processus de dotation habituels, cette stratégie de recrutement met l'accent sur la nécessité de créer des produits de communication visant à nous promouvoir en tant qu'employeur de choix et l'importance de participer à des activités et à des événements qui nous aideront à atteindre nos cibles de recrutement. À cette fin, le ministère collaborera avec des associations professionnelles et placera de la publicité dans des revues médicales et autres publications connexes.

Je vous remercie encore de m'avoir invitée à venir discuter avec vous du travail qu'accomplit l'équipe civilo-militaire de la Défense nationale.

• (1210)

**Le président:** Merci, madame Rigg.

Nous allons maintenant enchaîner avec la période de questions.

Monsieur Norlock, vous disposez de sept minutes.

**M. Rick Norlock (Northumberland—Quinte West, PCC):** Merci beaucoup, monsieur le président.

Je tiens également à remercier les témoins de leur présence aujourd'hui.

Ma première série de questions s'adresse au général Millar et concerne la politique sur l'universalité du service.

Au sein du comité, nous avons des inquiétudes, à la fois individuellement et collectivement, à l'égard de cette politique. Pourriez-vous nous décrire brièvement en quoi elle consiste, pourquoi elle est en place et si vous considérez qu'elle est efficace et qu'il pourrait y avoir des répercussions négatives si elle n'était pas en vigueur.

Pourriez-vous également nous parler des problèmes auxquels sont confrontés les membres qui souffrent d'une blessure visible et invisible lorsqu'ils essaient de satisfaire aux exigences de l'universalité du service, une fois qu'ils sont guéris, et pourquoi il y a une différence entre ce que nous dit la chaîne de commandement et ce qui se passe réellement sur le terrain.

Pourriez-vous nous expliquer la situation?

**Mgén David Millar:** L'universalité du service est une exemption à la charte qui garantit que tous les membres des Forces canadiennes sont en bonne santé physique et aptes à l'emploi et au déploiement conformément aux normes des Forces canadiennes. Les membres des Forces canadiennes peuvent être déployés en tout temps à l'étranger, notamment en Libye ou en Afghanistan, ou au pays suite à des crises ou des urgences. Par conséquent, nous devons être dotés d'une force fonctionnelle capable de répondre aux besoins des Canadiens.

La charte signifie que nous ne sommes pas tenus d'embaucher à partir d'un des groupes désignés, c'est-à-dire les membres ayant une déficience. Cela signifie également que lorsque les membres ne sont plus aptes à être déployés, à être embauchés dans leur métier ou qu'ils n'atteignent pas le niveau de condition physique nécessaire aux opérations de combat, ils ne satisfont plus aux critères de l'universalité du service et, par conséquent, selon leur état de santé, ils seront libérés des forces pour être pris en charge par Anciens Combattants Canada.

L'exemption à la charte, l'universalité du service, nous permet d'avoir des forces armées canadiennes pleinement fonctionnelles.

Est-ce que j'estime que cette politique est efficace et importante? Absolument. Si l'on veut être capable de remplir les trois rôles et les six missions du gouvernement du Canada pour les Forces canadiennes, je crois sincèrement que cette politique doit être en place.

Maintenant, je ne vois pas l'universalité du service comme quelque chose de négatif. C'est plutôt un principe qui dit que, si vous n'êtes plus apte à combattre, vous pourriez peut-être envisager d'occuper un autre emploi au sein des Forces canadiennes; sinon, vous pourriez peut-être être embauché ailleurs dans les Forces canadiennes, par exemple dans les cadets ou les Rangers; ou en dernier recours, nous pourrions vous aider, avec l'aide du ministère des Anciens Combattants, à faire la transition du service militaire à la vie civile et à vous bâtir une seconde carrière.

Comme l'a expliqué Michel, c'est exactement le but du Programme d'aide à la transition de carrière pour les militaires. Nous avons une grande capacité de former, d'offrir un emploi et d'aider nos membres à entreprendre une deuxième carrière au sein de la collectivité.

Par conséquent, l'universalité du service n'est qu'une partie de l'équation. L'autre partie, ce sont tous les autres programmes que nous avons en place qui permettent à nos membres, lorsqu'ils ne répondent plus aux normes de l'universalité du service, d'accomplir autre chose au sein des forces ou à l'extérieur.

**M. Rick Norlock:** Je pose la question parce qu'il semble y avoir une différence entre les blessures visibles et les blessures invisibles. Nous avons entendu des choses qui nous laissent croire qu'il est plus facile pour une personne qui s'est rétablie d'une blessure physique de satisfaire aux critères de l'universalité du service qu'une personne ayant souffert d'un traumatisme psychologique. Il semble être plus difficile pour ces personnes de prouver à leurs chefs qu'elles sont maintenant aptes à combattre.

Pourriez-vous nous dire ce que vous faites à cet égard?

**Mgén David Millar:** Je vais demander à Scott et à Rakesh de répondre, mais je tiens d'abord à préciser que nous avons des membres des Forces canadiennes qui ont subi des amputations. Nous avons des membres qui souffrent de TSO, c'est-à-dire de traumatismes liés au stress opérationnel, et du SSPT, et qui n'enfreignent pas le principe de l'universalité du service et continuent à être des guerriers au sein des Forces armées canadiennes.

Pour ce qui est des maladies invisibles, si un membre souffre d'un syndrome de stress post-traumatique ou d'un traumatisme grave lié au stress opérationnel, cela ne veut pas dire qu'il ne peut pas fonctionner en tant qu'individu au sein de la société. En fait, il peut très bien s'épanouir et mener une vie prospère. D'ailleurs, on en voit beaucoup d'exemples.

Lorsque nous posons un diagnostic et que nous établissons qu'une personne enfreint les règles de l'universalité du service, c'est parce que nous ne voulons pas mettre cette personne dans une situation de combat où elle pourrait vivre une autre expérience traumatisante qui pourrait lui causer un tort irréparable. C'est notre critère.

Je vais demander au Dr Jetly de parler des blessures visibles et invisibles.

