



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la défense nationale

NDDN



NUMÉRO 019



2^e SESSION



41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 8 avril 2014

Comité permanent de la défense nationale

Le mardi 8 avril 2014

• (1105)

[Traduction]

Le vice-président (M. Jack Harris (St. John's-Est, NPD)): La 19^e séance du Comité permanent de la défense nationale est ouverte. Je crois qu'il y a quorum, alors commençons.

Nous nous pencherons aujourd'hui sur les soins offerts aux membres des Forces armées canadiennes malades ou blessés, conformément au paragraphe 108(2) du Règlement.

Nos témoins proviennent du ministère de la Défense nationale. Ce sont le brigadier-général Jean-Robert Bernier, médecin-chef et commandant du groupe des services de santé des forces canadiennes, et Jacqueline Rigg, directrice générale des opérations de gestion des ressources civiles et sous-ministre adjointe des Ressources humaines — civils.

J'assume aujourd'hui le rôle du président en son absence. M. Kent ne peut pas être parmi nous.

Je crois que nous pouvons passer aux témoignages. M. Bezan pourra se joindre à nous lorsque cela lui conviendra.

Nous avons le mémoire du général Bernier.

Monsieur, je vous souhaite la bienvenue au comité, de même qu'à Mme Rigg. La parole est à vous, monsieur.

Brigadier-général Jean-Robert Bernier (médecin-chef, Commandant du groupe des services de santé des forces canadiennes, ministère de la Défense nationale): Merci beaucoup, monsieur le président.

[Français]

Chers membres du comité, bonjour.

[Traduction]

Je vous remercie de me donner l'occasion de m'adresser à vous une fois de plus et, plus particulièrement, de votre intérêt constant envers la santé des membres des Forces armées canadiennes.

Le bien-être des personnes disposées à sacrifier leur vie pour protéger les Canadiens mérite toute votre attention, et l'engagement de votre comité à étudier à fond cette question envoie au personnel militaire un message positif qui rend les risques et les sacrifices qu'ils acceptent bien plus tolérables. Cela dit, je pense également à tout mon personnel médical, dont la plupart des membres ont participé à des missions outre-mer, ont été témoins de nombreux traumatismes en Afghanistan, plus que tout autre corps, alors que, tous les jours, ils soignent des blessures horribles, et ont subi les pires souffrances physiques et mentales après les armes de combat. Puisque leur propre santé dépend directement de la qualité de leur travail personnel, ils sont immensément motivés à aller au-delà de l'accomplissement de leurs tâches et ils ressentent de la compassion pour les autres, ce qui les incite à exceller dans la prestation des soins, la recherche, les politiques et les programmes.

Je vous ai déjà expliqué, tout comme certains de mes médecins généraux, la nature exhaustive et unique en son genre des programmes de santé offerts aux membres des Forces armées canadiennes. Toutefois, je tiens à préciser que de nombreux changements ont été apportés depuis que je me suis adressé à vous la dernière fois, en novembre 2012, afin de vous parler de certains domaines qui pouvaient être améliorés.

Le plus pertinent dans le cas présent est peut-être la mise à niveau et le lancement, en automne dernier, de ma stratégie militaire en matière de santé mentale fondée sur une analyse approfondie de l'ensemble des expériences, des données, des leçons retenues et des recherches menées ces dernières années, analyse qui aura duré une année entière.

Le programme de santé mentale ayant alors cours chez les militaires avait été conçu en fonction de recherches et d'analyses importantes menées pendant plusieurs années, mais il datait de l'époque précédant les opérations de combat en Afghanistan. On l'a rehaussé progressivement à la suite d'examen annuels, mais il fallait mettre en place une stratégie à plus long terme et plus approfondie afin d'orienter et d'établir des priorités quant à nos efforts compte tenu de la fin des opérations en Afghanistan, de l'importante hausse du budget consacré à la santé mentale chez les militaires — passé de 38,6 millions de dollars à 50 millions de dollars —, des progrès cliniques et technologiques, d'un examen global des recommandations précédentes de votre comité et d'autres organismes externes ainsi que de notre meilleure compréhension de la santé mentale au sein des Forces armées canadiennes grâce à la surveillance, aux données et aux recherches accumulées en matière de santé.

Notre analyse des examens techniques des suicides effectués par des professionnels de la santé, notre Étude sur les traumatismes liés au stress opérationnel et sur ses répercussions ainsi que les analyses en cours en lien avec le Sondage sur la santé et le style de vie de 2013 et l'Enquête sur la santé mentale de Statistique Canada permettront d'améliorer la mise en oeuvre de la stratégie au cours des cinq prochaines années. Cela nous aidera aussi à réévaluer de manière plus objective la composition et la capacité professionnelles de notre effectif visé de 452 employés dans le domaine de la santé mentale afin de déterminer si elles conviennent à nos besoins actuels et prévus en santé mentale. La stratégie et l'analyse à l'appui nous aideront à optimiser encore davantage notre utilisation des ressources et des données, non seulement pour gérer notre fardeau de problèmes de santé mentale liés aux opérations en Afghanistan, mais aussi pour traiter les problèmes routiniers de santé mentale, beaucoup plus variés, pouvant découler du stress lié au service militaire ou des sources de stress qui affectent les Canadiens en général. Au moins quatre des principaux organismes de santé mentale du Canada ont publiquement fait l'éloge de la stratégie comme modèle global.

[Français]

La stratégie et notre programme de santé mentale ont également reçu les éloges de représentants des plus importantes organisations nationales en santé mentale lors d'une réunion récente avec les ministres et les hauts fonctionnaires de la Défense nationale et d'Anciens Combattants Canada. Ils ont fait d'excellentes suggestions pour l'amélioration de nos programmes. Toutes leurs recommandations avaient déjà été mises en oeuvre ou faisaient partie de notre stratégie. Ils ont mis l'accent en particulier sur le besoin urgent de mesures de prévention et de traitement en santé mentale fondées sur des preuves solides.

[Traduction]

Les autres améliorations significatives incluent un plus grand succès dans le recrutement et l'embauche d'employés de la fonction publique oeuvrant dans le domaine de la santé mentale; ma collègue, Mme Riggs, pourra traiter de ce point plus en détail. Nous sommes maintenant beaucoup plus près de notre objectif de 452 employés en santé mentale, ce qui nous permettra de nous en remettre moins à du personnel en santé mentale contractuel et à notre réseau de renvoi à l'externe, qui peut compter jusqu'à 4 000 cliniciens.

Bien que nos temps d'attente pour obtenir une évaluation et des soins soient, en général, bien inférieurs à ceux qui prévalent dans tout autre système de soins de santé depuis longtemps, les améliorations contribuent à la réduction du nombre de situations locales dans lesquelles le temps d'attente dépasse mes ambitieux objectifs, de concert avec d'autres mesures pour améliorer l'efficacité grâce au réaménagement des effectifs, à la modification des processus, au recours à la télésanté mentale et d'autres méthodes encore. Malheureusement, l'atteinte et le maintien de nos niveaux de dotation cibles continueront de représenter un défi en raison du nombre insuffisant de professionnels en santé mentale à l'échelle nationale.

Depuis 2013, l'acquisition de technologies de télésanté mentale haute définition contribue aussi à l'accélération des soins aux endroits bénéficiant de peu de services ainsi qu'à la réduction du dérangement imposé aux patients devant voyager pour obtenir des soins. De plus, la technologie de réalité virtuelle utilisée pour la thérapie par exposition virtuelle dans le cadre du traitement de l'état de stress post-traumatique (ESPT) dont nous avons fait l'acquisition et l'essai se révèle prometteuse. Parallèlement à l'adaptation du logiciel de réalité virtuelle pour le Canada en partenariat avec la fondation True Patriot Love, nous envisageons de fournir la technologie à tous nos centres de soutien pour trauma et stress opérationnels.

[Français]

À partir de 2012, il y a également eu de nouveaux développements avantageux avec certains de nos autres partenaires extérieurs. Nous avons travaillé deux fois en partenariat avec Bell et sa campagne Cause pour la cause. Tout comme le font bon nombre d'autres efforts déployés par le chef d'état-major de la Défense et les chefs militaires supérieurs, cette campagne contribue à réduire davantage la stigmatisation entourant la maladie mentale dans la culture militaire.

L'Association des psychiatres du Canada a créé une section spéciale pour les militaires et les anciens combattants afin de soutenir ses membres civils et militaires s'intéressant à la santé mentale du personnel militaire actif et à la retraite.

[Traduction]

L'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans, créé à la demande de mon prédécesseur, a ajouté plusieurs

universités à son réseau et reçoit également du soutien de la fondation Wounded Warriors et de la Légion royale canadienne sous la forme de bourses de recherche en santé mentale. La Légion étend aussi ses efforts pour diffuser dans tout le pays de l'information sur les programmes de soutien offerts par les ministères de la Défense et des Anciens Combattants, une initiative qui aidera à mieux informer les anciens combattants et les réservistes qui sont loin des bases militaires et des bureaux d'Anciens Combattants Canada.

En ce qui concerne la recherche, plusieurs projets en collaboration avec nos partenaires nous permettent d'avoir de nouvelles perspectives et de découvrir des applications technologiques qui permettront d'améliorer la compréhension et le traitement, notamment deux projets actuels de collaboration portant sur l'utilisation de la stimulation magnétique transcrânienne pour le traitement des troubles mentaux, une étude de validation de notre programme de formation et de résilience en santé mentale. En route vers la préparation mentale, des études sur la neuroimagerie incluant la magnéto-encéphalographie et l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle, de même qu'un symposium civilo-militaire tenu le mois dernier par le centre de recherche sur l'utilisation de la neuroimagerie à des fins de diagnostic et de traitement de l'ESPT et des traumatismes cérébraux, de l'hôpital pour enfants de Toronto. Le médecin général adjoint du Canada continue de présider le comité de recherche en santé de l'OTAN et d'assurer le mentorat de son groupe de travail pour la recherche sur le suicide chez les militaires; les Canadiens assument toujours un rôle de leadership dans presque toutes les activités de recherche en matière de santé mentale, et il y a un an, l'OTAN a demandé à un expert du Service de santé royal canadien de coprésider son symposium international sur les pratiques exemplaires en matière de réadaptation au retour du combat et de réinsertion des patients souffrant de dommages physiques et mentaux.

Malgré la nécessité de nous concentrer sur l'amélioration continue de nos programmes de santé mentale, je dois aussi maintenir et continuer d'accroître nos capacités dans tous les domaines nécessaires pour préserver la santé et la vie dans les opérations humanitaires et de combat, de même que dans les soins de routine au pays. À cette fin, l'un des médecins sous mes ordres, le colonel Homer Tien, continue de diriger le principal centre de traumatologie du Canada, en plus d'être titulaire d'une chaire de recherche sur les traumatismes liés au service militaire à l'hôpital Sunnybrook de Toronto.

En 2013, j'ai aussi établi une nouvelle chaire de recherche sur les soins intensifs aux militaires associée à l'Université Western. Le titulaire de cette chaire est le capitaine de vaisseau Ray Kao, l'un des plus grands chercheurs du monde en matière de soins intensifs. D'autres chaires de recherche sur la santé des militaires sont actuellement envisagées. Grâce à la formation, à la collaboration avec nos alliés et à d'autres mesures, nous avons aussi pu améliorer nos capacités et notre état de préparation en ce qui concerne les soins médicaux et les soins intensifs pendant les déploiements, ainsi que nos défenses médicales contre les menaces chimiques, biologiques et radiologiques, et les soins de santé pendant les opérations dans l'Arctique ainsi que les opérations humanitaires et spéciales.

En ce qui a trait aux soins assurés par le système de soins de santé au pays, nous avons reçu l'automne dernier, après une évaluation de trois ans, un « agrément avec distinction » d'Agrément Canada, l'autorité nationale en matière de qualité des soins de santé. Nous avons aussi récemment mis sur pied un programme d'assurance de la qualité et de la sécurité des patients mieux conçu en collaboration avec l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

Je n'ai mentionné que quelques exemples d'améliorations et de manifestations de reconnaissance des autorités nationales et internationales dans le domaine de la santé pour souligner le leadership du Canada en matière de médecine militaire et de santé mentale. La plus grande reconnaissance et le plus rare des honneurs nous sont venus de notre souveraine en octobre dernier lorsque la Princesse Anne a remis une bannière royale au Service de santé royal canadien pour souligner la valeur, le sacrifice et l'excellence clinique de ses membres au cours d'une décennie d'opérations en Afghanistan. Il ne s'agissait que de la troisième bannière royale à être remise à un élément des Forces armées canadiennes depuis la Confédération; la deuxième bannière royale avait également été remise au Service de santé et lui avait été présentée par Sa Majesté la Reine-Mère.

• (1110)

Le vice-président (M. Jack Harris): Merci, général Bernier.

La première personne du comité qui posera des questions aux témoins est M. Norlock. Il a sept minutes.

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

Je remercie, en votre nom, les témoins d'être venus aujourd'hui.

Ma première question s'adresse au médecin-chef. Je vais citer votre stratégie 2012 pour la santé mentale.

L'exposition au combat et l'exposition à des atrocités sont des facteurs de risque de maladie mentale post-déploiement. Cependant, le déploiement ne représente qu'une part relativement faible du fardeau global des troubles mentaux au sein des FAC. Les militaires sont exposés à pratiquement tous les risques non opérationnels de maladie mentale auxquels sont exposés leurs homologues civils, et ils peuvent être tout aussi vulnérables qu'eux.

Je me demande si vous pourriez nous expliquer pourquoi? Je veux surtout parler du changement de type de combat que les Forces armées canadiennes sont appelées à livrer, plus particulièrement en Afghanistan et récemment ailleurs dans le monde. La différence est que, par le passé, l'ennemi portait un uniforme et vous étiez protégés, en quelque sorte, du fait que quelqu'un était déjà passé par les routes que vous empruntiez. Or, en Afghanistan, n'importe qui pouvait être l'ennemi. Nos militaires se trouvaient à l'avant-garde quand ils traversaient des villes et des villages et la campagne. Toute personne qu'ils voyaient pouvait être un ennemi. Nous avons entendu des histoires de membres en service dans cette région qui ont raconté des anecdotes montrant que cela se traduisait par un lourd fardeau lorsqu'ils retournaient à la vie civile et qu'il n'y avait pas eu de décompression, je suppose.

De plus, ils ne savaient jamais sur quelles routes une bombe avait pu être posée ou vous ne saviez pas quelle rue... Je me demande donc juste ce qui vous fait dire ce que vous avez dit, étant donné... Au fond, je demande si vous pouvez nous expliquer cela.

• (1115)

Bgén Jean-Robert Bernier: Oui, monsieur.

Nous parlons du nombre de personnes atteintes de maladie mentale. Un Canadien sur quatre ou cinq sera touché par la maladie mentale au cours de sa vie selon la Commission de la santé mentale du Canada. Ce sont simplement les chiffres.

La fréquence de la maladie mentale est la même dans les Forces canadiennes. La seule étude que nous avons, qui date de 2002, montre que le risque de dépression chez les membres des Forces canadiennes, qu'elle soit liée ou non aux opérations militaires, est du double. Donc, d'un point de vue purement quantitatif, nous avons beaucoup plus de cas de maladie mentale à traiter, qui ne sont pas liés aux opérations de combat ou de déploiement.

