



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la défense nationale

NDDN • NUMÉRO 039 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 23 février 2017

Président

M. Stephen Fuhr

Comité permanent de la défense nationale

Le jeudi 23 février 2017

• (1530)

[Traduction]

Le président (M. Stephen Fuhr (Kelowna—Lake Country, Lib.)): La séance est ouverte.

Merci beaucoup d'être venus à la réunion d'aujourd'hui du Comité de la défense.

Je tiens à présenter le brigadier-général Hugh MacKay et le colonel Andrew Downes. Merci beaucoup.

Avant de commencer vos déclarations préliminaires sur le « Rapport de 2016 sur la mortalité par suicide dans les Forces armées canadiennes » et avant la conversation qui suivra, je veux informer les membres du Comité de ce qui nous attend.

Nous en avons pour environ 1 h 45, après quoi nous suspendrons la séance et poursuivrons à huis clos pour discuter des affaires du Comité.

La méthode a bien fonctionné pour moi jusqu'à présent, et donc, si vous voyez que je lève ce bout de papier, vous n'avez pas à arrêter immédiatement, mais il vous reste environ 30 secondes pour terminer ce que vous avez à dire, parce que je dois ensuite céder la parole à quelqu'un d'autre. Cette méthode permet une transition plus en douceur. Ce bout de papier vous indique qu'il reste 30 secondes.

Messieurs, merci beaucoup de comparaître aujourd'hui.

Général, la parole est à vous.

Bgén Hugh MacKay (médecin général, commandant, Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, ministère de la Défense nationale): Merci beaucoup, monsieur le président.

Monsieur le président, honorables membres du Comité permanent de la défense nationale, je vous remercie de nous donner l'occasion de présenter les résultats du « Rapport de 2016 sur la mortalité par suicide dans les Forces armées canadiennes ».

[Français]

Chaque suicide est une perte tragique prématurée qui a des répercussions négatives importantes sur la vie des membres de la famille, des amis, de la communauté militaire et des fournisseurs de soins de santé. Ce problème, qui préoccupe grandement les dirigeants militaires, fait l'objet d'une attention particulière de la part du Groupe des services de santé depuis de nombreuses années.

[Traduction]

Comme l'indique le Rapport du Comité d'experts des Forces canadiennes sur la prévention du suicide de 2009, les Forces armées canadiennes possèdent un programme de prévention du suicide solide et complet. Le Comité a même formulé des recommandations qui ont permis d'améliorer le programme.

Nous avons mis sur pied un programme de formation sur la résilience reconnu à l'échelle internationale appelé « En route vers la

préparation mentale » ainsi qu'un éventail de programmes de promotion de la santé abordant des sujets comme la gestion du stress, les dépendances, la santé mentale et le suicide. Comme les personnes atteintes de maladies mentales présentent un risque de suicide accru, il est essentiel de leur offrir le soutien dont elles ont besoin et de les prendre en charge.

Des cliniques de soins primaires accessibles ont été établies dans nos bases à l'échelle du pays et à l'étranger. La plupart d'entre elles comptent des groupes pluridisciplinaires de cliniciens en santé mentale. Nous avons aussi créé sept centres de soins pour trauma et stress opérationnels dans nos plus grandes cliniques. Nous avons intégré des services de télésanté mentale dans le système pour favoriser l'accès aux soins dans les régions les plus éloignées, assurer la prestation de soins dans la langue de préférence des patients et aider à améliorer l'accès aux soins. Nous avons aussi doté nos plus grandes cliniques de systèmes de réalité virtuelle pour faciliter le traitement des victimes de traumatismes liés au stress opérationnel et lancé un projet de saisie directe de notes sur la santé mentale dans les dossiers de santé électroniques.

Le personnel militaire peut obtenir du soutien en tout temps auprès du Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes ou obtenir des soins médicaux d'urgence en se présentant aux installations médicales civiles en dehors des heures d'ouverture des cliniques militaires.

[Français]

Les maladies mentales et le suicide sont des problèmes complexes sur lesquels il reste encore beaucoup à apprendre. Nos recherches visent à éclaircir les problèmes de santé qui affectent les militaires des Forces armées canadiennes. En 2013, l'Enquête sur la santé mentale dans les Forces canadiennes, effectuée par Statistique Canada, en est un exemple. De plus, nous explorons toujours comment améliorer la qualité des soins offerts dans nos cliniques.

[Traduction]

Le groupe des Services de santé des Forces canadiennes assure un suivi dans tous les cas présumés de suicide: un groupe de cliniciens est désigné pour obtenir des renseignements sur les circonstances de l'événement et pour en tirer des leçons qui permettraient de prévenir d'autres suicides à l'avenir.

Les renseignements issus de cette démarche et d'autres sources sont rassemblés et analysés tous les ans en vue de leur présentation dans un rapport. Le rapport dont nous discutons aujourd'hui, qui comprend des données de 1995 à 2015, en est un exemple.

Il importe de rappeler que l'analyse porte seulement sur les suicides commis par des hommes de la Force régulière, car le nombre de suicides chez les femmes de la Force régulière et les membres de la Force de réserve n'est pas assez grand pour permettre une analyse statistiquement adéquate. La publication de données sur ces populations pourrait contrevenir aux règles de confidentialité.

• (1535)

[Français]

Il est établi que le suicide est un événement multidimensionnel qui est causé par un grand nombre de facteurs biologiques, psychologiques, interpersonnels et socioculturels. En raison de cette complexité, il est difficile de prédire la propension au suicide. La plupart des personnes qui se suicident ont des symptômes de maladie mentale et sont exposées à un ou plusieurs facteurs de stress aigus, comme une rupture conjugale ou des problèmes juridiques ou financiers. Les personnes en crise se sentent dépassées et désespérées et ont de la difficulté à voir comment elles pourront se sortir de leur situation.

Par contre, certaines d'elles ne montrent aucun signe de détresse, pas même à leurs amis les plus proches. Les idées suicidaires sont courantes chez les personnes atteintes de maladie mentale, mais la plupart d'entre elles demandent de l'aide au lieu de passer à l'acte. Je suis attristé chaque fois que j'entends parler d'un suicide, car je sais que la personne avait accès à de l'aide et que nous avons les ressources pour lui sauver la vie.

[Traduction]

Le taux de suicide global dans les Forces armées canadiennes est sensiblement le même depuis 20 ans. Cependant, durant les cinq dernières années, le taux de suicide a augmenté de façon marquée chez les membres de l'Armée comparativement aux membres de l'Aviation ou de la Marine. Les causes de ce phénomène restent obscures, d'autant plus que tous les éléments des FAC utilisent les mêmes processus de recrutement, d'administration et de discipline et le même système de santé.

Nous avons néanmoins noté un risque de suicide légèrement plus élevé chez les militaires ayant participé à des déploiements et appartenant aux groupes professionnels liés aux armes de combat. Il est raisonnable de penser que ces groupes sont ceux qui sont les plus exposés à des traumatismes psychologiques durant les opérations, ce qui pourrait accroître leur vulnérabilité aux maladies mentales. D'autres facteurs que nous n'avons pas encore pu mesurer exactement pourraient aussi intervenir, par exemple les expériences négatives durant l'enfance, qui sont reconnues pour être plus nombreuses chez les militaires que dans l'ensemble de la population canadienne et pour accroître le risque de maladie mentale et de suicide.

En ce qui concerne les troubles de santé mentale spécifiques diagnostiqués chez les personnes qui se suicident, la dépression et la toxicomanie sont les plus fréquents, suivis des troubles anxieux et, au quatrième rang, de l'état de stress post-traumatique. Ce constat est important, car il montre la nécessité d'un programme de santé mentale de grande envergure.

La rupture amoureuse est vraisemblablement le facteur de stress de la vie qui est le plus souvent en cause dans les suicides des militaires des Forces canadiennes. Les autres facteurs de stress associés au suicide sont liés au travail, aux problèmes de dettes et aux problèmes juridiques. Cela indique que les interventions de prévention du suicide ne devraient pas être confinées aux soins de santé. Les Forces armées canadiennes offrent un grand nombre de programmes et de services pour surmonter ces types de stress. Tant

dans la population civile que chez les militaires, environ la moitié des personnes qui se suicident recevaient des soins. Nos services de santé jouent un rôle central, mais les dirigeants et les pairs peuvent aussi venir en aide aux militaires en détresse et les encourager à consulter des fournisseurs de soins de santé, par exemple par l'entremise du Programme des sentinelles de l'Armée canadienne.