•(1215)

**Colonel Rakesh Jetly (conseiller en santé mentale, Direction de la santé mentale, ministère de la Défense nationale):** En effet, c'est tout un défi. Par exemple, cela peut même être difficile dans le cas d'une personne ayant subi une blessure au dos. Même si elle s'est rétablie de sa blessure après avoir fait de la physiothérapie, il est difficile de savoir si elle peut résister aux rigueurs des opérations. On a beau la faire marcher 13 kilomètres, on ne peut pas prévoir l'avenir et savoir ce qui se passera si nous parachutons cette personne depuis un avion ou si elle doit affronter les rigueurs de nos opérations, notamment dans des pays comme le Rwanda, la Somalie ou l'ancienne Yougoslavie.

Nous essayons de le prévoir, au mieux de nos capacités, grâce à un entraînement réaliste. Comme le général Millar l'a dit, l'idée est de protéger la mission et les membres. Sur le plan éthique, il n'y a rien qui nous indique comment les gens se porteront à l'avenir. Par conséquent, si une personne se sent prête à réintégrer ses fonctions et qu'elle n'éprouve plus de symptômes depuis quelques mois, qu'elle ne suit plus de traitement régulier et qu'elle est en mesure de prendre part à l'entraînement sans aucun problème, nous lui donnerons

certainement la possibilité de poursuivre sa carrière dans des organisations comme les armes de combat.

C'est donc une possibilité. C'est un peu plus difficile lorsqu'il s'agit de la santé mentale, mais ce n'est pas facile non plus sur le plan physique.

**Le président:** Merci beaucoup, colonel.

Merci, monsieur Norlock.

Monsieur Harris, vous disposez de sept minutes.

**M. Jack Harris (St. John's-Est, NPD):** Merci, monsieur le président.

D'entrée de jeu, je tiens à dire que nous devons faire comparaître ces témoins à nouveau. Nous avons six témoins et seulement 40 minutes pour les interroger. Je tiens néanmoins à vous remercier pour votre exposé. Nous savons que vous en faites beaucoup. Notre préoccupation est la suivante: est-ce qu'on répond aux besoins des soldats, des marins, des aviateurs, des femmes et des anciens combattants?

Tout d'abord, général Millar, nous savons que le sergent retraité Ronald Anderson s'est malheureusement enlevé la vie la semaine dernière. Il avait pris sa retraite il y a 11 mois. Ce vétéran a servi pendant plus de 21 ans au sein des forces. Il a été déployé à l'étranger à sept reprises, incluant deux séjours en Afghanistan. N'empêche que selon nos renseignements, la mort de cet homme ne sera pas comptabilisée dans vos statistiques de suicides, pas plus que les suicides chez les femmes ou les réservistes.

Le comité a demandé au gouvernement et au ministère de mener un suivi auprès de tous les soldats durant les cinq années suivant leur déploiement pour s'assurer de répondre à leurs besoins en santé mentale. Comment pouvons-nous dresser un portrait exact de la situation si on ne tient pas des statistiques exhaustives?

**Mgén David Millar:** Merci, monsieur. Je vais demander à Scott d'ajouter quelques observations.

En ce qui a trait au suivi postdéploiement, et je demanderai à Scott d'en parler davantage, selon les études que nous avons menées durant notre mission en Afghanistan et le nombre de personnes aux prises avec des troubles de santé mentale, nous savons — ou plutôt nous croyons savoir — quel sera le pourcentage au fil des ans. Nous avons donc une bonne capacité de recherche et d'analyse et nous obtenons d'excellents résultats, comme Scott vous le dira.

Par ailleurs, lorsque nous présentons des statistiques, nous nous concentrons sur les hommes de la force régulière des Forces canadiennes. Nous procédons ainsi parce qu'ils constituent la majorité des effectifs des Forces canadiennes. Toutefois, nous surveillons aussi la situation des réservistes et des femmes. Nous comptabilisons tous les suicides au sein des Forces armées canadiennes. Je peux vous donner les statistiques depuis le 25 novembre: cinq dans la force régulière, trois dans la force de réserve de classe A et un dans la force de réserve de classe B. Nous menons des enquêtes militaires professionnelles et techniques dans tous les cas. Donc oui, nous assurons un suivi.

En dehors des Forces canadiennes, vous avez tout à fait raison, nous ne le faisons pas. Nous en prenons connaissance et nous effectuons notre propre évaluation interne afin de déterminer les mesures qui pourraient être prises afin d'améliorer notre système de santé mentale.

Je vais demander à Scott de poursuivre.



**M. Jack Harris:** Colonel McLeod, je me demandais si vous pouviez nous transmettre par écrit vos méthodes de suivi. Nous disposons de très peu de temps aujourd'hui, mais j'aimerais beaucoup connaître les détails.

Général Millar, vous avez indiqué qu'il faut assurer un suivi approprié dans le cas des suicides, mais il y a cette histoire qui perdure à propos des commissions d'enquête, qui ne sont pas des évaluations techniques. Ce sont des enquêtes militaires qui nous permettent de tirer des leçons, de savoir ce qui a mal tourné et ce qui pourrait être fait à l'avenir, mais on nous dit qu'à ce jour, 75 d'entre elles n'ont pas encore abouti.

Comment cela peut-il être acceptable? Je suis conscient qu'il s'agit d'une procédure militaire et qu'il faut du temps, mais si vous nous dites que vous voulez à tout prix éviter ce genre d'incidents, comment pouvez-vous y parvenir si les processus d'enquête ne sont pas entrepris en temps opportun?

• (1220)

**Mgén David Millar:** D'abord et avant tout, sachez que dans tous les cas, par l'entremise de notre chirurgien général, nous amorçons le processus d'enquête professionnelle et technique immédiatement après le suicide. Nous entreprenons l'enquête dans les trois jours suivant le suicide. Nous nous donnons une période d'un mois pour établir les circonstances entourant le suicide et déterminer si on aurait pu le prévenir.

Il faut notamment discuter avec la famille du membre en question, nos cliniciens et les gens de l'unité avec qui il travaillait pour avoir une bonne idée des facteurs qui ont conduit à son suicide. Encore une fois, je peux vous donner nos plus récentes statistiques de suicides, parce que nous assurons un suivi assez étroit.

Au sujet des commissions d'enquête, vous avez parfaitement raison, il s'agit d'un processus administratif visant à déterminer si le suicide est attribuable aux fonctions du militaire aux fins de l'admissibilité aux prestations d'Anciens Combattants Canada. Cependant, le délai — et je conviens qu'il est très long — ne nous empêche pas de déterminer la causalité ni de permettre aux membres de la famille de toucher des prestations.