Il y a un risque accru, toute proportion gardée, chez ceux qui participent à des opérations, surtout les opérations de combat où ils risquent de perdre la vie et où ils courent un danger non seulement pour eux-mêmes, mais, surtout, comme vous l'expliquez, lorsqu'ils ne peuvent pas réagir lorsque des atrocités sont commises. Il y a donc un consensus dans le milieu de la santé mentale pour dire que les risques courus lorsqu'on est affecté à des opérations dans lesquelles il y a des règles d'engagement et un mandat qui permettent d'intervenir lorsque des innocents sont attaqués sont moins stressants que lors d'opérations où des règles d'engagement sont imposées, par exemple par les autorités des Nations Unies, dans le but de maintenir la neutralité et l'apparence de neutralité. C'est plus stressant lorsque les soldats ne peuvent pas intervenir, sauf pour protéger leur propre vie.

C'était donc un grand facteur de stress pour ceux qui ont participé aux opérations dans les années 1990, surtout dans les cas où les règles d'engagement étaient très difficiles. Un cas particulier, par exemple, est celui du commandant hollandais du bataillon à Srebrenica, le bataillon des Pays-Bas en Bosnie qui était chargé de protéger la population musulmane qui a été massacrée, lorsque l'armée serbe est arrivée. Cette personne avait pour directive... Il est bien documenté que bien des soldats à l'époque ont souffert de maladie mentale parce qu'ils ne pouvaient pas... en fait, ils avaient pour consigne de ne pas intervenir.

Donc, vous avez absolument raison, l'incapacité d'intervenir lorsque des atrocités sont commises contre des innocents est un facteur de stress extrême.

M. Rick Norlock: Merci.

Ma deuxième question concerne la comparaison de la Dre Anne Germain devant le comité en novembre 2013. Elle étudiait le lien entre le sommeil et la santé mentale. D'après le témoignage qu'elle a livré au comité, des troubles du sommeil survenant peu de temps après l'exposition à des événements stressants ou traumatiques sont un puissant prédicteur de risques de troubles psychiatriques. Elle a poursuivi en présentant d'autres données à ce sujet et en disant qu'un sommeil adéquat entraînait une amélioration de la situation.

J'ai trois ou quatre autres questions à ce sujet. Je pense que vous êtes probablement familier avec ces données et avec cette étude ou ce domaine d'études. Voici donc mes questions. Dans quelle mesure les Forces canadiennes intègrent-elles le traitement des troubles du sommeil dans ses programmes de santé mentale cliniques? Dans quelle mesure les Forces canadiennes intègrent-elles l'apprentissage du sommeil dans ses programmes intégraux de préparation mentale et de résilience comme le programme « En route vers la préparation mentale »? Troisièmement, le personnel militaire américain reçoit des trousseaux de sommeil du combattant avant et après son déploiement. Les Forces canadiennes envisagent-elles de faire la même? Enfin, la Dre Germain a aussi souligné que les troubles du sommeil sont un motif d'accès aux soins de santé mentale qui n'est pas stigmatisant. Êtes-vous d'accord avec cette affirmation?

• (1120)

Le vice-président (M. Jack Harris): M. Norlock vous a laissé 30 secondes pour répondre à ces questions.

M. Rick Norlock: Vous pourriez me répondre par écrit plus tard si vous n'avez pas le temps de le faire maintenant.

Bgén Jean-Robert Bernier: Je peux répondre à tout cela. Oui, nous reconnaissons cet état de fait. Toutes les mesures que nous entreprenons et toutes nos pratiques sont fondées sur les données probantes les plus fiables. Nous participons à une recherche sur le sommeil en vue de trouver de meilleurs moyens de favoriser le sommeil. C'est un grand problème qui touche les personnes souffrant de troubles de stress post-traumatique. Certaines personnes n'ont pas dormi pendant 10 ans. Cela fait partie de nos protocoles concernant les soins fournis aux patients pour le TSPT et pour tout autre trouble de santé mentale, parce que les gens ne peuvent pas aller mieux tant qu'ils ne surmontent pas ce problème. Nous finançons même des recherches sur des médicaments qui améliorent le sommeil et qui diminuent l'occurrence des cauchemars afin de résoudre ce problème précis.

L'information à ce sujet se trouve dans notre programme « En route vers la préparation mentale ». Je devrai faire une vérification en ce qui concerne la trousse de sommeil. Je ne sais pas exactement ce que les Américains fournissent en dehors de la formation.

M. Rick Norlock: Merci.

Le vice-président (M. Jack Harris): Général, vous pourriez peut-être nous fournir des documents par écrit sur le problème du sommeil. Je crois qu'il n'y a pas que M. Norlock qui s'intéresse à la question. Je pense que le comité a trouvé ce témoignage intéressant et que cela nous serait utile.

Mme Michaud dispose maintenant de sept minutes.

[Français]

Mme Éloïse Michaud (Portneuf—Jacques-Cartier, NPD): Je vous remercie de votre présentation, brigadier-général Bernier.

Dans votre présentation, vous avez mentionné que les Forces armées canadiennes comptaient réévaluer l'objectif d'embaucher 452 employés dans le domaine de la santé mentale. Cette réévaluation est-elle en cours?

Bgén Jean-Robert Bernier: Nous ferons une réévaluation annuelle de tous nos programmes. Dans ce cas précis, la réévaluation est plus globale et elle est basée sur beaucoup plus de données. Nous attendons les résultats de l'analyse de deux grandes études qui sont en cours. Toutes les données ont déjà été recueillies auprès de nos militaires. Il s'agit du sondage sur la santé et le style de vie ainsi que de la grande étude de Statistique Canada sur la santé mentale des membres des forces armées.

Nous attendons de Statistique Canada une analyse qui sera aussi approfondie que celle faite en 2002-2003 et qui était à la base du programme actuel. Une fois que nous aurons toutes ces analyses, nous réévaluerons les capacités, la distribution et les compétences dont nous avons besoin pour fournir les meilleurs soins possible.

Mme Éloïse Michaud: Autrement dit, l'objectif d'embaucher 452 professionnels en santé mentale est en vigueur et le demeurera jusqu'à ce que ces études soient complétées.

Bgén Jean-Robert Bernier: En effet.

Mme Éloïse Michaud: Depuis que le gel de l'embauche de civils a été levé, l'automne dernier, combien de professionnels en santé mentale et de membres du personnel de soutien ont été embauchés?

Bgén Jean-Robert Bernier: Je vais laisser Mme Rigg répondre à cette question.

Mme Éloïse Michaud: Bien sûr.

Bgén Jean-Robert Bernier: Cependant, je peux vous dire que malgré ce gel, nous avons quand même pu continuer à embaucher des gens, recrutés par l'entremise de Calian, qui peuvent fournir des

soins de santé. Nous pouvons également avoir recours à notre réseau de professionnels de 4 000 cliniciens à l'externe.

Mme Éloïse Michaud: Ce que je veux savoir, c'est combien de professionnels civils ont été engagés à l'interne, hormis les réseaux externes, depuis la fin du gel.

[Traduction]

Mme Jacqueline Rigg (directrice générale des opérations de gestion des ressources humaines civiles, sous-ministre adjointe, Ressources humaines - civils, ministère de la Défense nationale): Je me réjouis d'avoir la possibilité de témoigner une fois de plus devant vous et je suis heureuse de pouvoir vous renseigner sur nos progrès en matière d'embauche depuis la dernière fois que j'ai comparu devant le comité.

Dans mon allocution du 4 mars, nous vous avons informé que 29 lettres d'offre avaient été envoyées, que 18 personnes avaient été engagées et que des offres conditionnelles avaient été faites à 11 personnes. En date d'hier, 46 lettres d'offre ont maintenant été envoyées, 27 praticiens de la santé mentale ont été engagés et 10 offres ont été acceptées, sauf qu'il reste des conditions à remplir comme les attestations de santé et de sécurité. Neuf offres ont été refusées.

Nous avons 54 postes à combler. Il nous en reste seulement 17 maintenant. Nous prenons actuellement des mesures de dotation pour combler ces 17 postes. Jusqu'ici, le taux d'acceptation des lettres d'offre que nous avons envoyées est de 80 %.

● (1125)

[Français]

Mme Éloïse Michaud: Je vous remercie beaucoup de l'information.

Brigadier-général Bernier, vous avez mentionné dans votre présentation que différentes mesures que vous aviez prises vous avaient permis d'accroître l'état de préparation des Forces armées canadiennes ainsi que votre capacité à offrir des soins médicaux, notamment des soins intensifs pendant les déploiements.

Or, tout récemment, on apprenait que lors du déploiement en Afghanistan, il n'y avait pas de psychologues disponibles pour les militaires francophones sur place. Ceux-ci devaient dépendre des soins donnés par les militaires américains, donc seulement en anglais. C'est un problème qui avait déjà été soulevé et reconnu par la Défense nationale. Pourtant, on a quand même eu recours à cette solution. Selon moi, elle était loin d'être idéale et elle ne respectait pas la Loi sur les langues officielles.

Des démarches sont-elles entreprises pour corriger le tir rapidement afin d'éviter que cette situation ne se reproduise lors d'un autre déploiement?

Bgén Jean-Robert Bernier: D'une part, il y a une grande pénurie de professionnels en santé mentale partout au Canada. D'autre part, nous ne pouvons déployer outre-mer que des militaires en uniforme. Par conséquent, il faut faire une rotation parmi notre personnel en psychiatrie et en santé mentale. Normalement, nous faisons les efforts nécessaires pour qu'il y ait toujours au moins un membre bilingue parmi les trois membres qui composent l'équipe spécialisée en santé mentale.

Mme Éloïse Michaud: Cette fois-ci, ce n'était pas le cas.

Bgén Jean-Robert Bernier: Je ne sais pas. Il faudrait que j'examine ce qui est arrivé exactement à ce moment-là pour en connaître la raison.

Mme Éloïse Michaud: D'accord, mais est-ce que...

Bgénéral Jean-Robert Bernier: Il ne faut pas oublier que ce ne sont pas seulement les spécialistes en santé mentale qui jouent le rôle de professionnels en santé mentale. Tous nos médecins sont appelés à pratiquer dans le domaine de la santé mentale.

Mme Éloïse Michaud: Vous conviendrez comme moi que dans des cas de syndrome de stress post-traumatique, on a besoin d'un spécialiste. Plus vite on agit, meilleurs seront les résultats et meilleure sera la possibilité que le soldat ou la soldate se sente mieux.

Pour pallier cette situation, le ministère de la Défense nationale et les Forces armées canadiennes envisagent-ils d'engager des psychologues cliniciens militaires qui pourraient être déployés dans ces situations? Ainsi, vous n'auriez plus à dépendre de nos alliés pour obtenir des services en français pour nos soldats.

Bgénéral Jean-Robert Bernier: Nous nous engageons à embaucher autant que possible des travailleurs sociaux, des infirmières en santé mentale et des psychiatres.

Mme Éloïse Michaud: Je vous parle de psychologues cliniciens. C'est ça, le besoin.

Les travailleurs sociaux ont des compétences et leurs services sont très utiles; ce n'est pas à négliger du tout. Cependant, dans le cas d'un trouble de stress post-traumatique, il faut des gens qualifiés ayant les compétences pour agir dans ce domaine précis.

Bgénéral Jean-Robert Bernier: Actuellement, nous n'avons aucun psychologue en uniforme. Nous avons beaucoup de civils psychologues.

Mme Éloïse Michaud: Je comprends. C'est ça, le problème.

Bgénéral Jean-Robert Bernier: Nous ne déployons pas des psychologues parce que, jusqu'à présent, nous n'avons pas détecté de besoin qui n'était pas comblé, dans l'ensemble, par les psychiatres, les infirmières en santé mentale ou les travailleurs sociaux.

Depuis un an, nous menons une analyse. À la fin d'avril, nous en connaîtrons les conclusions et nous saurons si, oui ou non, nous devons poursuivre l'embauche de psychologues cliniciens en uniforme.

Mme Éloïse Michaud: Vous me dites qu'il n'y en a pas présentement. Je ne comprends pas pourquoi vous parlez de poursuivre leur embauche, alors qu'aucun psychologue n'a été engagé.

Bgénéral Jean-Robert Bernier: C'est parce que jusqu'à présent, nous n'avons pas déterminé qu'il y avait un besoin. La façon dont nous déployons...

Mme Éloïse Michaud: Je pense que les cas qui ont fait les manchettes récemment démontrent un besoin clair. Il y a une détresse chez nos militaires. Énormément de Canadiens français étaient déployés. Beaucoup venaient de Valcartier, dans ma circonscription. Il s'agit de francophones qui auraient eu besoin de ces services, mais qui ne les ont pas reçus. Ces soldats ont clairement signifié qu'il y avait un besoin.

Au-delà de cette étude qui risque d'être publiée en avril, des gens ont déjà exprimé publiquement ce besoin clair d'avoir accès à des services qu'ils n'ont pas pu recevoir à ce moment.

Bgénéral Jean-Robert Bernier: En fait, ils ont tous accès aux services en français.

[Traduction]

Le vice-président (M. Jack Harris): Très brièvement s'il vous plaît.

[Français]

Bgénéral Jean-Robert Bernier: Normalement, ceux qui ont besoin des soins de psychologues ne sont pas maintenus dans le théâtre des opérations. Ils sont déployés plus loin, en arrière.

Jusqu'à maintenant, les soins fournis par les psychiatres, les médecins omnipraticiens, les infirmières en santé mentale et les travailleurs sociaux ont suffi à répondre aux besoins de ceux qui restent dans le théâtre des opérations.

Nous évaluons les données des Américains et celles d'autres forces qui emploient des psychologues en uniforme, pour voir si cela présente un avantage. Cette étude est toujours en cours.

● (1130)

Mme Éloïse Michaud: Merci.

[Traduction]

Le vice-président (M. Jack Harris): Merci beaucoup.

M. Williamson dispose maintenant de sept minutes.

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

Merci beaucoup aux témoins de leur présence aujourd'hui.

Je reviens à la question de M. Norlock. Je vais répéter la citation puisque je la lis et la relis dans ma tête et que j'essaie de la décortiquer. La citation se lit comme suit:

L'exposition au combat et l'exposition à des atrocités sont des facteurs de risque de maladie mentale post-déploiement. Cependant, le déploiement ne représente qu'une part relativement faible du fardeau global des troubles mentaux au sein des FAC. Les militaires sont exposés à pratiquement tous les risques non opérationnels de maladie mentale auxquels sont exposés leurs homologues civils, et ils peuvent être tout aussi vulnérables qu'eux.

J'essaie de comprendre ce qui est exprimé dans cette citation qui date de 2012. Je ne sais pas si cela veut dire qu'il s'agit d'un défi constant — ce avec quoi je suis d'accord —, mais que ce qu'on observe chez les militaires revenus d'Afghanistan n'est pas inhabituel et pourrait très bien être comparable à ce que l'on peut observer dans la population en général.