En résumé, les Forces canadiennes continuent d'évaluer et d'améliorer leurs politiques et leurs procédures en matière de prévention du suicide en assurant une surveillance continue du suicide et en examinant en profondeur les cas de suicide.

J'aimerais ajouter que nous avons récemment formé un deuxième comité d'experts sur la prévention du suicide. Nous attendons encore le rapport sur nos activités de prévention du suicide. Nous travaillons aussi actuellement sur une stratégie de prévention du suicide à l'échelle des Forces canadiennes.

Je vous remercie de votre attention. Nous serons heureux de répondre à vos questions.

• (1540)

Le président: Merci de vos commentaires.

Je vais maintenant céder la parole à Mme Alleslev.

La parole est à vous pour sept minutes.

Mme Leona Alleslev (Aurora—Oak Ridges—Richmond Hill, Lib.): Merci beaucoup d'être là aujourd'hui pour parler d'un sujet qui est à la fois très important et très déconcertant.

Vous avez mentionné des comparaisons avec la population canadienne générale. Pouvez-vous me dire pourquoi vous procédez ainsi? En effet, je me demande si le milieu militaire est véritablement le reflet de la population générale, puisque vous utilisez des procédures d'admission et d'évaluation très strictes. Vos recrues ne représentent pas l'éventail complet des membres de la population canadienne, et, bien sûr, il y a une composante importante de formation supérieure qui peut influencer sur la culture et les interactions au sein du ministère. Qu'en pensez-vous? Et comment vous y prenez-vous pour faire des comparaisons avec la population canadienne?

Bgén Hugh MacKay: C'est une bonne question, et nous savons bien que la population canadienne ne nous permet pas de faire des comparaisons parfaites, entre autres pour certaines des raisons que vous avez mentionnées, comme le dépistage lié à la santé mentale auquel nous procédons ou les évaluations médicales que nous faisons passer aux candidats avant de les accepter.

Cependant, nous croyons qu'il est important de faire des comparaisons, alors nous tentons de faire de notre mieux pour nous assurer qu'elles sont le plus fidèles possible. Lorsque nous évaluons les taux de suicide au sein de la population canadienne, nous apportons des rajustements en fonction de l'âge, par exemple, parce que l'âge est un facteur très important lorsqu'on se penche sur le dossier du suicide et qu'on examine le risque de suicide au sein de la population canadienne. Ce n'est pas parfait, je le reconnais, mais nous croyons que la population canadienne est la meilleure population à laquelle nous avons accès aux fins de comparaison.

Nous avons essayé de voir ce qui se produirait lorsqu'on enlève la population autochtone de la population canadienne générale, parce que, comme vous le savez, malheureusement, les Autochtones affichent des taux de suicide assez élevés. Cependant, les Autochtones représentent un petit pourcentage de la population générale, et nous avons constaté que, même lorsque nous retirons cette population plus touchée par les problèmes de suicide, le résultat de nos comparaisons ne changeait pas vraiment.

Mme Leona Alleslev: Faites-vous d'autres genres de comparaison avec des armées comparables?

Bgén Hugh MacKay: Actuellement, nous ne faisons pas de comparaison avec d'autres armées. Il y a tellement de différences entre les diverses armées que, selon nous, ce genre de comparaison donnerait de moins bons résultats que les comparaisons avec la population au sein de laquelle nous recrutons nos militaires.

Lorsqu'on examine les différentes expériences dans le cadre des opérations et les taux de suicide de base des divers pays où les militaires sont recrutés, on constate des différences marquées. Même au sein du Canada, on constate des différences d'une province à l'autre que nous n'arrivons pas vraiment très bien à expliquer.

Mme Leona Alleslev: D'accord.

Vous avez mentionné une légère hausse de la tendance, particulièrement dans l'armée. Pouvez-vous nous donner une idée de ce qui se passe? Évidemment, nous voudrions voir ces chiffres baisser, particulièrement lorsqu'on pense à toutes les mesures que vous avez mises en place. Nous prenons plus de mesures, mais les taux semblent quand même augmenter. De quelle façon pouvez-vous alors mesurer la réussite des programmes à la lumière des résultats actuels en matière de suicide?

Bgén Hugh MacKay: C'est très difficile de mesurer des programmes qui tentent de prévenir des choses. Peu importe la composante du domaine de la santé, il est très difficile de mesurer ce qu'on a prévenu.

Nous avons constaté une augmentation, particulièrement du côté de l'armée. Dans la force aérienne et la marine, nous avons constaté un léger recul du taux de suicide, puis il a augmenté à nouveau et s'est stabilisé. Nous avons vu une augmentation du taux de suicide dans l'armée vers 2011 et 2012, et la tendance s'est plus ou moins stabilisée depuis. Nous croyons que c'est en raison des répercussions de l'Afghanistan et de l'impact qu'a eu l'Afghanistan sur la maladie mentale au sein de l'armée.

Mme Leona Alleslev: Pouvez-vous nous dire si les élèves-officiers du CMR sont inclus dans ces chiffres?

Bgén Hugh MacKay: Oui, tous les suicides, y compris les suicides d'élèves-officiers du CMR, sont inclus dans ces chiffres.

•(1545)

Mme Leona Alleslev: Les vétérans, ceux qui ont été libérés, figurent-ils aussi dans ces chiffres?

Bgén Hugh MacKay: Ces chiffres n'incluent pas les vétérans. Les chiffres concernent uniquement les membres actifs.

Mme Leona Alleslev: Envisagez-vous de réaliser un genre d'étude conjointe avec les responsables des vétérans afin de mieux comprendre l'ensemble du continuum? Il est tout à fait possible, j'imagine, que certaines des conditions qui ont pu pousser certains vétérans vers le suicide tirent leur origine de leur période de service. Même si le résultat n'a pas été reconnu pendant qu'ils étaient en uniforme, une telle étude pourrait tout de même nous éclairer et pourrait peut-être aussi nous donner un point de vue différent sur la pertinence statistique de la taille de l'échantillon. Est-ce le genre de choses que vous avez envisagées?

Bgén Hugh MacKay: Nous avons travaillé en collaboration avec Anciens Combattants. C'est dans le cadre d'une étude des Forces canadiennes sur le cancer et la mortalité que nous avons inclus pour la première fois le taux de suicide des vétérans. C'est dans le cadre de cette étude que nous avons déterminé qu'il y avait peut-être un risque 1,5 fois plus élevé de suicide chez les vétérans.

Nous continuons de travailler en collaboration avec les responsables d'Anciens Combattants pour tenter de les aider, grâce à une base de données que nous avons créée et qui inclut les données de toutes les personnes qui se sont engagées dans les Forces armées canadiennes de 1972 à aujourd'hui et à laquelle nous ajoutons, chaque année, les données de toutes les nouvelles recrues. Nous avons créé cette base de données et nous les aidons à la tenir à jour, puis nous utilisons les données sur la mortalité de Statistique Canada pour savoir ce qu'il en est des taux de suicide au sein de la population des vétérans.

Nous travaillons fréquemment en collaboration avec eux, et nous travaillons ensemble pour mettre au point une stratégie conjointe de lutte contre le suicide des Forces armées canadiennes et d'Anciens Combattants, dans le cadre de laquelle nous tenterons en partie de déterminer quelles sont les prochaines étapes et ce qui se passe du point de vue des suicides chez les vétérans... ce ne sera pas nous qui le ferons, mais nous aiderons Anciens Combattants, quand cela est possible, à comprendre la situation du suicide au sein de la population des vétérans.

Mme Leona Alleslev: Merci.

Mon temps est écoulé.

Le président: En effet.

Madame Gallant, la parole est à vous.

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

Quel pouvoir le médecin général a-t-il sur les médecins militaires? Est-ce une chaîne de commandement? Doivent-ils vous rendre des comptes au sujet des différents diagnostics? De quelle façon cela fonctionne-t-il?