Cela dit, nous avons une équipe d'experts qui achèvera ces quelque 70 enquêtes, et nous procédons actuellement à une réorganisation au sein des Forces canadiennes, de façon à ce que les commissions d'enquête relèvent d'une seule organisation et non plus de deux.

**M. Jack Harris:** Merci, monsieur.

Une étude de Statistique Canada menée en 2003 ou 2002 a révélé qu'il fallait avoir 447 professionnels de la santé mentale pour répondre aux besoins des militaires. Tout d'abord, est-ce que ce nombre est toujours valide, en dépit de notre engagement en Afghanistan?

Ensuite, on nous a dit qu'il y avait des obstacles à l'embauche, mais le principal obstacle, depuis les six derniers mois, semble être le gel de l'embauche et l'incapacité de votre ministère d'embaucher des gens. On est incapable de combler ces postes. L'objectif de 447 n'a jamais été atteint. Nous sommes à 60 de ce chiffre. Comment cela se fait-il que nous n'ayons pas eu de plaintes de votre part selon lesquelles vous étiez incapables d'embaucher des gens en raison du gel en vigueur?

**Mgén David Millar:** D'abord et avant tout, monsieur, je crois que la meilleure réponse que je peux vous offrir est la suivante: l'accès rapide aux professionnels de la santé mentale. Tous les militaires qui souffrent de troubles de santé mentale peuvent se rendre dans l'une

ou l'autre de nos cliniques partout au pays afin d'obtenir une aide immédiate. S'il s'avère qu'ils ont besoin d'une évaluation psychiatrique complète, cela prendra de trois à quatre semaines comparativement à un an au civil. Alors pour répondre à votre question, ce n'était pas un problème de disponibilité restreinte du soutien clinique à l'intention des membres et de leur famille.

Sachez que nous visons 452 professionnels de la santé mentale et que, jusqu'à maintenant, nous avons comblé 417 postes. Il en manque 35. Mme Rigg a expliqué le processus qui nous permettra d'atteindre notre objectif le plus rapidement possible. À nos yeux, la prestation des services permet de répondre aux besoins des membres des Forces armées canadiennes, mais comme je l'ai mentionné, nous devons faire plus et, pour ce faire, nous avons besoin de plus de cliniciens et de personnel de soutien. C'est la raison pour laquelle nous les embauchons.

**Le président:** Merci beaucoup, général.

Monsieur Harris, votre temps est écoulé.

Madame Gallant, vous disposez de sept minutes.

**Mme Cheryl Gallant (Renfrew—Nipissing—Pembroke, PCC):** Merci, monsieur le président. Toutes mes questions s'adresseront au général Millar.

Général Millar, vous avez indiqué que le « programme a réussi à démystifier la stigmatisation associée au fait d'aller chercher de l'aide ». Pourriez-vous nous expliquer ce que vous entendez par là?

**Mgén David Millar:** Merci beaucoup, madame. Je suis heureux de vous revoir. La dernière fois, nous étions en Afghanistan.

Les êtres humains ont naturellement tendance à penser qu'une personne qui présente une maladie mentale a un problème et cela modifie la perception que nous avons de ces personnes. Je crois que c'est vrai partout au Canada, car dans notre société, on n'a pas encore démystifié et déstigmatisé la santé mentale, et on croit toujours qu'il s'agit d'une maladie intraitable au lieu de considérer, comme c'est le cas pour la santé physique dans les Forces canadiennes, qu'il s'agit d'une réalité pour laquelle nous avons des programmes qui nous aident à atteindre le bien-être physique et mental.

Ainsi, lorsque je parle de stigmatisation, je parle du cas d'un soldat et de son compagnon d'armes en Afghanistan et lorsque les deux soldats reviennent, l'un éprouve des problèmes, mais pas l'autre, et celui qui a des problèmes est peut-être trop orgueilleux pour l'admettre et obtenir de l'aide. Et comme je l'ai mentionné plus tôt, parfois ce soldat se contente de se dire qu'il n'a pas de problème ou que si c'est le cas, il peut les traiter lui-même. Il faut que ces gens se sentent à l'aise de se rendre dans une clinique s'ils ne se sentent pas bien lorsqu'ils se lèvent le matin ou s'ils se sentent déprimés. Il faut qu'ils puissent signaler à leur chaîne de commandement qu'ils ne se sentent pas bien. Ils devraient téléphoner à l'un de leurs pairs. Cette réaction doit devenir automatique, et remplacer « Je verrai comment je me sens demain », car cela peut devenir « Je verrai comment je me sens le jour d'après ». C'est ce que je veux dire par déstigmatisation.

L'autre problème, madame, c'est la carrière. Comme on vous l'a dit, on croit fermement qu'une personne qui présente un problème mental ou même un problème physique court un grand risque d'être libérée des Forces canadiennes en raison de l'universalité du service, dont j'ai parlé plus tôt. Nous contribuons à la déstigmatisation en offrant des séances d'éducation et de sensibilisation sur tous nos programmes et sur le taux élevé de réintégration de nos militaires au travail, mais aussi, pour les cas où on ne répond plus au critère de l'universalité du service, sur les excellents programmes que nous offrons pour vous permettre de poursuivre une deuxième carrière, pour vous remettre sur pied, pour vous fournir l'éducation et la formation nécessaires, et les prestations et le soutien dont vous avez besoin pour entreprendre une deuxième carrière satisfaisante et stimulante.

• (1225)

**Mme Cheryl Gallant:** Merci. J'ai posé la question, car à la Chambre, l'opposition a déclaré que le TSPT était le fruit de l'imagination de la personne, que c'était dans sa tête, ce qui est totalement faux.

Vous avez aussi parlé du fait que nous entendons souvent l'opposition dire que si un soldat demande de l'aide, c'est le début de la fin du reste de sa carrière, et pourtant vous avez parlé de rétablissement et de l'importance d'obtenir de l'aide dès le début. Toutefois, lorsque certains soldats se rendent à la clinique, lors de leur première consultation avec une infirmière praticienne, on leur dit que s'ils demandent un traitement, ils seront fort probablement libérés pour raisons médicales dans trois ans. Ce n'est pas une anecdote. C'est vrai.

Pouvez-vous nous expliquer pourquoi on a dit cela à ces soldats?