Bgénéral Jean-Robert Bernier: À mon avis, le fait est que nous devons avoir un système de soins en santé mentale non exclusivement axé sur les dommages psychologiques post-déploiement puisque, d'un point de vue quantitatif, les maladies résultant de l'exposition aux mêmes événements stressants que dans la population générale constituent la plus grande part du fardeau. Ainsi, on compte beaucoup de cas, par exemple, de troubles de stress post-traumatique attribuable à un événement traumatisant vécu durant l'enfance, à un accident de voiture ou encore à des actes de violence sexuelle ou à des agressions sexuelles. Nous devons donc être prêts à tout cela.

Il existe des différences subtiles dans la façon dont se présente le trouble de stress post-traumatique post-déploiement et celui résultant d'une exposition à d'autres traumatismes. Toutefois, dans l'ensemble, les signes et les symptômes sont les mêmes, et les mêmes critères diagnostiques s'appliquent. Le traitement est généralement plus ou moins le même, mais il est adapté au premier traumatisme.

M. John Williamson: Merci. Je suis d'accord avec vous. Mais existe-t-il des données voulant que l'expérience qu'ont vécue les soldats canadiens en Afghanistan les mette dans une classe à part ou y a-t-il quelque chose qui nous permette de le croire? Existe-t-il des éléments uniques qu'on ne retrouve peut-être pas dans la population en général? Je ne veux pas dire une telle chose parce que, évidemment, les gens peuvent vivre des choses épouvantables chez eux également, comme dans certaines des situations dont vous avez parlé.

Je crains que cela ne minimise certains des symptômes qui affligent les soldats de retour d'Afghanistan. Je ne crois pas que ce soit ce que vous voulez dire, mais j'aimerais que vous apportiez des précisions.

Bgén Jean-Robert Bernier: Ce n'est pas du tout ce que je dis. C'est même pour cette raison que nous décernons la Médaille du sacrifice aux soldats qui souffrent d'une blessure de stress opérationnel. Les blessures psychologiques sont traitées comme toute autre blessure subie au combat.

Les sept centres les plus spécialisés en santé mentale sont appelés « centre de soutien pour trauma et stress opérationnels » et se concentrent sur les aspects uniques des opérations militaires. Par conséquent, les 26 cliniques générales de santé mentale traitent les maladies causées par une exposition aux mêmes événements stressants que ceux auxquels sont exposés tous les Canadiens. Les centres de soutien pour trauma et stress opérationnels se spécialisent dans l'évaluation plus détaillée de ceux qui sont atteints d'une blessure de stress opérationnel. La connaissance du contexte opérationnel est essentielle pour comprendre le genre de choses susceptibles de se produire et savoir à quoi les militaires sont exposés durant des opérations militaires. C'est ce qui permet de déterminer quels sont le traumatisme, la thérapie par exposition et d'autres éléments.

M. John Williamson: Merci. C'est très utile. Je vous remercie de m'avoir apporté ces précisions.

En avril de l'année dernière, l'Association des psychiatres du Canada a informé le comité qu'il faut mener davantage de recherche sur les besoins spécifiques en santé mentale des réservistes. J'ai trois questions à poser à ce sujet. Êtes-vous d'accord avec l'association à cet égard? Et, que vous le soyez ou non, de quelle manière l'association évalue-t-elle actuellement les besoins en soins de santé mentale des réservistes? Enfin, comment l'association collabore-t-elle avec les provinces pour veiller à ce que les réservistes obtiennent les soins dont ils ont besoin?

• (1135)

Bgén Jean-Robert Bernier: Dans toutes les études que nous réalisons — et nous en faisons beaucoup —, nous incluons expressément les réservistes. Jusqu'à présent, toutes les études ont systématiquement révélé que le taux de prévalence de la maladie mentale chez les réservistes, que celle-ci soit ou non associée à un déploiement, était inférieur à celui observé au sein de la Force régulière. De 50 % dans le cas d'une étude; le taux de prévalence de certaines maladies mentales était de 50 % inférieur.

Les réservistes courent cependant un risque accru parce qu'ils ne bénéficient pas du soutien social lorsqu'ils sont démobilisés au retour d'un déploiement. C'est particulièrement le cas de ceux qui appartiennent à une unité où ils étaient la seule personne déployée dans le cadre d'une mission donnée, ou encore à une unité qui ne se trouve pas à proximité d'une base militaire où ils auraient accès à une clinique militaire et au contexte social, au soutien social, qui les

aideraient à régler leurs problèmes ou qui les inciteraient à aller chercher les soins dont ils ont besoin.

C'est pourquoi nous avons les équipes de liaison médicale de l'ambulance de campagne ou les ambulances de campagne de la réserve, dont la tâche consiste à faire de la sensibilisation ainsi qu'à cerner ces personnes et à les convaincre d'obtenir des soins.

Le travail de sensibilisation se fait auprès de toute la chaîne de commande pour la même raison. Nous avons conclu un partenariat avec la Légion royale canadienne parce qu'elle compte 2 400 ou 1 400 — je ne me souviens plus — centres à l'échelle du pays, essentiellement dans chaque collectivité. Elle a accepté de servir de façade pour tous les programmes offerts. Elle le faisait déjà dans une certaine mesure, mais elle va étendre cette fonction à l'ensemble des programmes offerts par les forces armées et Anciens Combattants Canada pour que les membres, notamment ceux qui sont libérés de la Force de réserve, puissent s'en prévaloir.

Nous sommes conscients qu'il s'agit d'une vulnérabilité spéciale à laquelle nous devons prêter une attention particulière, et nous avons mis en oeuvre des mesures pour faire en sorte que le message se rende jusqu'aux réservistes, pour les inciter à venir se faire soigner et, au besoin, pour assurer leur transport. Nous leur permettons d'obtenir des soins locaux si nécessaire, mais l'idéal, c'est qu'ils se rendent aux centres militaires de soins spécialisés en matière de santé mentale.

M. John Williamson: Lorsque vous dites « soins locaux », parlez-vous des systèmes provinciaux de soins de santé?

Bgén Jean-Robert Bernier: Oui. S'ils ont une blessure ou une maladie, y compris une maladie mentale, qui se manifeste à la suite de leur démobilisation, de leur retour au service à temps partiel ou même après leur libération, tous les soins qui ne sont pas couverts ou offerts par la province sont couverts par les forces armées.

Le vice-président (M. Jack Harris): Merci, monsieur Williamson, votre temps est écoulé.

Je cède maintenant la parole à Mme Murray pour les sept prochaines minutes.

Mme Joyce Murray (Vancouver Quadra, Lib.): Merci. Merci d'être ici pour nous aider à comprendre le travail accompli par les forces armées pour soutenir ceux qui sont malades et blessés.

J'aimerais revenir sur la question posée par ma collègue de ce côté. En ce qui a trait à la réévaluation du nombre de professionnels de la santé mentale nécessaires, quand cet examen sera-t-il terminé et quand serez-vous en mesure de faire une recommandation?

Bgén Jean-Robert Bernier: Merci, madame.

En 2014... l'analyse de ces deux grandes études sera terminée. Par la suite, il faudra sans doute compter quelques mois d'évaluation pour établir une correspondance entre la distribution de l'effectif et les besoins prévus à ce chapitre pour les années à venir, d'après les données qui auront été recueillies. Il faudra sans doute deux mois de plus après cela.

Ensuite, probablement au début de 2015, nous ferons une réévaluation complète. On pourrait constater que nous avons trop de professionnels, que la distribution des compétences n'est pas adéquate ou encore que nous avons besoin d'ensembles de compétences différents. Nous ne savons pas. Ce que nous savons, c'est qu'à l'heure actuelle, nous avons le double de...

Mme Joyce Murray: D'accord. Merci. Maintenant je voudrais — comme vous le savez, mon temps est compté et j'ai un certain nombre de questions — je voudrais passer à votre Stratégie en matière de santé mentale. À la page 27, on peut lire ceci:

Notre réussite dépend non seulement sur la qualité de nos services et de notre système, mais également sur l'établissement d'un climat de confiance qui fera en sorte que les membres des FAC feront appel à nous pour obtenir des soins de santé mentale et continueront de jouer un rôle actif à l'égard de leur santé mentale.

Considérez-vous que vous avez atteint cet objectif et que vous avez réussi à établir ce climat de confiance auprès des membres et de leurs proches? Croient-ils qu'ils vont recevoir le soutien et les soins dont ils ont besoin?

Bgén Jean-Robert Bernier: Nous n'avons pas le mandat de nous occuper des familles, mais nous y sommes parvenus dans une certaine mesure. Dans le cas des personnes qui cherchent à obtenir des soins, nous avons des données objectives qui le montrent. Il y a encore de la réticence: 90 % des personnes qui ne demandent pas d'accès aux soins ne le font pas parce qu'elles considèrent que leur problème n'en vaut pas la peine. Des données scientifiques nous montrent que le Canada a le plus faible taux de stigmatisation associé à la demande de traitement de tous les pays alliés anglo-saxons. Nous savons que les gens reçoivent des soins beaucoup plus rapidement que par le passé, ou même qu'il y a quelques années. Je peux vous fournir tous les détails.

• (1140)

Mme Joyce Murray: Vous avez l'impression d'avoir réussi?

Bgén Jean-Robert Bernier: Non, nous avons encore des défis à relever. L'un des grands défis, c'est que sans la confiance des militaires, deux problèmes surgissent. Premièrement, si les militaires estiment que seuls les troubles liés au stress opérationnel sont importants, et que l'ensemble des maladies liées au train-train de la vie quotidienne l'est moins — un discours que véhicule souvent la société —, certains d'entre eux se sentiront coupables de demander accès à des soins et d'utiliser les ressources d'un système qu'ils considèrent, à tort, comme étant engorgé. Comme ils ne se font pas soigner, ils sont entraînés dans une spirale descendante.

Deuxièmement, s'ils ne font pas confiance à la qualité des soins offerts par le système — s'ils ont une perception le moins erronée des soins qu'ils obtiendront —, cela les dissuade également de chercher à obtenir des soins.

Mme Joyce Murray: Des militaires et des membres de leurs familles nous disent que le système ne leur offre pas un service de qualité.

J'ai écouté les autres questions que l'on vous a posées dans l'autre langue officielle, qui n'est pas ma langue maternelle. Par conséquent, si j'ai bien compris vos propos, vous avez déterminé qu'il n'était pas nécessaire d'avoir des psychologues agréés militaires travaillant pour les forces armées, et que des psychiatres comblent ce vide. Je crois aussi que vous avez indiqué en être arrivé à cette décision il y a un an. Vous ai-je bien compris?

Bgén Jean-Robert Bernier: Non. Nous sommes en train de réévaluer s'il faut engager des psychologues militaires en plus des psychologues civils. Nous avons des psychologues. Nous avons besoin d'eux et faisons beaucoup appel à leurs services.

Mme Joyce Murray: Oui, je parle des psychologues cliniciens militaires. À votre avis, est-ce un besoin?

Bgén Jean-Robert Bernier: Jusqu'ici, nous n'en avons pas senti le besoin, car la seule raison pour laquelle nous aurions besoin qu'ils soient militaires, c'est s'il fallait les déployer sur un théâtre d'opérations.

Mme Joyce Murray: D'accord. Alors puis-je demander pourquoi...

Bgén Jean-Robert Bernier: Mais nous sommes en train de réévaluer la question quant à savoir si nous devrions le faire ou non.

Mme Joyce Murray: Vous dites que vous n'avez pas constaté de besoin. Je suis fort perplexe, car il y a exactement un an, le directeur de la santé mentale, le colonel Scott McLeod, a envoyé au ministre une note de breffage disant ceci:

Les psychologues cliniciens ont un ensemble de compétences uniques, que n'a aucun autre professionnel de la santé. Ils jouent un rôle crucial dans l'évaluation et le traitement des troubles mentaux. Toutefois, aucun psychologue militaire ne travaille pour les Forces armées canadiennes sur le théâtre des opérations.

Il poursuit en présentant d'excellents arguments et des recommandations, indiquant qu'il est très probable qu'en embauchant des psychologues cliniciens militaires, on améliorerait grandement les services de santé mentale fournis aux membres des Forces canadiennes. Êtes-vous en désaccord avec les conclusions du colonel McLeod?

Bgén Jean-Robert Bernier: Non. En fait j'ai approuvé cette note de breffage.

Nous avons besoin de psychologues. C'est pour cela que nous en avons. La question est de savoir si nous en avons besoin sur le théâtre des opérations.

Mme Joyce Murray: D'accord, mais dans la recommandation, on dit que les Forces armées canadiennes ont besoin de psychologues cliniciens militaires sur le théâtre des opérations. Je ne comprends donc pas pourquoi vous dites maintenant que ce n'est pas nécessaire.

Bgén Jean-Robert Bernier: Non. Ce que j'ai dit dans l'autre langue, c'est que nous effectuons une analyse des besoins outre-mer. Jusqu'ici — avant l'Afghanistan et l'analyse —, nous considérons que ce n'était pas nécessaire. Toutefois, en raison de l'expérience d'autres personnes, en raison de l'expérience vécue en Afghanistan...

Mme Joyce Murray: Excusez-moi, mais j'ai beaucoup de mal à comprendre. Cette note d'information dit que vous avez besoin d'eux, et elle remonte à un an. Alors je ne suis pas sûre de comprendre pourquoi vous dites que vous procédez à une réévaluation parce que vous ne pensiez pas avoir besoin d'eux.

Bgén Jean-Robert Bernier: Cette note d'information était le commencement... Si vous examinez la fin de la note d'information, vous verrez qu'elle dit que nous devons procéder à une évaluation. Mais d'ici un an, on réévaluera le besoin d'employer des psychologues militaires.

Mme Joyce Murray: Il s'agit d'une demande de financement. Il était question d'investir les 11 millions de dollars à cette fin. À mon avis, c'est on ne peut plus clair.

Le vice-président (M. Jack Harris): Pardon, vous avez environ 30 secondes.

Mme Joyce Murray: Y a-t-il eu des progrès à cet égard?

Bgén Jean-Robert Bernier: Nous avons des psychologues. La question est de savoir si nous avons besoin d'eux...

Mme Joyce Murray: Des psychologues militaires.

Bgén Jean-Robert Bernier: Oui. Nous avons des psychologues cliniciens.

Mme Joyce Murray: Des psychologues militaires.

Bgén Jean-Robert Bernier: Non. Mais la question est de savoir si nous avons besoin d'employer des psychologues cliniciens militaires, et de déterminer si leur intégration aux opérations de déploiement serait suffisamment avantageuse. Voilà ce que le groupe de travail du colonel McLeod est en train d'évaluer, et le rapport est prévu pour la fin d'avril.

Le vice-président (M. Jack Harris): Merci, madame Murray.

Nous passons maintenant à la deuxième série de questions. Mme Gallant sera la première à poser des questions, puis ce sera à mon tour. J'aimerais donc que Mme Murray me remplace au fauteuil pour que je sois mieux placé pour poser mes questions. Lorsque Mme Murray sera ici, nous commencerons cette série de questions.

• (1145)

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

M. James Bezan (Selkirk—Interlake, PCC): J'invoque le Règlement.

La vice-présidente (Mme Joyce Murray): Est-ce que cela empiétera sur mon temps de parole?

M. James Bezan: Non. Cela n'empiétera pas sur votre temps de parole.

J'aurais dû apporter mon livre, parce que j'aurais pu trouver la règle rapidement, mais je crois que le Règlement dit que le fauteuil doit être occupé par le président, à moins qu'il ne soit pas disponible. Si notre président actuel est malade ou n'est pas disponible, le premier vice-président doit occuper le fauteuil, à moins, bien sûr, de devoir partir, auquel cas, c'est le deuxième vice-président qui assumerait la présidence.