Bgén Hugh MacKay: En fait, il n'y a aucune délimitation claire quant au pouvoir que j'exerce sur les cliniciens au sujet de leur travail. Actuellement, mon pouvoir s'exerce principalement par la chaîne de commandement.

Mme Cheryl Gallant: D'accord, donc, les cliniciens n'ont pas à répondre devant vous.

Bgén Hugh MacKay: Conformément à la chaîne de commandement, les cliniciens doivent bel et bien répondre devant moi.

Mme Cheryl Gallant: Par l'intermédiaire de la chaîne de commandement, d'accord.

J'ai remarqué lorsque vous avez dressé la liste des différentes causes et causes potentielles du suicide — ou, des facteurs contributifs —, que vous n'avez pas mentionné les traumatismes cérébraux ou les dégâts au tronc cérébral pouvant découler d'une toxicité neurologique associée quant à elle de l'administration de méfloquine. N'y a-t-il pas eu des données probantes allant en ce sens, soit que, parmi les personnes qui se suicident, il y a une proportion accrue de personnes qui ont pris ce médicament? N'y a-t-il là aucune corrélation positive?

Bgén Hugh MacKay: Jusqu'à présent, nous n'avons obtenu aucune donnée probante d'un lien entre l'administration de méfloquine et le suicide. En fait, si nous examinons nos données actuelles concernant l'administration de méfloquine ainsi que nos données statistiques sur le suicide, à compter de 2003, les Forces armées canadiennes ont commencé à moins administrer de méfloquine, dont le taux d'administration est passé d'environ 85 % au taux actuel, soit environ 5 %. La courbe d'utilisation de la méfloquine allait comme ça. Lorsqu'on regarde la courbe du suicide au sein des Forces armées canadiennes, on commence à constater une augmentation du taux de suicide dans l'armée vers 2006. La courbe de la méfloquine descend comme ça, et la courbe des suicides augmente de cette façon. Je sais que la comparaison est grossière, mais s'il y avait vraiment une relation étroite entre la méfloquine et le suicide, on ne se serait peut-être pas attendu à ce que l'inclinaison des courbes soit opposée.

Mme Cheryl Gallant: Sauf si l'effet est latent et qu'il est proportionnel à la quantité consommée, et après des déploiements consécutifs.

Quel protocole avez-vous mis en place pour vous assurer que les membres des Forces donnent un consentement éclairé en matière de vaccination lorsque vous les « piquez » en préparation d'un déploiement? Les soldats connaissent-ils la nature des vaccins que vous leur administrez lorsqu'ils se préparent pour un déploiement?

• (1550)

Bgén Hugh MacKay: Oui, lorsque les soldats sont vaccinés en vue d'un déploiement, ils rencontrent un médecin et sont informés de la nature des vaccins. Nous procédons à des examens concernant les contre-indications, les allergies et ces genres de choses. Les militaires ne signent pas nécessairement un formulaire de consentement éclairé, mais ils discutent avec le clinicien quant à savoir s'ils veulent ou non recevoir le vaccin.

Mme Cheryl Gallant: En date d'avril 2014, 434 des 455 postes de professionnels de la santé mentale étaient comblés au sein des Forces armées canadiennes, soit environ 95 % des postes. Sommes-nous enfin arrivés à 100 % ou le pourcentage est-il passé sous la barre des 95 %?

Bgén Hugh MacKay: Le pourcentage des postes comblés fluctue. Il est quasiment impossible d'atteindre 100 % et de maintenir ce niveau, simplement en raison de la nature du roulement du personnel, ce qui est le lot de toutes les organisations. Actuellement, je crois qu'il y a un taux de postes vacants d'environ 8 %, dont environ 7 % concernent des fournisseurs de soins cliniques.

Mme Cheryl Gallant: Je sais que, localement, à Petawawa, il y a deux ou trois mois, nous étions dans une situation où il n'y avait aucun psychiatre disponible pour traiter les soldats. Cette situation s'est-elle améliorée?

Bgén Hugh MacKay: Je vais demander au colonel Downes.

Col Andrew Downes (directeur, Santé mentale, ministère de la Défense nationale): Je vais peut-être m'exprimer rapidement là-dessus. Je ne sais pas exactement de quelle situation vous parlez, parce que nous avons un psychiatre militaire à temps plein là-bas, et elle est toujours en poste. Il y a aussi des psychiatres civils qui travaillent dans la clinique. Je ne sais pas, il y a peut-être eu un moment de non-disponibilité pendant que les psychiatres étaient en congé ou quelque chose du genre, mais il n'y a jamais eu aucun psychiatre à Petawawa.

Mme Cheryl Gallant: Combien de personnes au sein des UISP sont actuellement traitées pour des traumatismes liés au stress opérationnel? J'aimerais obtenir un pourcentage, pas un nombre exact, parce que ce n'est probablement pas une information que vous avez. Le nombre change de jour en jour.

Bgén Hugh MacKay: Je ne sais pas si j'ai un pourcentage.

Col Andrew Downes: Les UISP, comme vous le savez, j'en suis sûr, ne font pas partie du système de soins de santé. Ce sont des organisations qui existent pour soutenir les membres malades ou blessés. Nous ne savons pas nécessairement qui est affecté là-bas et quels sont les diagnostics précis. Nous continuons de leur fournir des soins, peu importe les raisons qui les amènent au sein d'une UISP.

Mme Cheryl Gallant: À l'échelle des Forces canadiennes, combien y a-t-il de psychiatres et de psychologues qui sont là pour les membres?

Col Andrew Downes: Je n'ai pas le chiffre exact à l'esprit, mais nous avons plus de psychiatres par membre des Forces canadiennes dans nos cliniques qu'il y en a dans le secteur civil.

Mme Cheryl Gallant: D'un point de vue politique, que pourrions-nous faire pour tenter de réduire le taux de suicide au sein des Forces armées canadiennes?

Bgén Hugh MacKay: Je ne sais pas si c'est vraiment mon rôle de vous informer ce que vous pouvez ou ne pouvez pas faire d'un point de vue politique.

Mme Cheryl Gallant: D'accord.

Voici une des recommandations formulées par l'ombudsman des forces armées:

[...] que les Forces armées canadiennes maintiennent en poste les militaires en voie de libération pour raisons médicales jusqu'à ce que tous leurs services et prestations des Forces armées canadiennes, d'Anciens Combattants Canada et du Régime d'assurance-revenu militaire soient confirmés et instaurés.

Cela exigera en partie d'attendre que les cliniciens tirent leurs conclusions. Lorsque ceux-ci déterminent qu'une personne doit être libérée pour des raisons médicales et que la blessure est une conséquence du service, l'ombudsman recommande que cette évaluation s'applique à leurs prestations rétroactives, leurs prestations médicales. Actuellement, au moment de leur libération, les personnes doivent présenter une demande à Anciens Combattants pour obtenir les différentes prestations, et il y a donc un écart.

Essentiellement, ils ont été évalués par un médecin militaire, mais, à leur libération ou lorsqu'ils tentent de présenter des demandes pour obtenir des prestations de vétérans, ils doivent passer par un autre système et prouver à un médecin d'Anciens Combattants que leur blessure est bel et bien une conséquence de leur service.

Selon vous, y a-t-il une raison qui nous empêche d'utiliser les évaluations des cliniciens militaires aux fins de détermination des prestations?

Bgén Hugh MacKay: Les choses ne se passent pas exactement comme vous l'avez décrit, dans la mesure où les médecins militaires évaluent les limites liées à l'emploi. Ils ne déterminent pas si cela doit entraîner la libération de leur patient. C'est le DMCA qui rend cette décision. Actuellement, nos médecins ne prennent pas vraiment de décisions quant à savoir si le problème est attribuable au service. Actuellement, les médecins posent un diagnostic et définissent des limites en matière d'emploi.

• (1555)

Le président: Votre temps est écoulé, madame Gallant.

Monsieur Garrison, la parole est à vous.

M. Randall Garrison (Esquimalt—Saanich—Sooke, NPD): Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci à nos témoins d'être là aujourd'hui.

Je vais commencer par dire quelque chose, et je sais que ce n'est pas première fois que je le dis. Je crois que l'armée canadienne est en avance sur beaucoup d'autres secteurs au sein de la société pour ce qui est de s'attaquer à certaines des questions difficiles, que ce soit l'inconduite sexuelle ou le suicide, alors je tiens à reconnaître le mérite des Forces armées canadiennes dans ces dossiers.