**Mgén David Millar:** Je vais vérifier ces cas particuliers, et si nous pouvons en reparler par la suite, je veillerai à les examiner, car non, ce n'est pas l'intention de notre programme. Ce n'est pas notre vision, et ce n'est pas la façon dont nous devrions traiter nos hommes et nos femmes. En effet, comme je l'ai mentionné, nous avons une approche axée sur la compassion. Nous ne pouvons pas tirer cette conclusion dès qu'un soldat se présente avec ses problèmes. Le taux de réussite de notre programme de retour au travail est d'au moins 23 %.

Lorsque j'étais un jeune aviateur aux côtés de Scott, et un jeune soldat aux côtés de Rakesh, il n'existait pas d'endroit central où nous pouvions aller chercher de l'aide. Si j'avais déclaré un problème, j'aurais fort probablement dû quitter les Forces canadiennes. Aujourd'hui, notre seul objectif est de remettre nos hommes et nos femmes sur pied et de les renvoyer au travail au sein des Forces canadiennes. Notre programme de retour au travail, comme je l'ai mentionné, a un taux de réussite d'au moins 23 %, et nous en sommes très fiers.

Je suis donc préoccupé par ce que vous avez entendu.

**Colonel Scott McLeod (directeur en santé mentale, Services de santé des Forces canadiennes, ministère de la Défense nationale):** Monsieur, je suis d'accord avec vous. Ce n'est certainement pas l'approche que nous aurions adoptée dans un cas comme celui-là. Il est impossible d'établir le pronostic d'une personne lors d'une première rencontre. Comme le général Millar l'a mentionné, notre objectif prioritaire est de traiter la personne et de la renvoyer au travail. C'est dans le meilleur intérêt de chacun.

J'aimerais également en apprendre plus au sujet de ces cas.

**Mme Cheryl Gallant:** Nous essayons, le plus souvent possible, de fournir un emploi aux conjoints des militaires. Mais parfois,

lorsqu'un militaire se rend dans une clinique, la réceptionniste est la conjointe d'un camarade et cela représente un obstacle pour certains de nos soldats. Il faudrait pouvoir régler ce problème.

Vous avez mentionné le caporal-chef Jody Mitic et à quel point le programme avait été un succès dans son cas. J'aimerais mettre l'accent sur le fait que le caporal-chef Jody Mitic est une personne extraordinaire. Il est incroyable. Ce n'est pas tous les soldats qui ont sa personnalité et qui peuvent aller chercher de l'aide et utiliser le programme comme il l'a fait. Il est probablement du plus haut calibre. Nous devons penser à la personne qui a de la difficulté à demander de l'aide dès le début.

Ma dernière question concerne la transition des militaires vers la vie civile, surtout lorsqu'ils ont des blessures physiques. Comme vous l'avez mentionné plus tôt, les provinces ne forment pas assez de professionnels, surtout des spécialistes et des psychiatres. Les soldats ont très peur d'être libérés pour raisons médicales, car une fois qu'ils sont de retour dans la vie civile, ils n'ont plus accès à ces soins médicaux.

• (1230)

**Le président:** Veuillez répondre très brièvement.

**Col Rakesh Jetly:** Cela représente certainement un défi. Une partie du travail coopératif que nous effectuons avec Anciens Combattants consiste à éduquer et à sensibiliser davantage les professionnels de la santé mentale dans les collectivités, car le modèle de soins partagés... Lorsque les militaires sont toujours membres des FC, nous pouvons les aider à l'interne et par l'entremise de nos fournisseurs de la Croix-Bleue. Mais lorsqu'ils quittent les Forces, tout comme les réservistes, ils se rendent dans des collectivités de partout au pays et un grand nombre de ces régions sont mal desservies. Une partie de nos efforts supplémentaires en matière d'éducation visent à former et à sensibiliser davantage les professionnels dans les collectivités et, de nombreuses façons, à démystifier le travail auprès des anciens soldats et à promouvoir le fait qu'ils sont très accommodants et qu'ils sont d'excellents patients. C'est un privilège de travailler avec des gens comme eux. Cela fait partie de nos efforts en matière d'éducation dans les collectivités.

**Le président:** Merci, colonel.

Madame Murray, vous avez sept minutes.

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

Je vous remercie d'avoir accepté de comparaître devant le comité.

J'aimerais faire suite à une question qui a été posée plus tôt. Elle concernait l'examen des militaires qui reprennent le service en vue de déterminer s'il y a des préoccupations liées à des blessures mentales. D'après ce que je comprends, on effectuait cet examen à leur retour. Existe-t-il une structure qui prévoit des examens subséquents pour veiller à ce que si le problème n'est pas détecté au cours du premier examen — c'est-à-dire si les symptômes ne sont pas présents à ce moment-là —, il le sera au cours d'examen suivants?

**Mgén David Millar:** Merci, madame.

Nous avons fait beaucoup de chemin en ce qui concerne notre programme En route vers la préparation mentale. Nous avons adopté la résilience mentale, le traitement des maladies mentales, la reconnaissance des symptômes par l'entremise de tous nos ateliers de perfectionnement au sein des Forces canadiennes, y compris l'accent sur le déploiement et le suivi postdéploiement.

J'aimerais que Scott nous en dise plus à ce sujet.

**Col Scott McLeod:** En ce qui concerne les suivis, nous en avons une série. Comme vous l'avez souligné, il est important d'en avoir plus d'un, car on pourrait manquer des personnes. Immédiatement après leur retour, lors des séances de décompression dans un lieu tiers, les militaires ont l'occasion de signer une déclaration et de rapporter les contacts à risque élevé qu'ils ont eus avec d'autres traumatisés, des combats et d'autres événements qui pourraient les mettre dans la catégorie des personnes plus à risque. Ensuite, lorsqu'ils retournent à la maison, tous ceux qui ont été identifiés à ce point sont immédiatement pris en charge.

Ensuite, de quatre à six mois après leur retour, nous effectuons notre examen postdéploiement amélioré; ils remplissent un questionnaire approfondi qui porte sur tout ce qui est lié à la santé mentale. Ils passent aussi une entrevue personnelle avec un fournisseur de soins en santé mentale. C'est l'occasion d'obtenir un peu plus d'information. De plus, nous avons des examens de santé périodiques qui ciblent également en profondeur les maladies mentales.