Je ne crois pas...

M. Jack Harris: Vérifions le Règlement; peut-être que la greffière peut nous aider.

M. James Bezan: Oui, je crois que le président doit occuper le fauteuil lorsqu'il est dans la salle.

M. Jack Harris: Vous avez peut-être raison.

M. James Bezan: J'autoriserais certainement le président à poser des questions en demeurant au fauteuil.

Le vice-président (M. Jack Harris): Très bien. Nous avons déjà procédé ainsi; c'est pourquoi je viens de le faire encore.

M. James Bezan: Je crois seulement que...

Le vice-président (M. Jack Harris): Si c'est impossible, je peux poser mes questions d'ici. Cela ne pose aucun problème.

M. James Bezan: Vous pouvez toujours exercer votre prérogative, mais s'il reste du temps à la fin de la réunion, vous pourriez poser vos questions.

Mme Cheryl Gallant: S'il reste du temps à la fin de la réunion, on ne peut pas tout simplement céder le fauteuil.

Le vice-président (M. Jack Harris): En attendant que cette question soit tirée au clair, je crois que nous allons donner la parole à Mme Gallant. Nous verrons si nous pouvons obtenir des précisions.

Mme Cheryl Gallant: D'accord. Ma question s'adresse au médecin-chef. Est-ce que vous tenez compte du délai entre le moment où le patient atteint d'un traumatisme lié au stress opérationnel se présente pour la première fois et le moment où les symptômes apparaissent? Combien de temps s'écoule entre le moment où un patient vous rencontre et vous indique la date à laquelle il a commencé à ressentir les symptômes, et le moment où le patient demande un traitement? Je vous pose la question pour confirmer que nous avons des données empiriques qui indiquent une corrélation positive entre un traitement précoce et le risque d'effets négatifs sur la carrière militaire d'un membre des forces armées.

Bgén Jean-Robert Bernier: Merci, madame.

Nous faisons un suivi du temps d'attente pour obtenir des soins. En ce moment, Statistique Canada mène aussi une étude pour faire un suivi des gens qui ne se présentent pas pour recevoir des soins et des raisons pour lesquelles ils ne se présentent pas. Dans le cadre de la stratégie, nous établissons certaines mesures d'assurance de la qualité, un outil de gestion des résultats cliniques qui nous aidera à étudier et à planifier des soins adaptés, des soins destinés aux gens qui se présentent d'eux-mêmes — à compter du moment où ils se présentent — ainsi que la réaction aux soins en faisant des comparaisons avec des tableaux de référence normalisés ainsi que des modèles établis afin de définir les réactions normales. Tout cela nous aidera à identifier les personnes qui ne parviennent pas à se rétablir, à intervenir et à sonner l'alarme dans les cas où le rétablissement n'est pas constant ou dans les cas où les réactions aux soins ne correspondent pas aux résultats attendus compte tenu des données disponibles pour des cas cliniques de ce type.

Je ne sais pas si cela répond à votre question.

Mme Cheryl Gallant: Il sera utile de montrer aux membres des Forces armées canadiennes que plus ils obtiennent rapidement des traitements dans les cas de traumatismes liés au stress opérationnel, plus les résultats sont positifs.

Pour ce qui est des responsabilités relatives aux soins de santé, si un membre des Forces armées canadiennes subit un traumatisme et qu'il n'est pas en service ou se trouve dans un lieu qui n'appartient pas au ministère de la Défense nationale lorsqu'il n'est pas sur le théâtre des opérations, est-ce que cette personne devrait se présenter à un hôpital du ministère de la Défense ou voir un médecin militaire? Existe-t-il d'autres formes d'assurance médicale?

Bgén Jean-Robert Bernier: Tout le monde reçoit une carte de la Croix-Bleue ou d'un autre assureur. Ainsi, peu importe l'endroit où la personne se trouve — même si elle est en vacances en Thaïlande —, les soins de santé qu'elle recevra seront payés. Quant aux membres de la force régulière, les membres à plein temps des Forces armées, les Forces armées ne sont pas seulement responsables des blessures et des maladies liées au service militaire; elles sont aussi responsables de tout autre type de blessure ou de maladie.

Mme Cheryl Gallant: Si la personne n'est pas en service, c'est la Croix-Bleue qui paie ses soins. Est-ce que c'est ce que vous venez de dire?

Bgén Jean-Robert Bernier: S'il y a une base militaire à proximité et qu'elle est ouverte, les militaires se rendront à cet endroit pour obtenir des soins. Tout dépend du type de soins. S'il s'agit d'une blessure grave qui exige une opération immédiate et des soins intensifs, la personne est alors prise en charge par le 911, mais tous les coûts sont assumés par le ministère de la Défense. Donc, tous les soins qui peuvent être offerts dans la collectivité, que ce soit au Canada, à l'étranger ou par des alliés, par exemple, tout soin requis sera payé par le ministère de la Défense.

• (1150)

Mme Cheryl Gallant: D'accord. Est-ce qu'un assureur distinct s'occupe des cas d'invalidité et des soins requis lorsqu'un incident ou une maladie survient quand les membres des Forces armées ne sont pas en service?

Bgén Jean-Robert Bernier: Non, pas pour les membres à plein temps de la force régulière. Des programmes d'assurance sont offerts, comme le Régime d'assurance-revenu militaire, ou RARM, mais en ce qui concerne les soins, tant et aussi longtemps qu'ils sont membres des Forces armées, c'est le ministère de la Défense qui s'occupe de tous les aspects des soins de santé qui leur sont prodigués. Certains soins pourraient être offerts par des tiers, mais les coûts de ceux-ci seraient assumés par le ministère de la Défense. C'est aussi le ministère de la Défense qui prendrait les dispositions nécessaires pour que les soins soient offerts.

Mme Cheryl Gallant: Donc, si quelqu'un a un accident de motocyclette pendant qu'il n'est pas en service et qu'il se trouve en ville, et non sur la base, et doit se rendre à un hôpital civil parce que celui-ci est plus près des lieux de l'accident, les soins seront payés par la Croix-Bleue. Si la personne a une invalidité grave et qu'elle ne peut pas reprendre le travail, ou même si elle peut reprendre le travail, les prestations d'assurance-invalidité proviendront directement du ministère de la Défense nationale ou du RARM?

Bgén Jean-Robert Bernier: Lorsque les militaires sont en service, ils reçoivent leur salaire normal, entre autres, et donc, ils n'ont pas besoin d'assurance-invalidité. Cela dit, une fois qu'ils sont libérés des forces armées, qu'ils sont transférés, s'ils doivent être libérés pour des raisons médicales parce que leur maladie est si grave qu'ils ne peuvent pas reprendre le service régulier, c'est le ministère des Anciens Combattants qui se charge d'eux par l'entremise de ses divers programmes, de même que le RARM.

Mme Cheryl Gallant: Il arrive parfois que des membres des Forces armées canadiennes attendent plus longtemps qu'ils le souhaitent pour obtenir des soins, plus particulièrement lorsqu'il est question de traumatismes liés au stress opérationnel. Ils sentent qu'ils ont besoin de traitements immédiatement. Parfois, ils veulent obtenir des traitements à l'extérieur de la base, simplement parce qu'ils préfèrent consulter des professionnels de la santé qui ne sont pas des militaires.

Le vice-président (M. Jack Harris): Madame Gallant, vous avez dépassé le temps qui vous est alloué. Pourriez-vous accélérer la cadence afin d'obtenir rapidement une réponse, s'il vous plaît?

Mme Cheryl Gallant: Pourquoi décourage-t-on les membres des Forces armées canadiennes de consulter des professionnels de la santé mentale à l'extérieur du système militaire?

Bgén Jean-Robert Bernier: Les membres des forces armées peuvent être aiguillés vers des ressources externes par l'armée, mais selon le principe général de la continuité des soins, ils doivent faire partie du système de santé militaire afin que nous puissions protéger leurs arrières. Il y a eu des situations très tragiques qui, dans certains cas, se sont même traduites par des décès. Ces gens s'étaient adressés à des ressources externes pour obtenir des soins, sans que les forces armées n'en soient informées, et celles-ci, n'étant pas au courant de la situation, ont jugé que ces gens étaient aptes à être déployés dans le cadre d'opérations.

Le vice-président (M. Jack Harris): Merci, général. Je pense que nous devons nous arrêter ici.

Pour ce qui est du rappel au Règlement soulevé par M. Bezan, notre assistant me dit que c'est une pratique courante des autres comités. Cela dit, étant donné que cette question suscite la controverse, je ne suis pas prêt à rendre une décision. Je vais donc demander le consentement des membres du comité pour procéder de cette façon pour le moment, et nous déterminerons ensuite la règle à suivre dans ce cas, si cela vous convient. Si cela ne vous convient pas...

Y a-t-il consentement unanime pour que je procède de cette façon pour le moment?

Mme Cheryl Gallant: J'aimerais faire une observation, monsieur le président.

Le vice-président (M. Jack Harris): Oui.

Mme Cheryl Gallant: Je comprends qu'il s'agit de circonstances particulières, mais je n'aimerais pas que cela devienne une pratique courante et que le président se réserve du temps ou trouve du temps, dans le cadre d'une réunion, pour poser des questions, car bien souvent, nous nous faisons interrompre pour toutes sortes de raisons.

C'est une simple observation. Je ne suis pas en désaccord.

Le vice-président (M. Jack Harris): Votre observation est pertinente. Nous nous demandons si un membre du comité est autorisé à poser des questions à titre de membre du comité. J'agis maintenant à titre de vice-président.

Je ne suis pas prêt à rendre une décision à ce sujet. Y a-t-il consentement unanime pour accepter que nous procédions de cette façon pour la réunion en cours, pour le moment, et qu'une décision à ce sujet soit rendue plus tard? Sinon, nous poursuivrons.

Mme Joyce Murray: Oui.

M. James Bezan: Je dirai simplement ceci: le président a toujours le droit de poser certaines questions à la fin de la réunion.

Le vice-président (M. Jack Harris): Je vais me prévaloir de ce droit.

M. James Bezan: Je crois que c'est le processus établi, monsieur le président.

Le vice-président (M. Jack Harris): D'accord.

Puisqu'il n'y a pas consentement unanime, nous allons maintenant accorder la parole à M. Larose, qui disposera de cinq minutes. Merci.

[Français]

M. Jean-François Larose (Repentigny, NPD): Brigadier-général Bernier, je vous remercie beaucoup d'être ici aujourd'hui.

[Traduction]

Plus tôt, vous avez mentionné — et cela a aussi été mentionné lorsque nous nous sommes rendus à la base de Petawawa — qu'il est reconnu au sein des Forces canadiennes que les militaires qui ne se présentent pour obtenir des soins font en quelque sorte l'objet de préjugés, n'est-ce pas? Je crois que vous avez dit que nous estimons que 90 % des militaires se trouveraient dans cette situation. Est-ce exact?

Bgén Jean-Robert Bernier: Monsieur, 90 % de ceux qui ne se présentent pas pour obtenir des soins agissent ainsi parce qu'ils pensent qu'ils n'ont pas besoin de soins.

M. Jean-François Larose: Avez-vous une idée du nombre de militaires, tous rangs confondus, qui font partie de ce 90 %?

• (1155)

Bgén Jean-Robert Bernier: Vous parlez de ceux qui ne se présentent pas pour obtenir des soins? Non, nous n'en avons aucune idée. Ces données proviennent de l'enquête de Statistique Canada sur la santé mentale, qui est en cours.

M. Jean-François Larose: Les gens répondent à ces enquêtes sur une base volontaire, n'est-ce pas? Donc, il est possible que certaines personnes ne répondent pas correctement, soit parce qu'elles ne sont pas à l'aise de dévoiler ces renseignements, soit parce qu'elles n'ont pas les connaissances nécessaires pour en parler. Est-ce exact?

Bgén Jean-Robert Bernier: Sauf que l'enquête de Statistique Canada est anonyme et qu'elle n'est pas effectuée par le ministère de la Défense.

M. Jean-François Larose: Je vois. Mais il reste qu'il y a de la sensibilisation à faire, afin qu'on reconnaisse que...Il s'agit d'un des...

Bgén Jean-Robert Bernier: Oui. Les préjugés existeront toujours, et pas seulement concernant la maladie mentale. C'est possible de les faire tomber, au prix d'efforts constants. Il y a eu toutefois une nette amélioration: on sait, par exemple, que les militaires se font soigner en plus grand nombre que dans la population civile — on observe qu'ils sont plus disposés.

M. Jean-François Larose: Le nombre enregistré en 2002 était 452, après déploiement. Est-ce exact?

Bgén Jean-Robert Bernier: En fait, le nombre initial était 447 et a été augmenté à 452 depuis.

M. Jean-François Larose: Je me demande: vous faites de la rééducation, soit, mais en faites-vous suffisamment? Je comprends qu'il existe déjà des programmes à cet égard et ma prochaine question porte là-dessus. Mais qu'arrivera-t-il si les nombres se révèlent deux fois plus élevés que ce à quoi on s'attendait? À quelle sorte de résistance nous buterons-nous alors? On ignore ce qui va arriver. Comme vous l'avez dit, il vous reste encore beaucoup d'information à recevoir avant que vous ne puissiez effectuer une réévaluation. Cette information se révélera peut-être surprenante. Ce n'est pas tant de la validité des renseignements dont je me préoccupe, ou de la quantité d'information nécessaire pour prendre de bonnes décisions, mais plutôt de la résistance qu'il faudra surmonter au moment de prendre des décisions s'il s'avère qu'aider ces troupes requiert deux fois plus d'argent que prévu. Pensez-vous sans l'ombre d'un doute que, peu importe les chiffres obtenus, nous allons fournir aux militaires tous les services qu'ils méritent?

Bgén Jean-Robert Bernier: Mes prédécesseurs et moi-même avons demandé beaucoup de choses durant les opérations de combat en Afghanistan.

M. Jean-François Larose: Et après le déploiement également?

Bgén Jean-Robert Bernier: Durant et après le déploiement. Nous avons reçu tout ce que nous avons demandé. Par exemple, à Petawawa, on compte 4,8 psychiatres pour 6 000 personnes. Un tel ratio est sans précédent. À ma connaissance, aucune autre collectivité au monde ne peut en dire autant.

M. Jean-François Larose: Étant donné ce que l'on sait de l'ESPT — il en était question même en 2002, alors que j'étais dans les forces —, pourquoi n'avait-on pas prévu la présence d'un psychologue sur le terrain? Je n'arrive pas à comprendre; ce trouble est pourtant connu depuis longtemps.

Bgén Jean-Robert Bernier: Le genre de travail qu'effectuent les psychologues en milieu clinique est important et nous en avons tenu compte dans l'évaluation. À l'époque, déterminer la nécessité de leur présence sur...parce que durant les opérations de déploiement, nous ne pouvons pas garder les gens très longtemps. Les soins médicaux sur place sont minimes, car ils servent à remettre les militaires sur pied pour les renvoyer immédiatement au combat; si cela s'avère impossible, ils sont évacués hors du théâtre des opérations.