Cela dit, vous êtes ensuite tenus de respecter des normes supérieures. Lorsque les autres ne s'attaquent pas à ces problèmes, ils peuvent baisser les bras et dire qu'ils ne connaissent pas vraiment la nature des problèmes. Je vais maintenant vous astreindre à cette norme supérieure que vous avez établie pour vous-mêmes.

Je veux revenir à la question des professionnels de la santé. Au cours des deux ou trois dernières années, il semble qu'il y a eu des améliorations du côté du recrutement. Dans l'affirmative, si c'est vraiment le cas, pouvez-vous me dire pourquoi il en est ainsi?

Bgén Hugh MacKay: Je crois que nous avons fait de grands efforts, c'était probablement il y a trois ans, pour essayer de créer des bassins d'employés pouvant pourvoir ces types de postes que nous devons combler. En fait, nous avons délégué le pouvoir d'approbation en matière d'embauche à la personne qui a précédé Andrew au poste de directeur de la santé mentale. Nous avons encore besoin d'obtenir certains fournisseurs de soins de santé auprès du tiers fournisseur de services avec lequel nous avons un contrat. Très franchement, nous avons eu de très longues discussions avec cet entrepreneur pour l'encourager à trouver des façons novatrices de nous trouver les fournisseurs de soins de santé dont nous avons besoin pour pourvoir ces postes si nous ne pouvons pas les combler avec des fonctionnaires.

M. Randall Garrison: C'est ce que j'espérais vous entendre dire. C'est ce que je croyais comprendre, soit que vous aviez commencé à déployer des efforts vraiment concertés. Pendant longtemps, il y a eu beaucoup de postes sous-affectés et, d'après ce que j'avais compris en parlant aux gens qui occupent des postes dans le domaine de la santé mentale, il y avait des personnes qui faisaient du travail pour lequel elles n'avaient pas les qualifications officielles requises. Cela ne veut pas dire qu'elles ne faisaient pas du bon travail, mais je me demande si le problème existe encore.

Bgén Hugh MacKay: Je ne suis pas au courant du fait que nous ayons déjà eu ce genre de problème.

Col Andrew Downes: Je ne suis au courant d'aucune personne qui aurait occupé un poste au-delà de son champ d'exercice. S'il y a eu des cas où ce problème s'est produit, les responsables de la clinique s'en seraient occupés.

Nous comptons sur des effectifs très bien formés. Comme nous en avons discuté, les niveaux de dotation sont bons dans nos cliniques. Évidemment, nous aimerions afficher un niveau de dotation complet, mais ce n'est tout simplement pas un objectif réaliste dans quelque organisation que ce soit, parce que dès qu'on embauche une personne, quelqu'un d'autre part.

Nous exigeons une norme élevée et un haut niveau de formation et d'expérience des personnes qui travaillent dans nos cliniques.

M. Randall Garrison: Je reconnais mon erreur quant à la question des postes sous-affectés.

Pour ce qui est du maintien en poste, je sais que, si on revient trois ou quatre ans en arrière, il y avait un énorme problème de maintien en poste des professionnels de la santé mentale. Il y avait un certain

taux de roulement qui, selon moi, exacerbait les problèmes liés au fait de pourvoir les postes vacants. Qu'en est-il du maintien en poste actuellement?

Bgén Hugh MacKay: Pour ce qui est de nos affectations civiles, je crois que nous nous en tirons assez bien du côté du maintien en poste. Nous continuons d'avoir de la difficulté à combler les postes de psychologue civil et à maintenir ces professionnels en poste.

Du point de vue des militaires, nous avons certains défis en ce qui a trait à notre effectif de médecins en uniforme, dans la mesure où nous avons de la difficulté à les attirer et à les maintenir en poste. Nous travaillons dur pour trouver des façons de réussir à améliorer nos résultats en matière d'attraction et, ce qui est encore plus important, de maintien en poste, parce que, une fois qu'une personne est formée et qu'elle acquiert de l'expérience, nous voulons la maintenir en poste.

M. Randall Garrison: Je pose toutes ces questions pour en venir à l'une des préoccupations locales dont j'ai eu vent, soit que, pour les personnes qui ont des problèmes de santé mentale, la relation avec le professionnel de la santé mentale est très importante. Pour ce qui est de la stabilité et même pour convaincre les gens de subir un traitement, il faut de la stabilité sur le plan du personnel. Je sais que l'armée a un défi, ici, en raison de la rotation des militaires, des déploiements et de tous ces genres de choses. Que faites-vous pour garantir l'uniformité du traitement pour ceux qui en ont besoin?

● (1600)

Bgén Hugh MacKay: L'une des initiatives importantes que nous avons mises sur pied il y a deux ou trois ans, c'est en fait la création d'un système électronique de Notes sur la santé mentale. Jusqu'à il y a deux ans, les notes n'étaient pas nécessairement accessibles dans le dossier de santé électronique. Maintenant, nous savons que, si une personne passe d'un emplacement à un autre ou est déployée pour une raison quelconque, les soignants qui sont là auront accès à ce qui s'est produit avant dans le cadre de la prestation des soins à cette personne. Ce ne sera peut-être pas le même clinicien qui sera devant la personne, mais, au moins, le professionnel de la santé saura ce qui s'est produit jusqu'alors dans le cadre du traitement.

M. Randall Garrison: Je suis heureux de vous l'entendre dire. D'après ce que j'ai compris, il y a eu une amélioration importante.

Mon autre question est la suivante: êtes-vous confronté à des défis régionaux précis lorsque vous tentez de pourvoir ces postes? Je viens de la Colombie-Britannique, je sais qu'on nous a dit qu'il est plus difficile de pourvoir des postes là-bas, où le coût de la vie est plus élevé et où il y a plus de débouchés pour les personnes qui possèdent ces mêmes compétences.

Bgén Hugh MacKay: La dernière fois que j'ai regardé les données sur les postes vacants, ils étaient répartis de façon assez uniforme à l'échelle du pays.

Y a-t-il parfois un problème dans la ville de Québec?

Col Andrew Downes: Il n'y a pas de problème précis dans la ville de Québec, même si, dans chaque clinique, de temps en temps, on peut avoir de la difficulté à trouver des personnes.

Par exemple, à la BFC Shilo, il s'est écoulé deux ou trois ans sans qu'il n'y ait de psychiatre. Ce n'est pas parce que nous n'essayons pas, c'est simplement parce qu'il n'y avait personne pour pourvoir le poste, mais nous avons depuis réussi à le combler.

M. Randall Garrison: On me fait signe que mon temps est presque écoulé; j'ai donc une dernière question.

En ce qui a trait aux personnes qui reçoivent un traitement ou qui ont fait l'objet d'un suivi relativement à une maladie mentale et qui quittent ensuite le service, nous assurons-nous que cette information est communiquée d'une façon ou d'une autre afin que ces personnes obtiennent les services dont elles ont besoin en tant que vétérans?

Bgén Hugh MacKay: Chaque personne qui est libérée obtient maintenant une copie de son dossier médical afin qu'elle puisse l'apporter lorsqu'elle rencontrera son prochain fournisseur de soins de santé. Nous travaillons maintenant en très étroite collaboration avec Anciens Combattants, de façon à ce que, si la personne devient un client d'Anciens Combattants, l'information sera aussi transmise au ministère.

M. Randall Garrison: Merci beaucoup.

Le président: Merci.

Monsieur Robillard, la parole est à vous.

[Français]

M. Yves Robillard (Marc-Aurèle-Fortin, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je vous souhaite la bienvenue, monsieur MacKay, et je vous remercie de votre témoignage.

Je vais vous adresser mes questions en français.

Au cours des derniers mois et des dernières années, il a abondamment été question de la difficulté, chez d'anciens membres des Forces armées canadiennes, d'effectuer une transition sereine et efficace de la vie militaire à la vie civile. Or, force est de constater, à la lumière des cas de suicide récents parmi les nouveaux membres des Forces armées, que la transition de la vie civile à la vie militaire pose aussi des défis importants pour nos jeunes recrues.