**Mme Joyce Murray:** Il y a donc continuellement des examens de santé menés par des professionnels de la santé mentale. Je fais référence à la recommandation numéro 14 dans le rapport de juin 2009 du comité permanent, qui suggère que les Forces canadiennes devraient surveiller la santé mentale de leurs militaires pendant cinq ans après le déploiement. Pourrais-je demander au colonel McLeod si on a fait référence à ces recommandations dans le rapport de 2009 de la Défense nationale et, le cas échéant, s'il s'agit d'une recommandation suivie par le ministère?

**Col Scott McLeod:** La recommandation a vraiment été suivie, car nous effectuons ces examens. L'examen de dépistage postdéploiement amélioré est effectué par un professionnel de la santé mentale.

• (1235)

**Mme Joyce Murray:** Pendant cinq ans?

**Col Scott McLeod:** Pendant cinq ans, les membres de l'équipe de soins primaires s'occupent de cet examen de dépistage, et ce sont des spécialistes. Les médecins de famille sont des spécialistes qui s'occupent de la santé mentale; ils sont formés en ce sens. Ils collaborent étroitement avec la clinique spécialisée en santé mentale. Ils effectuent un suivi, comme tout autre médecin de famille le ferait.

**Mme Joyce Murray:** Merci.

J'aimerais confirmer quelque chose que je crois avoir entendu du major-général Millar, et c'est que le nombre total de professionnels de la santé mentale recensés en 2003 — vous avez dit qu'il y en avait 452 — est, à votre avis, suffisant.

Est-ce que l'objectif d'il y a 10 ans, c'est-à-dire avant le déploiement des forces armées à Kandahar, est toujours considéré comme étant adéquat?

**Mgén David Millar:** Nous en avons actuellement 452, et si on se fonde sur les services que nous fournissons, et sur l'accès qu'ont nos militaires à nos fournisseurs de services de santé et aux fournisseurs de services en santé mentale, la réponse est oui. Mais comme je l'ai mentionné, nous pouvons toujours en faire plus, madame.

**Mme Joyce Murray:** Merci de votre réponse.

J'aimerais savoir si on a des sondages ou des données ou une analyse à cet égard, car de façon anecdotique, ce que nous entendons, c'est que ce nombre est loin d'être suffisant. D'après ce que je comprends, l'embauche a comblé un tiers de l'écart depuis le dernier tollé lié aux obstacles institutionnels que le gouvernement avait mis en place avec les gels de l'embauche et les compressions budgétaires; ces obstacles sont en voie d'être éliminés. Mais je ne

suis pas convaincue qu'une recherche ou une analyse démontre que 452 professionnels sont un nombre suffisant.

**Mgén David Millar:** Étant donné que nous déployons des efforts continus pour comprendre les complexités liées aux maladies mentales et au suicide, nous l'évaluons continuellement par l'entremise de notre propre capacité de recherche et nous étudions de nouveaux programmes et de nouvelles pratiques qui soutiennent les familles et nos militaires qui souffrent de maladie mentale. Donc, la réponse est oui.

**Mme Joyce Murray:** Puis-je demander que les recherches ou les analyses qui concluent que ce nombre est adéquat soient remises au comité?

**Mgén David Millar:** Oui.

**Mme Joyce Murray:** Merci.

Maintenant, j'aimerais parler un peu du soutien aux familles.

J'ai rencontré la conjointe d'un militaire en service et celle d'un ancien militaire, et leurs deux conjoints ont reçu un diagnostic de TSPT. Ces conjointes n'appuient pas le point de vue selon lequel on offre de bons services aux conjoints et aux familles. Il y avait plusieurs recommandations dans le rapport de 2009, auquel je fais souvent référence, car c'était une étude assez approfondie de ces mêmes enjeux.

Certaines recommandations, notamment la recommandation numéro 9, parlent de fournir des services aux membres de la famille qui sont à risque d'être victimes ou qui sont victimes de violence familiale liée au TSPT. Selon la recommandation numéro 11, les membres de la famille devraient être visés par le programme de traitement et devraient recevoir une formation sur la façon de soutenir leur partenaire. Une série de recommandations visent à éviter que les conjoints deviennent des victimes de la maladie de leur partenaire.

Monsieur Millar, pouvez-vous me dire si on a effectué une analyse des recommandations du rapport de 2009 et pouvez-vous me parler des mesures qui ont été prises pour combler les lacunes liées au soutien des familles, à l'éducation des familles, aux services de thérapie, aux thérapies conjugales, et à tous les éléments de soutien qui, selon ce qu'on nous dit, ne sont toujours pas adéquats?

**Le président:** Madame Murray, je crains que vos sept minutes soient écoulées.

**Mme Joyce Murray:** N'avons-nous pas le temps d'entendre une brève réponse? Je suis certaine que les autres membres du comité aimeraient entendre la réponse.

**Le président:** Nous allons entendre une très brève réponse.

**Mgén David Millar:** Les familles sont essentielles à la survie de nos militaires. Leur partenaire est leur bouée de sauvetage. Ces personnes sont ici aujourd'hui.

Nous avons grandement amélioré notre programme. Dans nos centres de ressources familiales, partout au pays, nous offrons des programmes d'éducation à nos enfants pour les aider à comprendre la maladie mentale. Ces programmes ont connu un tel succès qu'ils ont poussé les parents à demander de l'aide. Nous avons des programmes pour les conjoints dans nos centres de ressources pour les familles des militaires. Nous avons envoyé à des tables rondes des couples qui ont eu des problèmes de santé mentale dans tous nos centres de ressources pour les familles des militaires. Oui, nous mettons encore plus l'accent sur nos familles.

• (1240)

**Le président:** Merci, général.

Mesdames et messieurs, nous avons prévu 15 minutes pour accomplir certains travaux du comité à la fin de nos deux heures et nous les avons perdues. J'aimerais obtenir le consentement unanime pour poursuivre les questions jusqu'à la fin de l'heure, et pour ensuite lever la séance, et enfin pour dépasser le temps de quelques minutes afin de...

**Des voix:** [Note de la rédaction: inaudible]

**M. James Bezan (Selkirk—Interlake, PCC):** Si nous avons le temps, cinq minutes à la fin de l'heure.

**Le président:** D'accord? Merci.

Monsieur Chisu, veuillez entamer la deuxième série de questions. Vous avez cinq minutes.

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

J'aimerais remercier les témoins d'avoir comparu devant notre comité.