Le travail d'un psychologue clinicien s'inscrit dans la durée; en effet, il s'agit surtout de psychothérapies et d'exams psychologiques. À l'époque, lorsqu'il a fallu déterminer les compétences requises durant le déploiement, parmi celles des médecins, psychiatres, infirmières en santé mentale et travailleurs sociaux, il a été conclu qu'en raison de la durée des soins qui seraient prodigués

au théâtre des opérations, la présence d'un psychologue clinique sur place n'était pas justifiable.

À la lumière de notre expérience ainsi que celle des autres intervenants en Afghanistan, celle des Américains notamment, nous sommes à réévaluer si un psychologue clinicien devrait ou non être sur place.

M. Jean-François Larose: Je ne suis pas certain de bien comprendre. En 12 ans d'opérations, ce n'est que maintenant que vous procédez à une réévaluation?

Bgén Jean-Robert Bernier: La réévaluation est continue et il n'y a jamais eu de crise. L'effectif de professionnels en santé mentale déployé à l'étranger a toujours répondu adéquatement aux besoins.

M. Jean-François Larose: Donc, essentiellement, vous affirmez que les services américains fournis en Afghanistan étaient adéquats? Car ils étaient mis à votre disponibilité.

Bgén Jean-Robert Bernier: Oui. Nous y avons recours lorsqu'ils étaient disponibles.

M. Jean-François Larose: Je vois. Toutefois, ils n'ont pas été utilisés et je crois que la langue y est pour quelque chose. D'un côté, il y a les préjugés concernant les troupes, lesquelles n'osent pas parler pour toutes sortes de raisons, est-ce exact? Il y a aussi la barrière de la langue, qui existe indéniablement. Et puis il y a l'évaluation post-déploiement effectuée par les Forces armées canadiennes — n'est-ce pas? —, basée sur des chiffres non fondés, suivie d'une réévaluation, tirée elle aussi de chiffres d'une fiabilité douteuse — bref, on est dans l'à-peu-près. Et voilà qu'on apprend qu'en 12 ans, on ne s'est jamais demandé si la langue pouvait poser un obstacle supplémentaire à l'obtention de soins psychologiques sur le terrain, puisqu'on a recours à des psychologues américains. En 12 ans...pas une seule fois?

Le vice-président (M. Jack Harris): Très brièvement, général.

Bgén Jean-Robert Bernier: Je suis au courant d'un seul cas, et ce n'est pas lié à... La question des services de langue française est une chose. Nous nous efforçons de respecter cette obligation en tout temps.

M. Jean-François Larose: Comment les militaires peuvent-ils se prévaloir de soins si les services ne sont pas offerts dans leur langue?

Bgén Jean-Robert Bernier: Il y a donc eu un incident, que vous avez mentionné et dont nous sommes au courant. J'ignore quelles circonstances exactes l'ont causé... mais c'est une question différente de celle de la nécessité des psychologues cliniques en uniforme. Par ailleurs, nous disposons de données probantes, tirées de l'étude de 2009 sur l'incidence des blessures de stress opérationnel, qui nous indiquent la nature du problème.

● (1200)

Le vice-président (M. Jack Harris): Merci, général.

La parole est à M. Carmichael pour cinq minutes.

M. John Carmichael (Don Valley-Ouest, PCC): Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins de leur présence.

Général, j'aimerais revenir brièvement sur un point soulevé plus tôt. Je comprends que vous nous ferez parvenir un document écrit pour répondre à la question de M. Norlock concernant le traitement des troubles du sommeil, etc. Pourriez-vous toutefois nous expliquer rapidement la différence entre l'ESPT et la dépression relativement à la prévalence du suicide, et nous dire ce qu'on en sait là-dessus? Existe-t-il un lien entre la dépression et le manque de sommeil? Avez-vous de l'information concrète à nous donner sur le sujet?

Bgén Jean-Robert Bernier: Je ne suis pas psychiatre, mais je peux vous dire qu'il existe un lien entre les deux. D'après notre expérience, la dépression, en chiffres absolus, est plus souvent liée au suicide que l'état de stress post-traumatique. L'ESPT est particulièrement sensible au manque de sommeil, encore plus que la dépression. Par ailleurs, le sommeil excessif, ou l'incapacité de se lever, compte parmi les symptômes de la dépression.

En chiffres absolus, le fardeau de la dépression est plus grand. La maladie mentale prédominante dans les Forces canadiennes est la dépression. Comme je l'ai dit plus tôt, d'après l'enquête que Statistique Canada a menée en 2002-2003 sur la santé mentale des militaires des forces armées, le taux de prévalence de la dépression chez les hommes des forces régulières est presque le double de celui de la population générale. Cette situation nous préoccupe beaucoup.

M. John Carmichael: Merci.

Pendant votre présentation, vous avez mentionné des recherches actuellement en cours. Certains de ces travaux sont menés à l'Hôpital pour enfants. En outre, l'un de vos collègues est titulaire d'une chaire de recherche sur les traumatismes liés au service militaire, à l'hôpital Sunnybrook.

Alors que nous en apprenons de plus en plus sur l'ESPT et les traumatismes cérébraux, pourriez-vous nous parler des progrès accomplis jusqu'à maintenant? Donnez-nous simplement une idée des connaissances applicables que génèrent ces travaux de recherche. Quel est l'échéancier de certains de ces travaux? Vous avez mentionné la neuroimagerie et différentes technologies dont on se sert déjà. Quelles découvertes faisons-nous et quand pourrions-nous véritablement appliquer certaines d'entre elles?

Bgén Jean-Robert Bernier: Il est difficile de prévoir quand cela mènera à des résultats cliniques concrets dans certains cas. Par exemple, en ce qui concerne la technologie de réalité virtuelle dont nous disposons à l'instant... Certains soldats sont plus enclins à continuer le traitement.

Il est déjà difficile de convaincre les gens de commencer des traitements, et bien des patients y mettent un terme pour diverses raisons sans être complètement guéris. Ils ne retirent pas tous les bienfaits de la thérapie.

La neuroimagerie est probablement la technique la plus prometteuse, surtout ce qu'on appelle la « magnéto-encéphalographie ». On peut ainsi obtenir des images en temps réel, sans délai, alors que, lorsqu'on a recours à l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle, on n'obtient pas les images des fonctions cérébrales en temps réel. Tant l'aspect fonctionnel... L'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle permet de voir la structure des activités cérébrales. La rapidité de la magnéto-encéphalographie nous sera très utile. Elle nous permet déjà de constater que le cerveau fonctionne différemment si la personne souffre de dépression, de troubles de stress post-traumatique, de traumatismes mineurs et de blessures au cerveau. Les choses évoluent très vite.

Plus les centres de recherche, pour l'instant, et les centres de traitement par la suite, pourront mettre la main sur cet instrument, plus nous pourrions accélérer les diagnostics; nous pourrions ainsi confirmer avec plus de facilité le succès du traitement et du rétablissement et possiblement même prédire qui sont les gens les plus susceptibles de souffrir de troubles de stress post-traumatique.

M. John Carmichael: À l'avance.

Bgén Jean-Robert Bernier: Oui, à l'avance. Nous n'en savons pas beaucoup à ce sujet pour l'instant, mais c'est théoriquement

possible, en fonction de la mesure dans laquelle... On pourrait même concevoir, en combinaison avec d'autres technologies — dans le domaine de la génétique, surtout —, des médicaments à l'avance; on pourrait savoir ce qui serait le plus efficace, et nous pourrions ainsi déterminer rapidement le meilleur traitement et économiser des mois dans bien des cas.

M. John Carmichael: Ces travaux sont-ils uniquement menés à l'Hôpital pour enfants, ou bien y a-t-il d'autres établissements qui effectuent des recherches dans ce domaine?

Bgén Jean-Robert Bernier: Nous collaborons avec plusieurs universités, avec le Département de la défense et le Département des anciens combattants des États-Unis ainsi qu'avec des alliés en Europe. Il y a de nombreux groupes de recherche qui se penchent sur la question, et bien d'autres encore étudient la stimulation magnétique transcrânienne, qui semble utile dans le traitement de la dépression et qui sera désormais utilisée dans les cas de troubles de stress post-traumatique. Nous collaborons avec deux centres de recherche au Canada, un à Toronto et l'autre à Québec, et d'autres centres aux États-Unis mènent des travaux semblables.

Nous avons toute une gamme de partenaires. Nous sommes associés à presque tout organisme qui peut contribuer à la santé des militaires. Pensons, au Canada, au milieu universitaire, par l'intermédiaire de l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans; et, à l'étranger, au Programme de coopération technique auquel participent cinq alliés anglo-saxons ainsi qu'au comité de recherche en santé de l'organisation de sciences et de technologie de l'OTAN, le plus grand réseau de recherche du monde, qui est présidé par mon adjoint.

• (1205)

Le vice-président (M. Jack Harris): Merci, mon général.

Votre temps est écoulé, monsieur Carmichael.

Madame Michaud, vous disposez de cinq minutes.

[Français]

Mme Éloïse Michaud: J'aimerais revenir sur un autre aspect de l'offre de service en français pour nos soldats.

La semaine dernière, le colonel Gerry Blais, directeur de la gestion du soutien aux blessés des Forces canadiennes, a comparu devant nous. Je lui ai demandé s'il était possible que toutes les bases militaires offrent des services en français, étant donné les besoins, qu'il s'agisse de bénévoles ou de personnel rémunéré.

Est-ce le cas ou non? Est-il possible que tous les militaires reçoivent des services en santé mentale en français dans toutes les bases du pays?

Bien que cela ne soit pas lié à des soins de santé mentale, j'ai vu des cas où on avait envoyé des gens dans certaines bases suivre un cours prétendument bilingue. Cependant, comme la majorité des gens sur place étaient anglophones, le cours se donnait entièrement en anglais. Même si on semblait offrir un service en français, ce n'était pas le cas dans les faits. Cela me préoccupe beaucoup.

J'aimerais vous entendre parler de la situation dans l'ensemble des bases du pays.

Bgén Jean-Robert Bernier: Dans certaines bases, nous n'avons qu'un seul psychiatre. En ce qui a trait aux services de santé, nous nous efforçons toujours d'avoir assez de cliniciens, d'infirmiers, de médecins, d'adjoints de médecin ou de personnes possédant assez de connaissances en santé mentale pour servir d'interprètes, si nécessaire, ou fournir une partie des soins en français.

Dans les unités francophones ou dans certaines régions francophones, le service sera offert en français, bien sûr.

Mme Éloïse Michaud: Oui.

Bgénéral Jean-Robert Bernier: Dans le reste du pays, surtout dans les provinces de l'Ouest comme l'Alberta et la Colombie-Britannique, nous nous efforçons d'avoir un nombre suffisant de personnes ayant les compétences requises. C'est en fonction de la proportion de francophones dans la base militaire et dans la communauté militaire. C'est difficile, étant donné les pénuries que l'on connaît dans plusieurs domaines sur le plan national.

Mme Éloïse Michaud: Qu'entendez-vous par « un nombre suffisant »? Est-ce une personne par quart de travail?

Sauf erreur, selon vous, il n'est pas nécessaire que quelqu'un puisse donner l'entièreté du service en français; il suffit qu'on puisse traduire l'information à un professionnel unilingue anglophone. Selon vous, cela constitue une offre de service en français.

Bgénéral Jean-Robert Bernier: Si les ressources ne sont pas disponibles dans le milieu militaire, nous essayons d'en trouver à l'extérieur. Par exemple, dans une ville comme Victoria, il y aura probablement au moins un psychiatre ou un psychologue bilingue. Nous allons donc pouvoir offrir le service nécessaire, surtout à ceux dont les compétences dans une langue sont trop faibles pour qu'ils reçoivent le service complètement dans cette langue.

Mme Éloïse Michaud: Au-delà des compétences linguistiques, il faut être à l'aise et pouvoir parler d'enjeux de santé, surtout en santé mentale. Même si je me considère comme parfaitement bilingue, lorsque je vais voir mon médecin, je lui parle en français. Il s'agit de la même situation.

L'obligation de service ne me semble pas être respectée. Je peux imaginer les délais supplémentaires auxquels sont soumis les militaires francophones déployés à l'extérieur d'une région francophone avant qu'ils aient accès à des services en santé mentale.

Comme j'ai d'autres questions, je vais malheureusement devoir changer de sujet. Quoi qu'il en soit, selon l'information que vous me donnez, la situation des services offerts à nos soldats francophones déployés m'apparaît extrêmement préoccupante.

[Traduction]

Le vice-président (M. Jack Harris): Il vous reste 1 minute 15 secondes.

[Français]

Mme Éloïse Michaud: Lors de sa comparution du 17 avril 2013, un membre de l'Association des psychiatres du Canada avait recommandé que les Forces armées canadiennes procèdent à un dépistage périodique du syndrome de stress post-traumatique et des troubles comorbides courants, comme la dépression, les dépendances et les idées suicidaires, pour en faire une détection précoce et en faciliter le traitement.

À quelle fréquence les Forces armées canadiennes procèdent-elles à un tel dépistage périodique?

• (1210)

Bgénéral Jean-Robert Bernier: Parlez-vous d'un dépistage sur le plan individuel?

Mme Éloïse Michaud: Oui.

Bgénéral Jean-Robert Bernier: Une évaluation complète est faite au moment du recrutement, puis tous les cinq ans jusqu'à l'âge de 40 ans environ. Nous en faisons également une avant chaque déploiement, et parfois une également pendant le déploiement. De trois à six mois

après le déploiement, nous faisons de nouveau une évaluation très approfondie. Cela se poursuit durant toute la carrière du militaire, jusqu'à la fin de son service. Une dernière évaluation est faite avant que la personne ne soit libérée des forces armées.

Mme Éloïse Michaud: Vous avez mentionné plus tôt que vous n'aviez pas pour mandat de vous occuper des familles. Malgré tout, faites-vous du travail d'approche auprès des familles des militaires pour savoir si elles sont satisfaites des services et pour déterminer leurs besoins? À quelle fréquence cela est-il fait?

Bgénéral Jean-Robert Bernier: En effet, cela n'est pas du ressort du groupe des services de santé des Forces canadiennes. Une autre organisation au sein du ministère de la Défense nationale s'occupe du soutien et des services aux familles.

Souvent, ces centres offrent des services de sociologues et d'autres spécialistes aux familles sur les bases. De plus, ils ont des réseaux de services dans la communauté. Toutefois, leurs soins cliniques ne sont pas subventionnés par le ministère de la Défense nationale.

Mme Éloïse Michaud: Merci.

[Traduction]

Le vice-président (M. Jack Harris): Merci, mon général.

Monsieur Bezan, vous disposez de cinq minutes.

M. James Bezan: Merci, monsieur le président.

Je tiens à remercier les témoins de comparaître de nouveau; vous nous aidez ainsi à terminer notre étude sur les soins offerts aux malades ou aux blessés et à combler certains des trous du rapport que nous sommes en train de préparer.

Madame Riggs, lorsque vous avez comparu la dernière fois, nous avons brièvement parlé des problèmes que vous avez eus à atteindre cet objectif. Deux nombres ont été mentionnés: il était question de 447 ou de 452 professionnels de la santé mentale.