Pouvez-vous me dire si une réflexion a été entamée au sujet la transition des gens de la vie civile à la vie militaire? Le cas échéant, pouvez-vous me préciser quels sont les éléments que vous explorez en ce moment? Selon vous, quelles sont les pistes de solutions que nous pourrions envisager pour mieux prévenir les cas de suicide chez nos recrues?

Bgén Hugh MacKay: Je vous remercie de ces questions. C'est plus facile pour moi d'y répondre en anglais. Je m'excuse.

M. Yves Robillard: Il n'y a pas de problème.

[Traduction]

Bgén Hugh MacKay: C'est une bonne question. C'est toute une transition lorsqu'on passe de la vie civile à la vie militaire.

L'une des choses que nous avons intégrées dans la formation des recrues — vers la deuxième semaine, je crois —, c'est l'ajout d'un programme appelé En route vers la préparation mentale. En plus de leur apprendre la culture militaire dans le cadre de l'instruction de base, nous fournissons aussi aux recrues des connaissances au sujet de la maladie mentale et des stratégies de gestion du stress.

Nous croyons que nous commençons à avoir un certain succès grâce à l'introduction de ce programme dans les écoles des recrues, dans la mesure où nous semblons noter une légère augmentation des taux de réussite des recrues qui étudient à l'école. Nous les sensibilisons au sujet de leur propre réaction à différentes choses et les aidons à comprendre où ils peuvent se trouver sur ce que nous appelons le continuum de la santé mentale. Nous avons établi un code de couleurs, ce qui fait en sorte que, lorsqu'ils atteignent différentes étapes, ils peuvent se rendre compte que l'heure est peut-être venue pour eux d'aller obtenir un peu de soutien pour gérer le

stress auquel ils peuvent être confrontés ou les symptômes qu'ils affichent.

• (1605)

[Français]

M. Yves Robillard: Nous savons que les funérailles d'anciens membres des Forces armées canadiennes sont remboursées en entier, mais à certaines conditions, par le Fonds du Souvenir. Nous savons de plus que l'appareil militaire cherche à rectifier les omissions de remise de médailles et d'autres délais dans les cas de décès par suicide.

Qu'en est-il des décès par suicide des membres des Forces qui n'ont pas été déployés? Sans tomber dans des cas spécifiques, qu'en est-il chez les recrues des Forces à ce sujet?

[Traduction]

Bgén Hugh MacKay: En tant que médecin général, je ne m'occupe pas des questions liées aux funérailles, aux honneurs et aux prix. Je sais que les responsables envisagent de revoir la situation de ceux qui se sont suicidés. Nous sommes confrontés à un problème extrêmement épineux. En raison des nombreux facteurs entraînant le suicide, on peut difficilement dire, lorsqu'une personne s'enlève la vie, quels sont les facteurs qui ont vraiment contribué à la décision. Malheureusement, nous devons apprendre énormément de choses au sujet du suicide afin de comprendre ce qui pousse les gens à agir de la sorte.

[Français]

M. Yves Robillard: Comme cela est mentionné dans la lettre de mandat du ministre des Anciens Combattants, notre gouvernement a promis de rétablir les pensions à vie à titre d'option pour nos vétérans blessés. Cette promesse a été réitérée par le premier ministre lors de sa tournée pancanadienne, en janvier.

À ce jour, où en est la mise en oeuvre de cette politique? Faites-vous face à des obstacles à cet égard?

[Traduction]

Bgén Hugh MacKay: Encore une fois, il s'agit d'une question qui concerne Anciens Combattants, alors je ne suis pas vraiment en position de commenter. Je ne participe pas aux efforts visant à créer la politique.

[Français]

M. Yves Robillard: Ma dernière question est la suivante.

Que pensez-vous de la première recommandation de l'enquête de l'ombudsman sur les cadets, qui stipulait ce qui suit:

[...] que, dans l'éventualité qu'un cadet soit malade ou se blesse en raison d'une activité approuvée pour les cadets, le ministère de la Défense nationale et les Forces armées canadiennes doivent s'assurer que le cadet soit indemnisé et qu'une aide lui soit fournie d'une manière qui soit à la hauteur des indemnités et du soutien que reçoivent les membres des Forces armées.

[Traduction]

Bgén Hugh MacKay: Encore une fois, mon mandat consiste à fournir des soins de santé aux blessés et aux malades. Nous fournissons des soins de santé aux élèves-officiers qui tombent malades ou se blessent durant les camps. Nous continuons aussi à fournir des soins de santé jusqu'à ce que d'autres programmes soient mis en place. Ils ont accès à un programme d'assurance afin qu'ils puissent continuer à obtenir des soins de santé liés à leur maladie ou à leur blessure. Nous fournissons les soins et nous assurons que la transition vers les professionnels de la santé civils se passe bien.

M. Yves Robillard: Merci.

Le président: Merci.

Nous allons passer à une série de questions de cinq minutes.

Monsieur Spengemann, la parole est à vous.

M. Sven Spengemann (Mississauga—Lakeshore, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci beaucoup, général MacKay et colonel Downes. Merci de votre service. Merci aussi d'être là et merci de l'important travail que vous faites.

Je veux revenir sur un enjeu que vous avez mentionné rapidement dans votre mémoire, et c'est nos réserves.

Le Comité a entendu le témoignage d'autres témoins sur la situation de nos réserves. M. Robillard vient de formuler un commentaire sur les difficultés auxquelles les personnes sont confrontées lorsqu'elles passent de la vie civile à la vie militaire. Pour les réservistes, ce peut être encore plus difficile d'avoir à le faire à répétition, surtout les réservistes qui participent à des opérations de combat à l'étranger. Un pourcentage important des personnes qui ont combattu en Afghanistan étaient — c'est ce qu'on m'a dit — des réservistes.

Y a-t-il des considérations spéciales, des facteurs spéciaux, qui concernent les réservistes sur le plan de la santé mentale? Quel est le risque de suicide? Est-ce que la transition continue ou répétée à la vie civile est un facteur positif ou est-ce que cela représente un défi supplémentaire assorti de ses propres complexités?

• (1610)

Col Andrew Downes: Voulez-vous que je réponde à cette question?

Bgén Hugh MacKay: Bien sûr, allez-y.

Col Andrew Downes: Il est intéressant d'examiner la situation des réservistes. De nombreuses façons, les choses sont plus faciles pour les réservistes, parce qu'ils retournent dans les collectivités où ils ont des réseaux de soutien bien établis, où ils ont déjà des arrangements en matière de soins de santé et où leurs familles sont déjà bien intégrées. Les membres de la Force régulière peuvent revenir d'un déploiement et être envoyés dans un autre emplacement; ils sont donc confrontés aux bouleversements associés à un déménagement.

Nous savons à la lumière de notre sondage sur la santé mentale que, de nombreuses façons, les réservistes ont des préoccupations en matière de santé mentale très similaires à celles des membres de la Force régulière. Nous offrons aux réservistes des programmes et des services liés aux maladies et aux blessures associées au service militaire. S'ils sont blessés physiquement ou psychologiquement, nous leur fournissons les soins que nous pouvons, mais il ne faut pas oublier que certains réservistes vivent dans des collectivités où nous n'avons ni base ni clinique.

Les réservistes ont aussi droit... puisqu'ils ont des cartes santé, leurs principaux besoins en matière de santé sont comblés par les systèmes de soins de santé provinciaux. D'une certaine façon, ils ont plus de choix et de possibilités qui s'offrent à eux. Nous pouvons assurément leur fournir des soins et compléter les soins dont ils bénéficient en cas de besoin s'ils n'arrivent pas à les obtenir grâce à leur système habituel.

M. Sven Spengemann: C'est très utile. Merci, monsieur le colonel.

Je cède le reste de mon temps à Mme Romanado, monsieur le président.

Mme Sherry Romanado (Longueuil—Charles-LeMoine, Lib.): Merci.

Merci à vous deux de votre service. Je suis très heureuse d'être de retour à la table.

J'aimerais parler un peu de la formation sur les premiers soins en santé mentale qui est fournie, souvent par l'intermédiaire des centres de service aux familles des militaires. Souvent, les membres en service qui ont des difficultés craignent d'en parler, surtout lorsqu'il est question de santé mentale, par crainte de la stigmatisation, des problèmes liés à l'universalité du service et ainsi de suite.