J'ai servi dans des missions de combat en Afghanistan. J'aimerais revenir brièvement sur la notion de l'universalité du service. Vous avez mentionné qu'elle est très claire, sauf que vous avez une section qui n'exige pas l'universalité du service, c'est-à-dire le corps de cadets. Les cadets permettent aux membres en uniforme d'atteindre, par exemple, un âge limite de 65 ans au lieu de 60 ans, etc., et ils ne sont pas soumis à des tests physiques rigoureux.

Si je fais ces commentaires, c'est parce que je suis en transition, c'est-à-dire que je fais la transition du monde militaire vers d'autres sections du MDN ou de la vie civile. J'ai quelques brèves questions.

Tout d'abord, en moyenne, combien de temps un militaire des FC peut-il être sur la liste de la catégorie médicale avant que vous commenciez le processus de libération? Deuxièmement, sur une moyenne annuelle, combien de membres des FC sont sur la liste de catégorie médicale? Aussi, combien de temps faut-il pour un militaire pour être libéré des FC pour raisons médicales ou à la suite d'une demande de libération? Je pose la question au sujet des délais, car ils peuvent être très longs. Les membres des FC sont placés dans des soi-disant pelotons d'attente, et cela mine énormément leur moral. Lorsque j'étais en service à Meaford, il y a eu des suicides dans ces pelotons.

De plus, j'ai une question pour M. Rigg. Combien d'employés civils du MDN ont fait l'expérience du milieu militaire?

**Mgén David Millar:** Je demanderais d'abord à Scott de parler des aspects médicaux.

**Col Scott McLeod:** La durée des restrictions d'emploi pour raison médicale varie énormément d'un patient à l'autre. Rien n'exige d'imposer une restriction permanente après un certain temps.

Nous examinons avant tout la stabilité des soins lorsqu'ils atteignent un plateau et un maximum. Le Dr Jetly pourra donner des précisions. Pour certains, c'est six mois, tandis que pour d'autres, c'est deux, trois ou même quatre ans.

Par ailleurs, le temps nécessaire à la libération dépend grandement du contexte. Dans bien des cas qui requièrent des soins complexes, la libération peut se produire jusque trois ans après la désignation permanente, afin d'établir un plan et que la personne fasse la transition vers les soins aux anciens combattants et l'effectif civil.

Je n'ai pas avec moi les données sur le nombre actuel de militaires des Forces canadiennes qui font l'objet de restrictions d'emploi pour raison médicale. Le directeur de la politique médicale pourrait nous informer là-dessus.

Je crois que cela répond à vos questions, monsieur.

**M. Cornéliu Chisu:** J'ai une autre question. Existe-t-il selon vous un lien avec l'assouplissement des normes sur la condition physique des nouvelles recrues dans les Forces canadiennes? Le recrutement va influencer l'effectif à long terme. Personne n'a posé de question à ce propos, mais c'est un aspect important des Forces canadiennes.

• (1245)

**Col Scott McLeod:** Nous refusons toujours les candidats dont les maladies entrent en conflit avec l'universalité du service. Ce critère s'applique depuis plusieurs années et est maintenu. Je demanderais à mes collègues de parler de la condition physique ou de ce genre de questions, qui ne relèvent pas de moi.

**Mgén David Millar:** Oui, les critères de condition physique sont moins élevés. C'est une conséquence du style de vie des jeunes, qui sont des magiciens de l'informatique. Au camp de recrues, nos pelotons de guerriers veillent à leur santé et à leur mise en forme.

Vous le savez sans doute, monsieur, pour avoir réussi le camp de recrues.

**Le président:** Merci, monsieur Chisu. Votre temps est écoulé.

Madame Michaud.

[Français]

**Mme Élane Michaud (Portneuf—Jacques-Cartier, NPD):** Merci beaucoup, monsieur le président.

D'abord, je remercie les témoins de leurs présentations. Je vais adresser ma première question au major-général Millar.

Revenons sur la notion de l'universalité des services dont on a beaucoup discuté aujourd'hui. Vous dites que vous êtes convaincu des bienfaits de cette doctrine sur les soldats. Cependant, je crois que c'est un facteur qui contribue à nuire à l'obtention de l'aide par les soldats. Cela les empêche d'aller chercher de l'aide de peur d'être forcé de quitter les Forces armées canadiennes.

Croyez-vous que le fait de modifier l'universalité des services pourrait assurer que nos soldats, qui sont en train de se remettre d'une maladie mentale ou d'une blessure psychologique, occupent un poste qui ne nécessite ni combat ou ni déploiement? Il y a quand même des postes au sein des forces qui ne nécessitent pas d'être déployé constamment.

Je viens d'une famille militaire. Mon père a toujours été dans l'administration. Il n'a jamais eu à être déployé dans sa carrière. Donc, c'est quelque chose qui serait possible. Je crois que cela pourrait avoir un grand impact sur l'état d'esprit de nos soldats au sein des forces.

Pourriez-vous commenter brièvement cette possibilité?

**Mgén David Millar:** Comme je l'ai mentionné, d'après moi, il est important que tous nos militaires comprennent bien les services, les occasions et les prestations qui sont disponibles.

[Traduction]

Concernant les préjugés, je pense que les militaires ne comprennent pas tous les services de santé mentale auxquels ils ont accès. Nous devons accentuer la sensibilisation pour leur faire comprendre qu'il n'y a pas de différence entre la maladie physique et la maladie mentale et qu'il existe des services pour les aider à retourner au travail.

[Français]

**Mme Élane Michaud:** Permettez-moi de vous interrompre parce que je n'ai vraiment que très peu de temps.

Ma question porte sur la possibilité d'amender la notion d'universalité de services. Ainsi, je comprends qu'il y a des services qui sont disponibles. Vous en faites la promotion et c'est important. On veut que nos soldats aillent chercher de l'aide. Toutefois, ce que je veux savoir vraiment c'est ceci. Comptez-vous explorer la possibilité d'amender la notion d'universalité des services pour permettre à nos soldats qui se remettent d'une blessure psychologique de continuer à occuper des postes qui ne nécessitent pas de déploiement. Est-ce une possibilité que vous comptez explorer, oui ou non?

**Mgén David Millar:** Je pense qu'il serait plus important d'explorer les prestations et les programmes offerts par les Forces canadiennes.