Quel problème avez-vous dû surmonter pour trouver ces gens? Il semble que cela ait pris du temps avant d'arriver à ce nombre et d'atteindre cet objectif. Pourriez-vous nous expliquer pourquoi cela a pris tant de temps?

Mme Jacqueline Rigg: Absolument, nous avons eu de la difficulté à pourvoir ces postes. Nous avons constaté qu'il fallait combler 54 postes, et nous avons travaillé très fort pour trouver des gens.

Il y a peu de professionnels de la santé disponibles au Canada, c'était l'une de nos premières difficultés. Voilà pourquoi le problème est si répandu. La Défense nationale doit elle aussi surmonter ce problème lorsqu'elle tente de trouver les bons professionnels qualifiés.

Qui plus est, certains postes à combler se trouvent dans des endroits isolés ou en dehors des centres urbains, ce qui complique les choses. Par exemple, il est très difficile de trouver des gens qui sont prêts à déménager à Cold Lake, en Alberta, ou à Shilo, au Manitoba.

De plus, nous sommes en concurrence avec le secteur privé. Même si les détenteurs de ces postes ont droit aux échelons supérieurs de la fourchette salariale, nous ne pouvons pas vraiment faire concurrence avec les salaires que le privé offre. Nous savons qu'il faut des stratégies compensatoires afin d'assurer l'embauche de professionnels dans ces endroits, et nous avons recours à des mécanismes particuliers pour y parvenir.

Nous collaborons avec le Secrétariat du Conseil du Trésor et avec la Commission de la fonction publique. Nous avons présenté une demande au Secrétariat du Conseil du Trésor afin d'augmenter l'indemnité de réinstallation que nous accordons aux gens que nous embauchons à l'externe. Cela constituait souvent un obstacle. Auparavant, nous pouvions seulement offrir 5 000 \$. Nous avons été capables de faire augmenter cette somme, et jusqu'au 31 mars 2015, nous pouvons accorder jusqu'à 40 000 \$. Nous pensons que cette mesure nous aidera à combler les postes dans les endroits isolés, car il s'agissait d'un obstacle de taille.

La Commission de la fonction publique exige, avant de pouvoir embaucher quelqu'un, que nous vérifions si des bénéficiaires de priorité sont disponibles. Nous avons établi ensemble un processus accéléré: puisque nous avons une telle pénurie dans ce domaine, la commission nous renvoie tout bénéficiaire de priorité ayant les compétences nécessaires et nous les embauchons immédiatement. En outre, puisque nous ne pouvons pas attendre plus longtemps, nous avons demandé à la commission de trouver un moyen d'accélérer le processus d'autorisation en matière de priorité, processus qu'il faut suivre avant d'envoyer une lettre d'offre.

Pendant que nous attendions quelques renseignements, nous avons envoyé un grand nombre de lettres d'offre conditionnelle à la réussite des tests linguistiques et médicaux. Nous estimons qu'ainsi les gens qui recevront d'autres offres y penseront à deux fois avant de l'accepter pendant que nous nous organisons.

M. James Bezan: Avez-vous eu plus de difficulté à combler certains postes ou à attirer certains professionnels de la santé?

Mme Jacqueline Rigg: Je pense que les psychologues et les psychiatres sont très difficiles à attirer, et c'est principalement attribuable à l'échelle de salaire. Ce sont les deux postes les plus difficiles à pourvoir.

M. James Bezan: Général, maintenant que nous avons été capables de faire grimper ces chiffres, et je sais que c'est tout récent, les temps d'attente ont-ils diminué un tant soit peu?

Nous avons entendu certains de nos témoins, tant ici qu'à Petawawa, dirent que des militaires se plaignaient des temps d'attente, surtout en ce qui concerne les psychiatres et les psychologues. Les temps d'attente ont-ils commencé à diminuer?

• (1215)

Bgén Jean-Robert Bernier: Oui, mais nous ne comptons pas exclusivement sur la fonction publique. Beaucoup de ces postes ont été dotés par Calian. Nous poursuivons d'autres méthodes, comme la télésanté mentale, que j'ai mentionnée, et des améliorations au processus.

Par exemple, je viens de revenir de Québec. Il y a environ un an, grâce à la surveillance régulière que nous exerçons, nous avons déterminé qu'il y avait des temps d'attente de quatre à six mois à la base de Valcartier mais, maintenant, cette base a l'un des plus courts temps d'attente au Canada. Je tiens à la féliciter. Nous effectuons couramment des vérifications et des visites d'aide d'état-major pour déterminer quels changements pourraient être apportés au processus pour l'améliorer.

Mais, oui, dans l'ensemble, il y a maintenant très peu d'endroits où le temps d'attente est de plus de 28 jours pour le traitement initial et l'évaluation du besoin de soins spécialisés. Ce temps d'attente est généralement beaucoup plus élevé. Cependant, il y a des exceptions sur lesquelles nous devons nous pencher individuellement. Souvent, nous découvrons qu'il y a une raison qui explique pourquoi l'exigence n'a pas été respectée ou que la personne en question

recevait déjà les soins appropriés et qu'il n'y avait donc pas de retard dans son traitement. Nous avons des données qui montrent que les temps d'attente ne sont pas un problème pour la majorité de nos patients et que les problèmes se situent ailleurs. La plupart du temps, lorsqu'il y a des retards...

Le vice-président (M. Jack Harris): Merci, général. Est-ce que vous pourriez terminer votre intervention?

Bgén Jean-Robert Bernier: ... c'est parce que les personnes ont pris du temps à se présenter pour demander des soins.

Le vice-président (M. Jack Harris): Merci, général.

Votre temps est écoulé, monsieur Bezan.

Monsieur Larose, vous disposez de cinq minutes.

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

[Français]

Je vais poursuivre sur la lancée de M. Bezan.

Vous avez dit qu'à Valcartier, le temps d'attente avait été réduit de plusieurs mois. Plus précisément, quel est maintenant le temps d'attente?

Bgén Jean-Robert Bernier: Il est de 28 jours. C'est ce qu'a recommandé l'Association des psychiatres du Canada. L'idéal, ce serait qu'aucune communauté au Canada n'ait à attendre plus que cela.

M. Jean-François Larose: Donc, on a réduit le temps d'attente de plusieurs mois à 28 jours.

Bgén Jean-Robert Bernier: En moyenne, c'est ça. Cependant, le temps d'attente varie en fonction des circonstances. Par exemple, un psychiatre peut prendre un congé de maternité alors que son équipe n'est constituée que de trois personnes.

M. Jean-François Larose: C'est le temps d'attente que recommande cette association, mais quel temps d'attente visez-vous pour les forces armées?

Bgén Jean-Robert Bernier: Il faudrait que tout le monde ait immédiatement accès aux soins d'un médecin et à des soins psychosociaux. Certains cas exigent une évaluation plus approfondie d'un spécialiste comme un psychiatre ou un psychologue. Pour ces cas, nous visons un temps d'attente de 28 jours.

M. Jean-François Larose: Est-ce qu'on donne une formation spéciale? On s'entend pour dire que

[Traduction]

... la santé mentale s'améliore, en tout cas nos connaissances à son sujet.

[Français]

En ce qui a trait à la collaboration entre les forces armées et le système civil, vous avez mentionné à plusieurs reprises qu'il y avait clairement une pénurie de spécialistes au civil. Est-ce que les psychiatres ayant des connaissances pointues et faisant de la recherche-développement dans le domaine du stress post-traumatique donnent de la formation aux travailleurs sociaux qui, eux, font l'évaluation des gens qu'ils rencontrent avant l'échéance de ce temps d'attente de 28 jours?

Bgén Jean-Robert Bernier: De concert avec le médecin, on fait une évaluation pour déterminer de quelle sorte de soins les gens ont besoin immédiatement. Les cas plus compliqués nécessiteront une évaluation plus approfondie. Au Canada et dans la plupart des pays du monde, ce sont les omnipraticiens qui fournissent la majorité des soins en santé mentale pour les cas qui ne sont pas compliqués. Par conséquent, la plupart de nos patients qui ont besoin de médicaments les auront déjà reçus avant qu'un psychiatre ou un psychologue n'ait commencé à faire une évaluation spécialisée. Il est bien reconnu que ce sont les meilleurs pratiques basées sur les...

M. Jean-François Larose: Il ne fait aucun doute qu'il y a des avancées dans la recherche-développement. Plus tôt, vous avez donné votre opinion en parlant de la différence entre le stress post-traumatique en mission de paix et le stress post-traumatique en Afghanistan. Je ne suis pas nécessairement d'accord avec vous, mais je ne suis pas spécialiste.

Beaucoup de militaires ayant participé à des missions comme celle en Bosnie sont maintenant des vétérans. Serait-il avantageux de les faire participer à l'étude, ce qui permettrait d'avoir plus d'échantillons et de faire de nouvelles découvertes? À la lumière de cette étude, vous pourriez vous rendre compte qu'on aurait dû donner à ces militaires, maintenant devenus des vétérans, des médicaments ou des soins en particulier, ou leur offrir un certain soutien. Y aurait-il intérêt à revenir sur le passé, à reconnaître qu'on s'est trompé et qu'il faudrait maintenant procéder d'une autre façon? Il est bien d'aider nos militaires actuels, mais il ne faudrait pas oublier ceux qui sont des vétérans depuis plusieurs années et tous ceux qui le deviendront. Votre étude est importante en ce sens.

• (1220)

Bgén Jean-Robert Bernier: Justement, la semaine dernière, nous avons rencontré des chercheurs de l'Université McGill qui recherchent des militaires actifs et à la retraite en vue d'une étude qui évalue certaines nouvelles technologies.

M. Jean-François Larose: Est-ce qu'il y a un intérêt en ce qui concerne les traitements?

Bgén Jean-Robert Bernier: Les services de santé des forces armées ne peuvent pas fournir les traitements directement. C'est une difficulté. Dans notre pays, la médecine est socialisée et les soins de santé relèvent de la compétence des provinces. À l'exception de ses 10 cliniques de santé mentale, le ministère des Anciens Combattants ne fournit pas de soins directement. Notre groupe est intégré et le ministère des Anciens Combattants...

M. Jean-François Larose: Il n'en reste pas moins que dans les provinces, on n'a pas les connaissances requises pour évaluer adéquatement les cas de stress post-traumatique et offrir les services et les traitements en conséquence. On s'entend pour dire que le problème du stress post-traumatique est vraiment une spécialité des Forces armées canadiennes. Je sais qu'il y a une collaboration, mais jusqu'à quel point cela règle-t-il le problème?

Bgén Jean-Robert Bernier: Les connaissances sont transmises partout au pays. Notre groupe est intégré à tous les services communautaires cliniques afin de transmettre les nouvelles connaissances découlant de nos recherches. Le ministère des Anciens Combattants fait la même chose.

M. Jean-François Larose: D'après les rapports, tant les vétérans que les membres de la Force de réserve et de la Force régulière disent que les soins offerts aux familles ne sont pas adéquats. Le temps d'attente que vous tentez si bien de réduire pour les membres des forces armées ne sont pas réduits dans le civil. Selon les rapports, il semble qu'on remette le problème dans les mains du système de

santé civil. En même temps, les forces armées reconnaissent que les soins de santé dans le civil ne sont pas adéquats en matière de stress post-traumatique; c'est vous qui êtes des spécialistes en la matière.

Est-ce que le gouvernement a l'intention de changer la participation des provinces dans ce domaine?

Bgén Jean-Robert Bernier: Ça dépasse mon mandat, lequel se limite aux soins de santé offerts aux membres des Forces canadiennes.

Anciens Combattants Canada saurait répondre à cette question.

Quoi qu'il en soit, nous les aidons autant que possible...

[Traduction]

Le vice-président (M. Jack Harris): Merci, général.

Votre temps est écoulé, monsieur Larose.

Nous allons maintenant céder la parole à Mme Gallant. Ou est-ce à M.r Bezan?

M. James Bezan: Je parlerai en premier. De toute façon, nous disposerons du temps nécessaire pour un autre tour. Je parlerai donc pendant cinq minutes, et Mme Gallant prendra la parole au troisième tour.

Le vice-président (M. Jack Harris): M. Bezan a la parole.

M. James Bezan: Je veux revenir sur le nombre de professionnels de la santé.

Vous avez mentionné, général, que nous menons actuellement un examen. Le colonel Blais l'a aussi mentionné, quand il a comparu ici le 1^{er} avril. Le rapport de l'ombudsman a également soulevé la question de la dotation. Il y avait 40 000 militaires déployés qui sont revenus de l'Afghanistan, et nous ne savons pas avec certitude à quel moment certains des traumatismes liés au stress opérationnel se manifesteront au cours des prochaines années.

Pouvez-vous nous donner des indications à ce sujet? Je sais que l'examen n'est pas terminé, mais quand prévoyez-vous obtenir les statistiques à cet égard? Et où croyez-vous qu'il faudrait apporter des améliorations?

Bgén Jean-Robert Bernier: Merci, monsieur Bezan.

Comme je l'ai mentionné plus tôt, d'ici le début de l'année 2015, nous nous attendons à recevoir les résultats de l'Enquête sur la santé mentale de Statistique Canada et du Sondage sur la santé et le style de vie, qui nous donneront de meilleures données générales pour assurer la répartition optimale et déterminer les besoins optimaux.

Nous possédons déjà de bonnes données. L'Étude sur l'incidence du cumulatif des blessures de stress opérationnel nous permet de prévoir, sur une période d'approximativement 10 ans, ce à quoi nous pouvons nous attendre pour les traumatismes liés au stress opérationnel spécifiques à la mission en Afghanistan. Cependant, ce n'est pas suffisant. Nous tentons maintenant de mettre à jour ce que nous avons fait en 2002 et en 2003 pour répondre à l'exigence globale des Forces canadiennes. Comme je l'ai mentionné, les traumatismes liés au stress opérationnel spécifiques à la mission en Afghanistan représentent seulement une minorité de tous nos problèmes de santé mentale.

Au cours des années, nous avons réévalué notre objectif d'embauche de professionnels en santé mentale de 447 à 452, en fonction de notre évaluation du succès du programme. En route vers la préparation mentale et de diverses évaluations, y compris l'étude sur l'incidence du cumulatif des blessures de stress opérationnel. Cependant, ce sont des évaluations partielles et des modifications mineures fondées sur des données limitées. Nous avons passé la dernière année, avant d'élaborer cette stratégie, à examiner toutes les données disponibles. Nous n'attendons maintenant que ces deux éléments manquants, ces études approfondies, pour nous donner tous les renseignements dont nous avons besoin afin de pouvoir déterminer le mieux possible la répartition à l'avenir, le nombre de professionnels requis, et le volume de soins.

Notre nombre de cliniciens de la santé mentale est déjà le double, en moyenne, de celui de la population civile, par habitant, et nous avons aussi le plus haut ratio de cliniciens de la santé mentale au sein de l'OTAN. Mais est-ce suffisant, ou est-ce trop? Et est-ce que la technologie nous permettra de changer les choses parce que la situation n'est plus la même?

• (1225)

M. James Bezan: Merci.

Quand nous avons rencontré les membres, ils nous ont dit, entre autres, que, s'ils sont dans l'Unité interarmées de soutien du personnel, l'UISP, et qu'ils ont pris la décision de la quitter ou sont sur le point de le faire, ils deviennent très anxieux à propos de leur vie après le service militaire. Bon nombre d'entre eux nous ont dit qu'ils aimeraient continuer à jouer un rôle à la Défense nationale.