Que faites-vous pour travailler en étroite collaboration avec les familles qui voient leurs êtres chers avoir des difficultés à la maison, s'automédiquer dans leur sous-sol et ce genre de choses? Que faites-vous pour vous assurer que les familles ont les outils nécessaires pour pouvoir reconnaître lorsque nos militaires ont besoin d'aide, qu'elles peuvent les aider durant leur traitement et les aider à obtenir l'aide dont ils ont besoin?

Bgén Hugh MacKay: Ce n'est pas nous qui faisons le gros de ce travail, mais nous travaillons avec les centres de ressources pour les familles des militaires pour les aider à comprendre la vie des militaires et ce qu'ils peuvent s'attendre à voir.

L'autre chose que nous faisons, c'est que nous demandons aux patients de nous laisser parler aux membres de leur famille dont ils s'occupent, et nous considérons que c'est important de le faire. Malheureusement, puisqu'il y a des règlements sur la protection des renseignements personnels, si des militaires n'acceptent pas que les membres de leur famille participent au traitement, nous pouvons difficilement communiquer directement avec les membres de leur famille. Assurément, nous sommes toujours ouverts à ce que des membres de la famille viennent nous voir pour parler de ce qu'ils ont constaté, afin que nous puissions utiliser ces informations lorsque nous prenons des décisions au sujet des soins cliniques offerts à leurs êtres chers.

Col Andrew Downes: Si vous me permettez d'ajouter quelque chose, notre programme En route vers la préparation mentale inclut un module pour les membres de la famille qui leur permet d'obtenir une formation similaire et d'apprendre la même terminologie liée aux soins de santé mentale que celle que nous fournissons aux militaires.

Mme Sherry Romanado: En fait, mes collègues en ont déjà parlé.

Mon fils a perdu deux camarades de classe au CMR l'année dernière. Avez-vous des statistiques permettant de savoir à quel moment, durant leur service, les membres sont le plus susceptibles de s'enlever la vie? On constate des suicides au début de la période de service, lorsque les militaires font la transition de la vie civile à la vie militaire. Nous constatons des suicides après des combats, d'après ce que vous dites. Les militaires se suicident-ils aussi après être tombés malades, après qu'on leur a diagnostiqué une maladie ou après s'être blessés? À quel moment de leur carrière est-ce que cela se produit? Est-ce directement en théâtre d'opérations? Est-ce un peu partout? Nous ne savons pas exactement quand cela se produit durant leur carrière, ce qui nous permettrait de cerner certains des facteurs de stress potentiels ou d'apporter des rajustements et de nous assurer que les mesures de soutien sont bien en place. Avez-vous cette information?

Bgén Hugh MacKay: Ce que nous avons pu tirer de nos examens médicaux professionnels et techniques sur les suicides, c'est que les suicides n'ont pas lieu à un moment précis de la carrière. Nous avons constaté que les suicides peuvent se produire un peu plus durant la carrière des militaires.

•(1615)

Le président: Je nous laisserais revenir là-dessus, parce que le temps est écoulé.

Je vais céder la parole à M. Paul-Hus.

Allez-y, monsieur Paul-Hus.

[Français]

M. Pierre Paul-Hus (Charlesbourg—Haute-Saint-Charles, PCC): Merci, monsieur le président.

Je remercie le brigadier-général et le colonel de leurs propos.

J'aimerais revenir aux causes premières du suicide. Dans votre présentation, vous avez parlé de différentes causes. Vous avez dit qu'une rupture amoureuse en est la cause première.

Pour avoir vécu deux déploiements opérationnels, je sais qu'on se demandait parfois qui serait la première personne à être abandonnée par sa conjointe ou son conjoint. De 50 à 60 % des membres du bataillon subissaient une rupture durant la mission. La pression est énorme lorsqu'on est en mission en raison de ces questions de relations de couples.

On peut penser que le déploiement donne lieu à des stress post-traumatiques liés au combat, mais est-ce que la pression provenant de la vie personnelle peut aussi avoir un effet dévastateur sur les militaires qui sont déployés?

Est-ce que les centres de la famille dans les différentes bases militaires peuvent vraiment apporter une aide efficace pour prévenir des suicides en aidant des conjointes et des conjoints, afin d'empêcher les ruptures ou d'aider à empêcher des situations de rupture?

[Traduction]

Bgén Hugh MacKay: Un des résultats des rapports que nous avons produits, c'est un projet au sein des Forces armées canadiennes sur le cheminement des militaires. Dans le cadre de ce projet, nous tentons de déterminer de quelle façon nous pouvons composer avec tout ce que nous considérons comme de possibles éléments déclencheurs. Nous croyons vraiment que, si nous interagissons rapidement avec les partenaires, nous pouvons les aider à éliminer les problèmes qui créent du stress au sein de la relation, aider les couples à rester unis ou les aider à trouver une façon de le faire qui sera moins stressante ou qui, sinon, ne poussera pas l'un des deux à poser certains gestes comme se suicider.

[Français]

M. Pierre Paul-Hus: Comme médecin-chef des Forces canadiennes, êtes-vous en relation avec les centres de la famille ou ces organismes sont-ils complètement indépendants? Je ne parle pas de votre chaîne de commandement. Est-ce que vous intervenez directement auprès des centres de la famille?

[Traduction]

Bgén Hugh MacKay: Les centres de ressources pour les familles militaires sont des entités indépendantes, mais ils relèvent de ma commandante, la lieutenant-générale Whitecross, commandante du Commandement du personnel militaire, et ils relèvent d'un de mes collègues, le commandant Sean Cantelon. Nous nous réunissons chaque semaine. Nous parlons de ce qui se passe dans les centres et nous pouvons travailler en collaboration et unir nos efforts.

Un des meilleurs exemples concerne le programme de prévention de la violence familiale. Nous bénéficions d'une relation de travail très étroite avec les centres dans le dossier de la violence familiale.

[Français]

M. Pierre Paul-Hus: Merci.

Ma deuxième question s'adresse à vous, monsieur MacKay, en tant que médecin-chef des Forces canadiennes.

Sachant qu'il y a certains problèmes de consommation de drogues au sein des Forces canadiennes — c'est un problème de gestion en ce qui a trait à différents cas —, quelle est votre opinion par rapport à la légalisation de la marijuana?

[Traduction]

Comment voyez-vous cela?

Bgén Hugh MacKay: Nous avons réalisé certaines études — pas nous, du côté médical, mais du côté de la chaîne de commandement — pour examiner la consommation de marijuana au sein des Forces armées canadiennes. Cette drogue est utilisée comme médication récréative, mais c'est seulement un petit pourcentage des militaires qui consomme de la marijuana à des fins récréatives.

Si vous me demandez mon avis sur le rôle de la marijuana en tant que médicament, actuellement, je ne crois pas qu'il y ait suffisamment de données probantes cliniques pour soutenir la consommation de marijuana pour traiter la plupart des types de maladies que nous traitons au sein de la population militaire. Nous ne prescrivons pas de marijuana comme traitement. Nous cherchons des méthodes de traitement de rechange.

[Français]

M. Pierre Paul-Hus: Pour ce qui est d'une éventuelle légalisation qui permettrait aux militaires et aux troupes d'obtenir de la marijuana, voyez-vous cela d'un bon oeil ou croyez-vous plutôt que ce ne serait vraiment pas approprié?

[Traduction]

Bgén Hugh MacKay: Encore une fois, ce n'est pas à moi de répondre à cette question. Ce serait au chef d'état-major de la Défense et à la chaîne de commandement, étant donné qu'en réalité, c'est la chaîne de commandement qui devra faire face à la situation. Je crois qu'il faut faire très attention quand il s'agit de la consommation d'une substance, quelle qu'elle soit.

•(1620)

[Français]

M. Pierre Paul-Hus: Merci.

[Traduction]

Le président: Monsieur Fisher, vous avez la parole.

M. Darren Fisher (Dartmouth—Cole Harbour, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président, et merci, messieurs, d'être venus ici aujourd'hui pour partager avec nous votre expertise.

J'aimerais parler encore un petit peu de la méfloquine. Mme Gallant a posé quelques-unes des questions que je voulais poser.