**Mme Élane Michaud:** En somme, je vais considérer pour l'instant que la réponse est non.

[Traduction]

**M. Jack Harris:** La réponse est non.

[Français]

**Mme Élane Michaud:** Exactement. C'est ce que j'avais compris également.

Je vais revenir sur la question des cas de décès par suicide au sein de nos forces.

Mon collègue, M. Harris, a déjà mentionné qu'on n'avait pas de statistiques sur les cas de suicide au sein de nos réservistes. Vous avez mentionné vous-même que vous aviez peu d'informations ou encore que vous aviez de l'information beaucoup plus ancienne sur les gens qui ont été libérés des forces, mais qui devraient normalement être encore suivis pendant cinq ans.

Avez-vous les moyens de connaître le nombre de gens qui ont vécu de la détresse et qui ont tenté de s'enlever la vie sans y réussir? Avez-vous une idée de ce qui se passe, puisqu'il s'agit d'un signe très clair de la détresse qui sévit au sein de nos troupes? Avez-vous de l'information sur ces cas?

**Mgén David Millar:** Vous parlez des soldats qui quittent les Forces canadiennes?

**Mme Élane Michaud:** Oui.

**M. Michel D. Doiron:** Parlez-vous des gens qui sont encore dans les forces?

**Mme Élane Michaud:** Je parle des gens qui sont dans les forces ou qui ont été libérés récemment. Je pense que les deux vont de pair. Il demeure que le ministère de la Défense nationale a encore une responsabilité auprès de ces gens, même s'ils sont passés sous la responsabilité d'Anciens combattants Canada. Du moins, c'est ce que je crois.

En somme, c'est pour ça que je m'intéresse aux deux cas.

**M. Michel D. Doiron:** Anciens combattants Canada ne compile pas de statistiques sur les suicides ou sur les tentatives de suicide. On travaille avec les individus.

**Mme Élane Michaud:** À la Défense nationale, ce type d'information sur les cas de tentatives de suicide vous est-il transmis?

**Mgén David Millar:** Vous voulez savoir si nous avons des statistiques concernant nos membres?

• (1250)

**Mme Élane Michaud:** Je veux savoir si vous en avez sur les tentatives de suicide qui auraient été faites soit par des soldats qui sont encore dans les forces, soit par des soldats qui auraient été récemment libérés.

[Traduction]

**Col Rakesh Jetly:** Je pense avoir déjà dit dans un témoignage ici qu'il est très difficile de répertorier les tentatives, parce que nous ne sommes jamais sûrs d'avoir des données complètes.

Notre politique garantit en priorité que la chaîne de commandement, le personnel médical et les autorités principales de la base communiquent et donnent des soins au militaire en service qui commet une tentative.

C'est la priorité. Nous n'ouvrons pas une enquête et nous n'allons pas humilier le militaire qui a besoin de soins. Notre approche met l'accent sur la communication dans la chaîne de commandement et entre les principaux dirigeants et le médecin en chef de la base. Mais nous ne serons pas informés si un militaire tente de se suicider un samedi, sans en parler ou sans appeler le 911.

**Le président:** Merci, colonel.

Madame Michaud, votre temps est écoulé.

Monsieur Bezan, vous avez cinq minutes.

**M. James Bezan:** Merci, monsieur le président.

Merci à tous les témoins d'être ici aujourd'hui, surtout compte tenu des votes tenus plus tôt. Nous devons disposer de tout le temps dont nous avons besoin.

Je veux parler de deux aspects.

Général Millar, vous avez dit que vous arrivez à démystifier la stigmatisation associée à une demande d'aide. Comment mesurez-vous votre succès?

**Mgén David Millar:** Pour démystifier la stigmatisation?

**M. James Bezan:** Oui.

**Mgén David Millar:** Mon indicateur de succès, c'est le nombre de personnes qui commencent à dire que la maladie mentale n'est pas une tare. Nous pouvons traiter les militaires atteints. À l'UISP, davantage de militaires en parlent.

Au Canada, la société et les FC discutent plus ouvertement de maladie mentale et comprennent mieux que ce n'est pas un défaut. Nous pouvons tous discuter de cette maladie qui se traite. Les familles de militaires en parlent. Tous ces indicateurs montrent que les préjugés sont en train de tomber, mais le travail est loin d'être terminé.

**M. James Bezan:** Vous dites que 60 % des militaires de l'UISP souffrent d'une forme de maladie mentale. Je présume que bon nombre de militaires de cette unité se remettent de blessures physiques avant d'être réintégrés. Parmi les 23 % qui retournent au travail, combien souffrent de problèmes de santé mentale?

**Mgén David Millar:** C'est possible de souffrir à la fois d'une blessure physique et de maladie mentale ou seulement de maladie mentale. Nous n'établissons pas de différence entre une blessure physique et la maladie mentale concernant le retour au travail, en raison de la confidentialité entre le médecin et le patient.

Rakesh, voulez-vous faire un commentaire?

**Col Rakesh Jetly:** Je veux simplement parler un peu de la stigmatisation. Nous pourrions vous envoyer des données. Dans les comparaisons avec nos alliés, environ 6 % des militaires d'un groupement tactique canadien qui revient du combat auraient moins d'estime pour un collègue qui demande des soins en raison d'une maladie mentale. Nous avons tous posé des questions précises. Pour être franc, je pense que nous sommes en avance sur la société à ce sujet.

En moyenne, les militaires ont attendu sept ans avant de demander des soins dans nos premiers centres de traumatologie. Notre dépistage accru effectué de trois à six mois après le déploiement indique que plus de la moitié des militaires qui ont reçu un diagnostic positif reçoivent déjà des soins. Même si le travail n'est jamais terminé, nos mesures prouvent que nous sommes dans la bonne voie.

**M. James Bezan:** Puisque vous parlez de dépistage et des militaires qui reçoivent déjà des soins, je vais poursuivre dans cette veine.

Je veux poser deux questions. Parmi les militaires qui retournent au travail dans l'UISP, combien doivent recevoir des soins de nouveau, surtout en raison de la maladie mentale?

Par ailleurs, la revue psychiatrique *JAMA* vient de publier une étude qui montre qu'un soldat américain sur 10 souffre d'un trouble explosif intermittent, qui présente le taux de tendances suicidaires le plus élevé. Connaissez-vous cette étude, et dépistez-vous ce trouble durant le recrutement et avant le déploiement, dans le cadre du programme En route vers la préparation mentale?