Madame Rigg, pourriez-vous parler du fait qu'un si grand nombre d'anciens combattants et de membres en service des Forces armées canadiennes veulent demeurer actifs au sein du MDN? Quel genre de débouchés s'offriront à eux s'ils reviennent au ministère en tant qu'employés civils? Quelles sont les politiques du ministère en ce qui concerne l'embauche d'anciens combattants?

Bgén Jean-Robert Bernier: Ce n'est pas mon domaine, mais je sais que les anciens combattants libérés peuvent être transférés dans des éléments du MDN qui leur permettent de rester, jusqu'à l'âge de 65 ans, dans le Cadre des instructeurs de cadets et avec les Rangers canadiens. Il y a un nombre limité de postes là-bas. Récemment, une mesure législative a été adoptée qui accorde la priorité à l'embauche dans la fonction publique.

Mme Jacqueline Rigg: J'ajouterais que nous avons plusieurs programmes civils en place pour soutenir les anciens militaires qui veulent continuer à travailler au ministère de la Défense nationale.

Je pense notamment au Programme d'aide aux employés, ou PAE. Il y a aussi un programme de retour au travail qui est très utile. Il y a un employé qui travaille avec eux pour déterminer comment les réintégrer dans le milieu de travail. Nous avons une politique sur l'obligation de prendre des mesures d'adaptation, ce qui signifie que nous devons répondre à tous les besoins d'adaptation. Nous aidons les employés de cette manière. Finalement, il y a des dispositions relatives aux congés, qui sont négociées par voie de convention collective.

Ce sont quelques-unes des principales mesures de soutien que nous avons. Pour répondre à la question, nous encourageons et soutenons complètement nos anciens militaires qui font partie de notre effectif civil, et ceux qui veulent s'y joindre.

M. James Bezan: Y a-t-il des obstacles pour les membres malades ou blessés qui ont quitté les forces armées? Quels obstacles doivent-ils surmonter afin de pouvoir travailler au MDN?

Le vice-président (M. Jack Harris): Pourriez-vous donner une réponse très brève, s'il vous plaît?

Mme Jacqueline Rigg: Je ne dirais pas qu'il y a des obstacles. Nous devons seulement respecter la Loi sur l'emploi dans la fonction publique. Ces membres doivent suivre le même processus que tout le monde. Ce n'est donc pas nécessairement un obstacle. Cela sert seulement à faire en sorte que le processus d'embauche du personnel civil demeure équitable.

Le vice-président (M. Jack Harris): Merci, monsieur Bezan.

Nous avons maintenant le temps pour un troisième tour. Chaque parti aura un intervenant, qui disposera de cinq minutes. Nous allons d'abord céder la parole à Mme Michaud.

[Français]

Mme Éloïse Michaud: Merci beaucoup, monsieur le président.

Lors de sa dernière comparution, le 1^{er} avril dernier, le colonel Gerry Blais nous a informés de la tenue d'un examen complet du réseau de l'Unité interarmées de soutien du personnel ainsi que des Centres intégrés de soutien du personnel. Dans les résultats de cet examen, il y aurait des recommandations sur les besoins futurs en dotation.

Pouvez-vous nous donner un peu plus de détails sur les besoins futurs en dotation? Quelles sont les initiatives actuelles pour répondre aux besoins? Quelles autres recommandations ont été formulées et quelles initiatives en ont découlé?

Bgén Jean-Robert Bernier: Je vous remercie de vos questions. Cependant, je ne peux pas y répondre, car ces services sont distincts. Je suis responsable du système de santé, et non pas du système de soutien non médical, qui est la responsabilité du colonel Blais.

Mme Éloïse Michaud: Y a-t-il quand même certains éléments de travail communs?

Bgén Jean-Robert Bernier: Oui. Les gestionnaires de cas sont intégrés dans cette équipe. Ainsi, il y a une communication continue entre le service médical et l'organisation du colonel Blais.

Mme Éloïse Michaud: Votre responsabilité serait plutôt de les informer de l'état de la situation et sur certains besoins que vous constatez. Par la suite, tout ce qui touche à la dotation se ferait de son côté de l'organisation. C'est ce que je comprends.

Bgén Jean-Robert Bernier: Dans mon cas, la dotation concerne seulement les services de santé. Ça touche les services cliniques nécessaires pour fournir les soins de santé, l'éducation, la formation pour la sensibilisation à la santé mentale, etc. Le colonel Blais, quant à lui, est responsable de son unité, qui s'occupe de tous les autres éléments d'appui.

Mme Éloïse Michaud: Je reviens à des questions plus liées à la santé.

Le 3 juin 2013, le comité a reçu Mme Heather Allison, qui est la mère d'une soldate malade et blessée. Ensuite, le 5 juin 2013, nous avons reçu le caporal Glen Kirkland. Ce dernier a mentionné au comité qu'il s'inquiétait beaucoup du fait que les médecins semblaient prescrire trop de médicaments aux militaires qui sont malades ou blessés.

Avez-vous eu écho de ce genre de préoccupations?

• (1230)

Bgén Jean-Robert Bernier: C'est toujours une préoccupation. À l'école de médecine, nous enseignons d'éviter autant que possible les médicaments et de trouver d'autres façons de traiter un patient.

Tout ce que nous faisons est basé sur les meilleures données scientifiques qui existent. Nous tentons continuellement de déterminer, selon les nouvelles recherches, quelle est la meilleure façon de traiter. Nous poussons continuellement tous les médecins à consulter toute cette information. Nous avons des séances de formation. Tous nos médecins suivent un minimum de formation sur les nouvelles actualités en sciences cliniques.

Je ne peux pas parler de cas individuels. Cependant, nous avons toujours la possibilité de faire des vérifications cliniques de cas par l'entremise des médecins-chefs des bases. Nous pouvons aussi faire des évaluations centrales ou nationales. Dans ce cas, c'est le directeur de la santé mentale et son personnel qui font des évaluations de cas en particulier.

Notre stratégie prévoit ultimement un système de gestion et d'évaluation clinique pour chaque cas individuel qui sonne l'alerte, par exemple si quelque chose ne va pas bien ou ne correspond pas aux meilleures pratiques scientifiques.

Mme Élane Michaud: Pourriez-vous nous donner un exemple de ces meilleures pratiques, sans donner de détails sur les cas individuels? Je comprends la restriction à cet égard.

Comment l'évaluation se passe-t-elle si quelqu'un soupçonne un problème d'abus de médicaments? Quelles démarches pourraient être entreprises rapidement pour aider un soldat? Cela passerait-il d'abord par son médecin? Serait-il la première personne à signaler le problème? D'autres membres du personnel formés pour intervenir ou détecter les cas potentiellement problématiques pourraient-ils également le signaler?

Bgén Jean-Robert Bernier: Notre programme de sensibilisation inclut les familles, les personnes qui exercent un leadership, de même que tout le système de pairs qui appuient les militaires. Nous essayons de nous fier non seulement au service de santé, mais aussi à toute la communauté qui entoure l'individu pour sonner l'alarme dans le cas de changements de comportement ou d'éléments indiquant un problème.

Mme Élane Michaud: Si quelqu'un se voit prescrire des médicaments psychotropes, des antidépresseurs ou quoi que ce soit d'autre pour l'aider à surmonter un problème de santé mentale, va-t-il automatiquement recevoir aussi des services en santé mentale d'un psychologue, d'un travailleur social ou d'un psychiatre? La prise de médicaments seule, c'est-à-dire sans qu'il y ait consultation d'un clinicien, est souvent inefficace. C'est également l'un des facteurs qui va contribuer à l'abus de médicaments.

[Traduction]

Le vice-président (M. Jack Harris): Je crains que votre temps soit écoulé, mais je permettrai au général de vous donner une réponse très rapide.

[Français]

Bgén Jean-Robert Bernier: Cela dépend tout à fait de la condition particulière de l'individu. Au Canada, dans la plupart des cas, les gens seront traités seulement au moyen de médicaments prescrits par leur médecin de famille, mais dans certains cas, ils auront besoin de plus que ça.

Dans notre groupe, il y a toute une équipe. Ce n'est pas seulement un médecin qui travaille de façon indépendante. Toute l'équipe en santé mentale et en soins primaires travaille ensemble.

[Traduction]

Le vice-président (M. Jack Harris): Merci, général.

Madame Gallant, vous avez la parole.

Mme Cheryl Gallant: Merci, monsieur le président.

Ma question s'adresse au médecin-chef. Vous avez parlé du fait que les militaires tardent à se faire traiter car ils estiment qu'ils n'ont pas besoin d'aide. On m'a expliqué que dans certains cas, la personne ne se rend pas compte qu'elle a besoin de se faire traiter jusqu'à ce qu'elle soit prête à exploser. C'est comme un volcan sur le point d'entrer en éruption. Or, ceci ne se passera pas nécessairement pendant les heures d'ouverture du service de santé mentale. On peut faire appel à la police militaire, mais idéalement, il faudrait que le soldat en crise se rende de son propre gré à l'hôpital psychiatrique.

Pour un soldat, se rendre volontairement à l'hôpital psychiatrique et demander de l'aide équivaut à une capitulation. Je suis convaincue que vous comprenez cette philosophie militaire. Ainsi, dans leur esprit, la seule façon d'y aller est d'y être forcé. Mais cela a souvent des conséquences plus graves sur l'avenir militaire du soldat, voire sa vie civile. La police civile peut obtenir un formulaire d'un médecin lui ordonnant d'emmener la personne à l'hôpital pour des soins psychiatriques ou l'autorisant à le faire, mais je crois comprendre que ce n'est pas le cas pour la police militaire. Est-il possible d'instaurer une telle mesure de sorte que la police militaire puisse emmener de force un soldat à l'hôpital pour traitement psychiatrique plutôt que de devoir attendre que celui-ci commette un acte criminel avant de l'appréhender?

• (1235)

Bgén Jean-Robert Bernier: Oui, madame. Tous nos médecins ont un permis qui les autorise à produire ce formulaire, qui habilite le service de police, qu'il soit civil ou militaire, à exécuter l'ordonnance d'une évaluation psychiatrique obligatoire. La police civile peut également le mettre à exécution si la police militaire...

Je ne peux affirmer quels sont les pouvoirs de la police militaire, mais je sais que dans certaines provinces, nous avons eu des cas où les médecins militaires ont émis un formulaire et la police civile a arrêté l'individu et l'a emmené à l'établissement le plus près ayant les spécialistes et la capacité voulus pour lui faire subir un examen psychiatrique afin d'évaluer s'il représente un danger pour lui-même et pour les autres.

Mme Cheryl Gallant: Il s'agit donc d'une question de compétence provinciale car...

Bgén Jean-Robert Bernier: Oui, c'est différent d'une province à l'autre.

Mme Cheryl Gallant: ... la police militaire en Ontario me dit que ses agents n'ont pas les mêmes pouvoirs que les policiers civils, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent emmener de force un soldat en crise à moins que celui-ci ne commette un acte criminel. Le problème ne peut donc pas se résoudre par l'entremise des forces militaires. La solution doit-elle venir des provinces?

Bgén Jean-Robert Bernier: Ce n'est pas nécessaire. Dès qu'il a des raisons de croire qu'il y a un risque suffisant que la personne se cause du tort ou à elle-même ou cause du tort à autrui, que ce soit un policier militaire qui le lui signale ou un membre de la famille qui en a vu suffisamment pour être convaincu qu'un examen psychiatrique s'impose, le médecin de famille ou tout autre médecin, quelle que soit la province, a l'autorité légale de remplir un formulaire — un formulaire qui diffère d'une province à l'autre — d'ordonnance d'arrestation et d'examen psychiatrique pour évaluer les risques d'automutilation.

Mme Cheryl Gallant: Est-ce que cela doit se faire rapidement ou doit-on d'abord observer des symptômes pour que cela se fasse?

Bgén Jean-Robert Bernier: Cela peut se faire simplement en se fondant sur les symptômes. Il n'est pas nécessaire que la personne soit en situation de crise ou qu'un acte criminel ait été commis.

Mme Cheryl Gallant: D'accord.

Le 17 avril 2013, l'Association des psychiatres du Canada a recommandé que les Forces armées canadiennes fassent subir un examen de dépistage périodique des troubles de stress post-traumatique et de comorbidité de maladies courantes telles que trouble dépressif majeur, toxicomanie et tendance suicidaire, afin de favoriser le dépistage précoce et de faciliter le traitement.

À quelle fréquence les Forces armées canadiennes font-elles subir de tels examens de dépistage périodiques?

Bgén Jean-Robert Bernier: Les examens de routine se font au moment du recrutement, puis dans le cadre des évaluations de santé périodiques prévues avant et après chaque déploiement à l'étranger, l'évaluation au retour étant très détaillée, puis lors des évaluations de santé périodiques subséquentes, et une fois de plus au moment de la libération.

En outre, des évaluations informelles sont habituellement effectuées chaque fois qu'un militaire subit un examen de routine ou reçoit des soins pour un nez qui coule ou toute autre raison qui l'amène en contact avec le système de santé. Tous nos cliniciens sont sensibilisés à cette fin, du spécialiste au technicien médical.

Le vice-président (M. Jack Harris): Merci, général.

Votre temps est écoulé.

Madame Murray, vous avez cinq minutes.

Mme Joyce Murray: Pourriez-vous me dire combien de membres des forces et des réserves se sont suicidés depuis le 1^{er} septembre?

Bgén Jean-Robert Bernier: Depuis le 1^{er} septembre?

Mme Joyce Murray: Oui.

Bgén Jean-Robert Bernier: Nous tenons nos statistiques par année civile, alors il me faudrait vérifier. Je sais toutefois que depuis le 1^{er} janvier, trois réservistes se sont suicidés. Dans les trois cas, on attend toujours une confirmation du coroner ou de la police.

Mme Joyce Murray: Pourriez-vous nous fournir les statistiques depuis le 1^{er} septembre?

Bgén Jean-Robert Bernier: De septembre à aujourd'hui? Oui, certainement.

Mme Joyce Murray: D'accord, merci.

Des 37 professionnels de la santé qui ont été embauchés pour combler les besoins, combien étaient psychologues ou psychiatres, et combien de postes de psychologues et de psychiatres demeurent à pourvoir?

Mme Jacqueline Rigg: J'ai la réponse.

Six postes de psychologues étaient à pourvoir. Deux ont été dotés, alors il en reste quatre à pourvoir.

J'ai seulement les chiffres relatifs aux psychologues, aux travailleurs sociaux, aux infirmières en santé mentale, aux spécialistes en toxicomanie... Je n'ai pas les chiffres en ce qui concerne les psychiatres. Les besoins étaient de six psychologues, de 21 travailleurs sociaux, dont 11 ont été embauchés; pour ce qui est des infirmières en santé mentale...

• (1240)

Mme Joyce Murray: Vous disiez que les postes de psychologues et de psychiatres sont les plus difficiles à doter?

Mme Jacqueline Rigg: Effectivement.

Mme Joyce Murray: Et il est très difficile de combler les postes aux bases éloignées. D'où la recommandation d'avoir des psychologues cliniciens en uniforme, car on pourrait alors les affecter à ces bases éloignées.