Vous avez dit que sa consommation avait diminué. Pourriez-vous dire dans quelle mesure? Est-ce que la consommation a diminué légèrement ou énormément?

Bgén Hugh MacKay: Oui, la consommation a beaucoup diminué. En 2003, le médicament appelé Malarone a été homologué. À compter de 2003, nous avons commencé à voir diminuer la consommation de méfloquine. Jusque-là, c'était la méfloquine qui était prescrite contre la malaria, dans 85 % environ des cas, et elle l'est aujourd'hui dans moins de 5 % des cas. Malarone, qui était prescrit dans 5 à 10 % des cas, à l'époque, est maintenant prescrit dans 80 à 85 % des cas, contre la malaria.

M. Darren Fisher: Merci.

Est-ce que les soldats savent ce qu'ils consomment? Vous avez effleuré le sujet en répondant à deux ou trois autres questions. Est-ce qu'on leur explique très clairement quels sont les effets secondaires possibles, qu'ils prennent de la méfloquine ou un nouveau médicament? Est-ce qu'il en a toujours été ainsi ou est-ce que c'est nouveau, parce qu'ils ont vu ce que la méfloquine pouvait provoquer?

Bgén Hugh MacKay: Je ne sais plus à quelle date le processus a été officialisé, en fait. Toutefois, depuis de nombreuses années, maintenant, avant de donner à un soldat un médicament contre la malaria, si l'on doit prescrire ce médicament à un grand nombre de soldats, on peut les convoquer à une séance d'information sur chacun des médicaments contre la malaria, pour qu'ils en connaissent les effets secondaires possibles et aussi les contre-indications.

Ils doivent remplir un questionnaire qui aide le clinicien à déterminer s'il n'y aurait pas de contre-indications à la consommation de la méfloquine, et ils peuvent discuter avec le clinicien pour savoir quel est le meilleur médicament contre la malaria dans leur cas.

M. Darren Fisher: Vous êtes en train de faire une étude sur la méfloquine, n'est-ce pas? Avez-vous terminé?

Bgén Hugh MacKay: C'est exact.

M. Darren Fisher: Est-ce le rapport sera bientôt publié? Allez-vous suggérer d'interdire ce médicament?

Bgén Hugh MacKay: Je n'ai pas encore officiellement présenté ma recommandation de principe. Le rapport du groupe de travail est à l'heure actuelle en cours d'examen. Je crois que je pourrai formuler une recommandation de principe touchant notre recours aux médicaments contre la malaria avant la fin du mois du mars.

M. Darren Fisher: Le médicament utilisé à l'heure actuelle dans 85 % des cas, c'est celui qui s'appelle Malarone?

Bgén Hugh MacKay: Oui, c'est exact.

M. Darren Fisher: Prévoyez-vous des effets secondaires ultérieurs? Est-ce que ce médicament a été davantage testé que la méfloquine? Y a-t-il des signes précurseurs d'effets secondaires?

Je suis à peu près certain qu'il est impossible de fabriquer un médicament qui n'aura absolument aucun effet secondaire et qui permet aussi de traiter la malaria.

Bgén Hugh MacKay: À ma connaissance, tous les médicaments présentent un potentiel d'effets secondaires. Prenez les trois médicaments contre la malaria disponibles aujourd'hui; vous verrez que chacun est associé à une longue liste d'effets néfastes potentiels. Ils ont tous les trois passé par le processus d'homologation de Santé Canada et ils respectent les exigences réglementaires touchant l'innocuité et l'efficacité, et peuvent donc être donc vendus au Canada.

M. Darren Fisher: Merci. Je sais que la méfloquine est commode, parce qu'il suffit de prendre une pilule une fois par semaine plutôt que tous les jours. Est-ce que le coût a été un facteur,

lorsque les FC ont choisi la méfloquine ou qu'elles ont recommandé à leurs soldats de prendre ce médicament?

Bgén Hugh MacKay: Le coût est...

M. Darren Fisher: La méfloquine est considérablement moins chère, n'est-ce pas? Je crois savoir qu'elle est beaucoup moins chère que certains des autres médicaments. Je ne sais pas si c'est...

Bgén Hugh MacKay: Malarone est le médicament le moins cher des trois. Je ne me souviens pas... La méfloquine est peut-être un petit peu plus chère que la doxycycline, par personne, mais le coût n'a jamais été un facteur, dans notre recommandation.

M. Darren Fisher: Merci.

Est-ce qu'il me reste du temps?

Le président: Il vous reste environ 30 secondes pour la question et la réponse.

M. Darren Fisher: Qui peut se présenter dans un centre de soutien pour trauma? Est-ce que ce sont les soldats en uniforme, les anciens combattants, les deux groupes?

Bgén Hugh MacKay: Vous parlez des centres de soutien pour trauma et stress opérationnels. Nous avons conclu un protocole d'entente avec Anciens Combattants Canada, selon lequel ces centres sont destinés aux membres des Forces canadiennes, mais nous pouvons accepter des anciens combattants dans nos...

●(1625)

M. Darren Fisher: Le faites-vous? Un soldat qui souffre d'un trouble de stress post-traumatique 10 ans après avoir quitté l'armée peut-il se présenter à ce centre?

Bgén Hugh MacKay: Oui, il le peut. Nous avons reçu des patients... Le protocole d'entente a été plus avantageux pour nous, puisque, si nous avons un problème d'ordre psychiatrique à Shilo, nous pouvions nous tourner vers la clinique pour traumatismes liés au stress opérationnel d'Anciens combattants, à Winnipeg, où nos soldats pouvaient obtenir de bons soins. C'est une entente de réciprocité que nous avons conclue avec Anciens Combattants.

M. Darren Fisher: J'ai bien hâte de recevoir en mars votre rapport sur la méfloquine.

Merci beaucoup. Merci, monsieur le président, de m'avoir laissé quelques secondes de plus.

Le président: C'est un plaisir.

C'est maintenant au tour de M. Bezan.

M. James Bezan (Selkirk—Interlake—Eastman, PCC): Merci, monsieur le président.

Nous venons d'assister à la fin de la voie ensoleillée.

Des députés: Ah, ah!

M. James Bezan: Général, colonel, merci d'être venus ici aujourd'hui.

J'aimerais revenir sur la question de M. Fisher touchant la méfloquine. Nous allons bientôt envoyer des soldats en Afrique, pour une mission de l'ONU. Les soldats vont-ils se faire donner des médicaments contre la malaria? Comment choisissons-nous quels médicaments nous allons leur donner contre la malaria?

Bgén Hugh MacKay: Quand nous envoyons des soldats en mission dans une région, nous vérifions si la malaria constitue une menace. Nous ne savons pas exactement où nous nous rendrons, et, lorsque nous le saurons, nous procéderons à une évaluation. Si la malaria représente un risque pour nos soldats, nous recommanderons des médicaments contre cette maladie. À l'heure actuelle, nous respectons les recommandations en vigueur, mais, comme je l'ai dit, je suis en train d'étudier un rapport, et il m'aidera à déterminer la recommandation de principe que je vais présenter.

M. James Bezan: Dans le passé, quand nous avons eu à prendre des mesures contre la malaria, est-il arrivé que l'on choisisse la méfloquine étant donné qu'elle était plus facile à prendre, c'est-à-dire une fois par semaine seulement, plutôt qu'une fois par jour, comme c'est le cas des autres médicaments? Se peut-il que la chaîne de commandement ait déjà ordonné de choisir la méfloquine? Se peut-il que les soldats, en réalité, n'aient pas eu le choix?

Bgén Hugh MacKay: À ma connaissance, aucun ordre n'a jamais été donné visant le choix des médicaments contre la malaria.

Je m'excuse; la première partie de votre question...?

M. James Bezan: Je voulais savoir si la chaîne de commandement a déjà pris une telle décision et si ce médicament était plus facile à prendre.

Bgén Hugh MacKay: Nous avons déjà considéré que la méfloquine présentait un avantage, puisqu'il suffit de prendre un comprimé par semaine; de plus, son profil d'effets secondaires était meilleur — avant que Malarone ne soit disponible — que celui de la doxycycline, qui entraînait des problèmes de sensibilité au soleil, les soldats souffrant d'importants coups de soleil lorsqu'ils en prenaient. Quand on comparait les profils des effets secondaires connus à l'époque, et la commodité...