**Col Rakesh Jetly:** Depuis longtemps, les recherches montrent que l'impulsivité représente un des principaux facteurs de risque de suicide. On pourrait penser que le patient risque avant tout de sombrer dans une grave dépression, même s'il ne souffre pas de maladie mentale grave, mais l'impulsivité constitue en fait le principal danger. Nous examinons le trouble de stress post-traumatique, la dépression et ce genre de maladies. Le général Millar a parlé du nombre de militaires qui se suicident malgré les soins qui leur sont prodigués. Nous devons mieux comprendre comment donner les soins. Bon nombre d'études de ce genre visent à comprendre le suicide lui-même, indépendamment de la maladie. Le trouble explosif intermittent et l'impulsivité font partie des facteurs qu'il faut examiner.

•(1255)

**M. James Bezan:** Pouvez-vous décrire le programme de prévention du suicide mis en oeuvre par les Forces armées canadiennes?

**Col Scott McLeod:** Ce programme découle des travaux d'un groupe d'experts du suicide formés en 2009 pour comprendre pourquoi la grande majorité des suicides sont liés à la maladie mentale. Pour cibler nos interventions, il faut savoir que de 3 000 à 4 000 militaires des Forces armées canadiennes présentent des facteurs précis de risque de suicide.

Notre approche consiste à sensibiliser les militaires à l'aide de notre programme En route vers la préparation mentale, à les amener à mieux comprendre la maladie mentale, à réduire la stigmatisation pour qu'ils demandent des soins et à améliorer les soins courants qui sont dispensés. Nous sensibilisons tous les niveaux de la chaîne de commandement aux conséquences de la maladie mentale pour les militaires atteints. Nous resserrons les liens entre la chaîne de commandement, le militaire qui souffre et le système de soins de santé. Nous cherchons surtout à sensibiliser les militaires.

**Le président:** Merci beaucoup, colonel.

Monsieur Larose.

**Mme Joyce Murray:** Monsieur le président, je veux invoquer le Règlement avant la fin de la séance.

Selon Mme Gallant, un député de l'opposition aurait affirmé que le militaire atteint se voit comme une victime, alors que c'est elle qui a dit publiquement...

**Le président:** Il faudra en parler durant le débat.

**Mme Joyce Murray:** Je demande à Mme Gallant de prouver qu'un député de l'opposition a tenu les mêmes propos qu'elle.

**Le président:** Madame Murray, nous avons bien compris.

Monsieur Larose, vous avez jusqu'à 13 heures.

[Français]

**M. Jean-François Larose (Repentigny, NPD):** Monsieur le président, je vais partager le temps dont je dispose avec M. Harris.

J'aimerais poser une brève question.

[Traduction]

Vous avez parlé de stigmatisation.

[Français]

Où se situe ce problème au niveau du leadership. Les membres des Forces armées canadiennes ont une influence les uns sur les autres dès qu'ils deviennent caporal ou caporal-chef. C'est un facteur qui constitue un obstacle, n'est-ce pas? J'aimerais avoir une réponse très brève, s'il vous plaît.

**Mgén David Millar:** Vous avez raison. Comme je l'ai mentionné lors de mon allocution, d'après moi, le degré de stigmatisation est personnel. Je perds si je dis:

[Traduction]

« Je souffre de maladie mentale. » C'est ce genre de stigmatisation.

[Français]

**M. Jean-François Larose:** Oui, mais ils peuvent avoir une influence les uns sur les autres. Ils peuvent influencer ceux qui sont sous leur responsabilité et les amener à avoir eux aussi cette crainte .

Merci.

[Traduction]

**Col Rakesh Jetly:** Excellente question.

Nous n'avons pas posé la question durant l'enquête. À la question sur la baisse d'estime envers un collègue qui demande des soins de santé mentale, 6 % des militaires ont répondu par l'affirmative. Ils seraient sans doute plus nombreux à indiquer que leur estime personnelle baisserait, s'ils avaient eux-mêmes besoin d'aide.

À Gagetown, j'ai demandé aux militaires des groupements tactiques d'être aussi compréhensifs envers eux-mêmes qu'ils le seraient envers un collègue. Je pense qu'ils encourageraient leurs collègues à obtenir des soins, mais ils hésiteraient à accepter le soutien de leurs pairs. Selon moi, la personne se trompe sur l'opinion que les autres auront d'elle. Les militaires savent qu'ils sont meurtris après 10 ans de combat et ils vont s'entraider.

**M. Jack Harris:** Merci, monsieur le président.

Général Millar, je suis quelque peu incrédule, concernant le vaste réseau qui vise à donner des soins aux familles partout au pays. Malgré notre horaire serré à Petawawa, une femme a dit que quatre ans s'étaient écoulés avant qu'elle puisse consulter pour comprendre

la nature et les conséquences du TPST dont souffre son conjoint militaire, qui s'est plaint aussi. Ce couple a failli se séparer.

Comment pouvons-nous dire que les services sont adéquats, tout en affirmant que les familles d'anciens combattants sont essentielles? Je sais que vous déployez beaucoup d'efforts, mais comment se fait-il que, malgré ses demandes répétées, une conjointe de militaire ait dû attendre quatre ans pour obtenir une consultation?

• (1300)

**Mgén David Millar:** Je ne connais pas ce cas précis, mais nous avons beaucoup appris. Il faut sensibiliser les conjointes et leur donner des outils pour comprendre les signes et les conséquences de la dépression ou d'un trouble de stress post-traumatique, afin d'aider leurs conjoints militaires. Dans le cadre de notre programme de sensibilisation, Chris et Kathy Linford sont allés partout au pays pour expliquer leurs difficultés et permettre aux autres familles de comprendre ce qu'elles vivent. Depuis ce temps, nos programmes sensibilisent les conjointes et les enfants aux symptômes, aux signes et aux stratégies pour composer avec ces difficultés. Nous pouvons en faire plus et nous concentrons nos efforts sur cet aspect.

**Le président:** Merci beaucoup au général et à tous les témoins aujourd'hui. Je répète que nous sommes désolés. Je comprends la frustration des députés en raison du peu de temps dont nous disposons. Il se pourrait que nous vous invitons de nouveau pour discuter plus en détail de certaines questions abordées aujourd'hui. Merci encore de votre présence et de votre patience, concernant les caprices de la procédure parlementaire.

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>