Le ministère de la Défense nationale confie à une entreprise privée une importante portion des soins de santé. Savez-vous quelles sont les statistiques de roulement du personnel en moyenne chez les médecins embauchés par l'entremise de Calian par rapport aux médecins directement employés par la ministère de la Défense nationale ou les Forces armées canadiennes? Autrement dit, y a-t-il une différence entre les postes dotés par les fournisseurs et ceux dotés par des employés pour ce qui est du roulement de personnel?

Mme Jacqueline Rigg: Je suis désolée, mais je n'ai pas ces statistiques. Je fais seulement le suivi des postes de la fonction publique. Je ne connais pas le taux de roulement du personnel du fournisseur, Calian.

Bgén Jean-Robert Bernier: Je n'ai pas de données objectives, madame, mais nous savons qu'étant donné que le contrat de Calian autorise celle-ci à s'adapter rapidement aux forces du marché local, on peut modifier le taux de rémunération pour favoriser la rétention des membres du personnel de Calian, de sorte que beaucoup restent en poste pour une longue période.

Mme Joyce Murray: Vous n'avez donc aucune statistique sur les taux de roulement respectifs. D'accord, merci.

Général Bernier, vous disiez que votre service n'est pas responsable des soins aux conjoints. À quelle fréquence les forces armées vérifient-elles auprès des conjoints des militaires quels sont leurs besoins en santé mentale et quelle est la qualité des services d'aide qui leur sont offerts?

Bgén Jean-Robert Bernier: Un organisme distinct appelé Directeur général - Recherche et analyse (personnel militaire) mène des travaux de recherche relatifs aux familles du personnel militaire.

Je ne saurais dire si un sondage est en cours à l'heure actuelle, mais ce centre en a réalisé un au cours des dernières années. Je crois qu'il y en effectue un en ce moment pour évaluer le genre de services dont les familles ont besoin.

Mme Joyce Murray: Je crois qu'il y en a un tous les deux ou trois ans.

Bgén Jean-Robert Bernier: Je n'ai pas la réponse exacte car cela ne fait pas partie de mes responsabilités.

Mme Joyce Murray: Je comprends cela et je sais que vous êtes probablement aussi au courant de ces dossiers d'une part parce que vous avez dit maintes fois que vous travaillez en équipe, et d'autre part, vu l'importance d'un soutien adéquat aux familles pour le bien-être physique et mental des membres des forces armées.

Quelles ont été les conclusions du dernier sondage? Qu'a-t-il révélé sur les besoins en santé mentale et la qualité des services d'aide offerts aux conjoints?

Bgén Jean-Robert Bernier: Là encore, c'est une question qu'il faudrait poser à la personne responsable du soutien aux familles.

Mme Joyce Murray: Est-ce que vous... bon d'accord... est-ce que vous...

Bgén Jean-Robert Bernier: Je peux cependant vous dire que le nombre de professionnels de la santé mentale est passé d'environ 220 à 447 et que 25 % des professionnels nouvellement embauchés s'occupent spécifiquement de l'implication des familles dans les soins des militaires, aux côtés des professionnels en santé mentale. Nous les incluons dans notre programme de promotion de la santé « Énergiser les forces » ainsi que dans les programmes portant sur la gestion de la colère, la gestion du stress, les problèmes de toxicomanie, ainsi que divers facteurs qui contribuent à la bonne ou à la mauvaise santé mentale. Elles peuvent s'en prévaloir. Le programme « En route vers la préparation mentale » comprend un important volet axé sur la famille, lequel est offert à tous les membres de la famille.

La famille participe aux évaluations préalables au déploiement et après le déploiement, ainsi qu'à l'évaluation dans les Centres de soins pour trauma et stress opérationnels. Cela nous permet de broser un tableau complet.

Le vice-président (M. Jack Harris): Merci, général.

Désolé, madame Murray, votre temps est écoulé. En fait, vous avez largement dépassé votre temps de parole.

Notre réunion se termine bientôt et je doute que nous ayons le temps pour une autre série de questions, car comme lors de la première série de questions, il y aurait quatre intervenants. Puisque nous manquons de temps, je vais mettre fin aux séries de questions. Comme le veut la tradition, il y a une prérogative selon laquelle le président peut poser quelques questions et j'aimerais m'en prévaloir.

Colonel Bernier, tout d'abord, je m'intéresse à votre évaluation de la santé mentale globale des membres des Forces armées canadiennes. Vous avez laissé entendre que, dans la population générale, une personne sur quatre ou sur cinq souffrira d'un épisode de maladie mentale au cours de sa vie.

Premièrement, n'est-il pas vrai que les gens ne servent pas toute leur vie dans les forces armées, mais, disons, de 18 à 40 ou 45 ans? Deuxièmement, il semblerait que, lorsque les militaires s'enrôlent, vous évaluez s'ils présentent des signes de troubles de santé mentale. Vous n'évaluez donc pas les troubles de santé mentale chez les aînés. Donc, a priori, le nombre de militaires qui risquent de souffrir d'un épisode de maladie mentale est inférieur au nombre de gens dans la population générale qui risquent d'en souffrir. Ai-je raison?

• (1245)

Bgén Jean-Robert Bernier: C'est exact.

Le vice-président (M. Jack Harris): Je m'intéresse également à votre affirmation — et je l'accepte — selon laquelle les troubles de santé mentale des militaires ne sont pas forcément liés à leur service et, plus particulièrement, à leur déploiement.

Pouvez-vous donner plus de précisions sur le nombre ou le pourcentage de troubles de santé mentale qui sont liés au déploiement? Je ne parle pas de l'Afghanistan en particulier. Certains militaires ont été déployés quatre ou cinq fois en Afghanistan, après avoir été déployés en Bosnie ou ailleurs, dans le cadre de missions de maintien ou de rétablissement de la paix.

Possédez-vous des statistiques précisant quel pourcentage est lié au déploiement ou aux opérations? Appelons cela les facteurs opérationnels.

Bgén Jean-Robert Bernier: Les seuls chiffres précis que nous possédons concernent la mission en Afghanistan. La grande enquête réalisée en 2002 par Statistique Canada a évalué tout le monde. On n'a pas essayé de déterminer si les troubles étaient liés aux opérations précédant la mission au Rwanda ou en Bosnie, entre autres. Les

seules statistiques que nous possédons au sujet des troubles de santé mentale attribuables aux opérations militaires sont celles concernant la mission en Afghanistan.

Le vice-président (M. Jack Harris): Donc, vous avez un chiffre pour l'Afghanistan. Quel est-il? C'est un chiffre qui ne cesse de changer; je dirais qu'il augmentera.

Bgén Jean-Robert Bernier: Par exemple, en nous fondant sur une très bonne étude, nous nous attendons à ce que 13,5 % des 40 000 militaires déployés en Afghanistan développent un trouble de santé mentale, un traumatisme lié au stress opérationnel découlant directement de la mission en Afghanistan. On extrapole à partir de ce chiffre, couvrant une période de neuf ans, que 20 % de tous les militaires déployés développeront un tel trouble.

En quatre ans et demi, 8 % de militaires ont développé un trouble de stress post-traumatique. On extrapole à partir de ce chiffre qu'environ 11,8 % de militaires développeront un tel trouble neuf ans après leur déploiement. À titre comparatif, dans la population générale, entre 7 et 9 % des gens développeront des troubles de stress post-traumatique. Cela nous montre que la mission en Afghanistan a été particulièrement éprouvante.

Le vice-président (M. Jack Harris): Merci. J'y vois un peu plus clair.

Madame Rigg, vous pouvez peut-être nous éclairer. Je reconnais que certains problèmes que vous avez soulevés, comme l'éloignement, sont des facteurs déterminants. Cependant, ce qui me préoccupe, c'est que près de 18 mois se sont écoulés, après l'allocation des fonds, avant qu'on essaie de combler ces postes.

Nous avons appris que des facteurs internes, sans lien avec la disponibilité de la main-d'oeuvre, ont causé des problèmes, notamment les restrictions liées aux années-personnes — l'ajout d'années-personnes au ministère de la Défense ou aux forces armées — et la nécessité de donner un justificatif pour chacun des postes.

Pouvez-vous confirmer que d'autres facteurs que ceux que vous avez énumérés ce matin ont causé des problèmes?

Mme Jacqueline Rigg: Il nous a effectivement fallu du temps pour mettre en branle le processus de dotation et, oui, les facteurs que j'ai mentionnés plus tôt sont les principales raisons. Nous nous sommes rendus compte que, en raison de la spécificité de la main-d'oeuvre, nous devions mettre sur pied une équipe d'experts, qui ferait partie du CPM, et qui prendrait des mesures ciblées pour faciliter le processus d'embauche.

Une fois l'équipe mise sur pied, les choses se sont accélérées. Avant cela, en raison des complications liées à l'embauche de ces professionnels, les choses n'avançaient pas aussi rapidement que nous le souhaitions.

Le vice-président (M. Jack Harris): L'ombudsman s'est plaint, pas plus tard qu'en novembre, que presque rien n'avait bougé pour les postes de soutien.

• (1250)

Mme Jacqueline Rigg: Je ne dirais pas que presque rien n'avait bougé. Les choses n'avançaient pas assez rapidement. Les processus d'embauche durent parfois plusieurs mois. Nous n'avons pas accéléré les processus, mais lorsque nous nous sommes rendus compte que les temps d'attente pour combler les postes étaient trop longs, nous avons mis sur pied une équipe chargée de faire avancer les choses et d'éliminer quelques obstacles.

Par conséquent, je ne dirais pas que les choses n'ont « pas » bougé, mais que ça n'avancé pas assez rapidement à notre goût.

Le vice-président (M. Jack Harris): Selon vous, tous les obstacles ont-ils été éliminés?

Mme Jacqueline Rigg: Je suis convaincue que nous avons éliminé les principaux obstacles et que nous avons fait ce qu'il fallait pour combler rapidement ces postes.

Le vice-président (M. Jack Harris): Général Bernier, les chiffres de 2002 pourraient changer après une analyse plus poussée. Vous avez fait référence à deux rapports et vous avez parlé de leur analyse. J'en déduis donc qu'il existe des rapports et qu'on les analyse.

Avez-vous en votre possession des rapports concernant le sondage sur le style de vie ainsi que l'enquête sur la santé mentale réalisée par Statistique Canada?

Bgén Jean-Robert Bernier: Pas encore, monsieur. C'est Statistique Canada qui fait l'analyse de sa propre enquête.

Le vice-président (M. Jack Harris): Puis-je vous demander si vous avez accès à un quelconque rapport?

Bgén Jean-Robert Bernier: Pas encore. J'y aurai accès, mais seulement une fois que l'analyse sera terminée. Cette analyse-là est faite de manière indépendante.

En ce qui concerne le Sondage sur la santé et le style de vie, ce sont les épidémiologistes de la Direction - Protection de la santé de la Force de l'Agence de santé publique des forces armées qui font l'analyse. Elle est en cours et toutes ces données ont été recueillies.

Le vice-président (M. Jack Harris): Mais aucun rapport portant sur ce sondage ou cette enquête n'a été publié pour l'instant.

Bgén Jean-Robert Bernier: C'est exact.

Le vice-président (M. Jack Harris): Vous n'avez donc pas de résultats préliminaires ou quoi que ce soit d'autre.

Bgén Jean-Robert Bernier: Non, rien de la sorte.

M. Jack Harris: D'accord.

J'aimerais également affirmer, général Bernier, que nous sommes tous préoccupés par les suicides, autant au gouvernement qu'ailleurs; cela va sans dire. Vous avez dit dans votre conclusion que « [...] nous reconnaissons toutefois qu'on peut encore apporter bien des améliorations pour offrir à nos collègues et à notre propre personnel médical les meilleurs soins possible. »

Pourriez-vous nous décrire plus précisément les améliorations qui s'imposent, selon vous? Je sais que d'autres personnes ont d'autres idées, mais j'aimerais savoir ce qui, selon vous, doit être amélioré.

Bgén Jean-Robert Bernier: Nous avons un programme assez robuste établi en fonction des constatations du comité d'experts de 2009, composé d'experts militaires et civils du milieu universitaire, de nos alliés, etc. Nous avons donné suite à toute ses recommandations. Depuis, de nouvelles données sont parues, et il y a des nouveautés sur le plan technologique et autres.

On ne peut exploiter un programme de prévention du suicide à l'extérieur du système de santé mentale. La bonne santé mentale

contribue à la prévention du suicide. Tout ce dont nous pensons avoir besoin est couvert par la stratégie en place. Le plus gros problème est que nous avons fait un...

Au Canada, chaque suicide fait l'objet d'une évaluation détaillée par un psychiatre et un médecin. Un examen de tous les suicides qui ont eu lieu depuis 2010 révèle que la moitié des personnes se sont suicidées malgré le fait qu'elles suivaient déjà un traitement. La quasi-totalité d'entre elles ont un trouble de la santé mentale, qu'il soit traité ou non.

Le fait que la moitié des personnes ne recevaient aucun traitement nous dit qu'il faut accroître le nombre de personnes qui se font traiter et améliorer la qualité et l'efficacité des traitements. Il faut pousser la recherche en permanence pour améliorer les traitements et la gestion du rendement pour améliorer les traitements individuels et prendre des mesures en continu pour éliminer les préjugés et les obstacles au traitement.

Le vice-président (M. Jack Harris): J'ai une dernière question pour vous. Pensez-vous que les membres des forces armées qui ont des troubles psychiatriques ont un assez bon accès aux centres de traitement résidentiels? Dans un cas, il y avait un net désaccord entre un membre des forces armées et sa famille à propos de la nécessité de faire appel à un centre. Il y a eu d'autres cas semblables. L'accès aux traitements résidentiels est-il suffisant, et profitez-vous au maximum des ressources disponibles?

Bgén Jean-Robert Bernier: Nous en profitons au maximum. Je ne peux parler de cas particuliers. Ce que je peux vous dire, c'est que quand des experts externes évaluent notre gestion des cas et nos politiques et programmes, ils viennent habituellement à la conclusion que nous sommes exemplaires. Il arrive qu'il y ait des doutes à savoir si les bonnes décisions ont été prises quant aux soins internes à offrir, mais en général, contrairement à la situation dans la population générale, l'accès est illimité et dépend seulement des analyses cliniques; il n'y a pas de limite aux sommes que nous pouvons affecter.

Même à l'époque où le budget pour la santé mentale était de 38,6 millions de dollars par année, il était six fois plus élevé que le budget pour la santé mentale de toute autre administration, par personne; et c'était avant qu'on reçoive 11,4 millions de dollars de plus. L'accès et les dépenses ne sont pas limités par les analyses cliniques. Nous payons pour tous les services jugés nécessaires par les cliniciens, bien que ceux-ci ne soient pas toujours du même avis, et que parfois la famille ou la personne concernée n'est pas d'accord.

• (1255)

Le vice-président (M. Jack Harris): Merci, général.

Je tiens à remercier le général Bernier et Mme Rigg de s'être joints à nous aujourd'hui, d'avoir témoigné, d'avoir répondu à nos questions.

Cela dit, si quelqu'un veut bien proposer l'ajournement.

M. Rick Norlock: Je propose la motion.

Le vice-président (M. Jack Harris): 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>