Comme ce médicament ne doit être pris qu'une fois par semaine, il présente un facteur de protection de plus. Si vous ne pouvez pas prendre votre comprimé de doxycycline un jour et que vous êtes exposé à la malaria, vous pouvez attraper la malaria. Si vous ne pouvez pas prendre votre comprimé de méfloquine et que vous le prenez le jour suivant, mais que vous avez été piqué par un moustique infecté par la malaria le jour où vous n'avez pas pris votre comprimé, le risque que vous attrapiez la malaria est beaucoup plus faible, parce qu'il y a toujours de la méfloquine dans votre organisme, et vous êtes protégé. Le facteur de protection qui découle de cette prise une fois par semaine a fait partie des facteurs que nous avons pris en considération lorsque nous avons recommandé la méfloquine.

M. James Bezan: J'aimerais changer de sujet et revenir à la question de la santé mentale.

Le programme En route vers la préparation mentale sert vraiment beaucoup, et les Forces armées canadiennes sont un chef de file dans le domaine. Est-ce que le programme En route vers la préparation mentale est toujours donné à tous nos soldats, y compris ceux de la Marine ou des forces aériennes?

Vous avez également parlé de la continuation, du continuum des programmes. Y a-t-il un programme de suivi au programme En route vers la préparation mentale? À quelle fréquence vérifions-nous que les hommes et les femmes en uniforme continuent à faire leur autoévaluation, à évaluer leurs collègues et à surveiller l'état de santé mentale de leur brigade?

Bgén Hugh MacKay: Le colonel Downes serait peut-être mieux placé pour répondre à la question de savoir à quelle fréquence les

gens suivent la formation En route vers la préparation mentale à l'heure actuelle.

Col Andrew Downes: Bien sûr, je me ferai un plaisir d'y répondre.

En route vers la préparation mentale, en réalité, est une suite qui comprend quelque 36 programmes, je crois. Le premier module, comme l'a déjà dit le général MacKay, est offert dans le cadre de l'instruction de base. D'autres modules sont offerts à différentes étapes de la carrière, à mesure que les gens montent en grade. Il y a un module pour ceux qui partent en mission, il y a un pour ceux qui reviennent de mission; nous avons récemment ajouté des modules ciblant certains métiers. Nous avons par exemple élaboré un module En route vers la préparation mentale pour les techniciens en recherche et sauvetage et pour les membres de la police militaire. Nous y avons intégré les facteurs de stress particuliers, notamment, des choses qui sont propres à ces groupes.

Nous nous efforçons de donner cette formation aux soldats, tout au long de leur carrière. Nous continuons d'essayer de lui donner toujours davantage de portée et aussi de faire en sorte que les gens reviennent le plus souvent possible à cette formation.

• (1630)

M. James Bezan: D'accord.

Le président: Merci.

Monsieur Ellis, bienvenue au sein du comité de la défense. Vous avez la parole.

M. Neil Ellis (Baie de Quinte, Lib.): Quelqu'un vous a demandé si vous faisiez des comparaisons avec d'autres forces militaires; vous avez répondu par la négative. Je me suis posé une question, quand j'ai regardé les statistiques. Vous avez dit, je crois, que c'étaient le mariage et les dettes qui étaient, respectivement, le premier et le deuxième facteurs contributifs.

Avez-vous seulement cherché à savoir ce que font les autres pays pour atténuer ces facteurs de stress au moyen de programmes comparables? Vous dites, dans vos notes, que la principale cause, c'est le mariage. L'autre cause, c'est l'endettement, et je crois que la troisième avait trait aux médicaments d'ordonnance ou...

Bgén Hugh MacKay: Nous n'avons pas étudié cette question particulière sous l'angle des services de santé, mais je sais que les membres du Commandement du personnel militaire entretiennent des liens étroits avec d'autres armées et qu'ils examinent les programmes qu'ils ont mis en place pour tenter de maîtriser les facteurs de stress comme ceux qui sont associés à la vie militaire.

Col Andrew Downes: En 2009, notre groupe d'experts s'est précisément penché sur un programme de la force aérienne des États-Unis, l'un des rares programmes qui aient vraiment entraîné une réduction du nombre de suicides. Déjà, à ce moment-là, nous avions presque toutes les composantes de ce programme. Nous en avons intégré d'autres, nous avons fait d'autres choses, également, pour améliorer la qualité des mesures que nous offrons aujourd'hui aux gens.

M. Neil Ellis: D'accord.

Je vais revenir sur la question de la méfloquine.

Vous avez comparé devant le comité des anciens combattants et on vous a demandé, je crois, quel pourcentage de la population concernée serait susceptible d'éprouver des effets secondaires. Je crois, si je me souviens bien, que cette proportion était d'environ 2 %. Est-ce que ce chiffre comprend les personnes qui ne devraient pas prendre de ce médicament parce qu'elles subiraient des effets secondaires? Je ne sais pas si vous n'en aviez pas déjà parlé, dans votre témoignage.

Je dois me résoudre à vous poser la question, tout simplement, j'imagine. En ce qui concerne les effets secondaires, quel est le pourcentage...?

Bgén Hugh MacKay: Il y a différents types d'effets secondaires.

J'ai cité entre autres chiffres une donnée touchant les effets secondaires neuropsychiatriques graves et les effets secondaires neuropsychiatriques prolongés. Le chiffre que nous avons, pour ce qui est des personnes qui souffriront d'effets secondaires neuropsychiatriques graves, c'est entre 1 sur 10 000 et 1 sur 12 000.

Nous savons qu'un pourcentage plus important de gens vont subir des effets secondaires moins graves, des effets secondaires à court terme, par exemple, que ce médicament provoque certains rêves. Je ne me souviens pas du chiffre, à l'instant même, mais c'est beaucoup plus que 1 sur 10 000.

M. Neil Ellis: D'accord.

Une partie importante des facteurs de stress était liée à des questions juridiques et à l'endettement. Est-ce que nous offrons des services de counseling quelconques ou y a-t-il dans cette suite des programmes qui ciblent les hommes et les femmes servant dans l'armée ainsi que les membres de leur famille?

Bgén Hugh MacKay: Oui, il y a toujours eu un programme destiné aux membres qui ont des problèmes de nature financière; ils peuvent obtenir des conseils financiers par le truchement du programme de conseils financiers du Régime d'assurance-revenu militaire.

En ce qui concerne les problèmes de nature juridique, nous avons cerné quelque chose de très important. Si nous constatons qu'une personne éprouve de problèmes d'ordre juridique, elle est aiguillée vers sa chaîne de commandement, et la chaîne de commandement prend les choses en main, de façon que cette personne ne soit pas livrée à elle-même. Ensuite, bien sûr, elle peut demander l'aide des officiers désignés de son unité.

• (1635)

M. Neil Ellis: Je crois qu'il y a aussi une corrélation avec l'âge. Vous le voyez sur le graphique. Depuis votre suivi, j'ai vérifié les dates, et je crois que cela concerne davantage les plus jeunes membres de notre armée. Ils sont plus nombreux, dans cette catégorie d'âge-là.

Y a-t-il un programme de prévention ciblant particulièrement ce groupe d'âge? Si nous voulons nous attaquer à un problème qui est plus prévalent chez les jeunes de 21 ou de 22 ans, si je me souviens bien de vos notes, est-ce qu'il y a davantage de programmes qui s'adressent à eux plutôt qu'aux personnes dans la quarantaine?

Col Andrew Downes: Le suicide, dans le groupe des 15 à 34 ans, est la seconde cause de décès en importance chez les hommes au Canada. Nous parlons ici du groupe des jeunes militaires de sexe masculin. Le suicide est une cause très courante de décès.

Nous ne les ciblons pas particulièrement en fonction du groupe d'âge, mais, comme nous l'avons déjà expliqué, nous proposons des programmes d'éducation en santé mentale dès la deuxième semaine

de l'instruction de base. Nous avons un plan de communication et, chaque année, nous diffusons des messages par gazouillis et par courriel. Nous organisons de campagnes. Nous organisons chaque année une campagne sur la dépendance. Nous participons à l'initiative Bell Cause pour la cause. Nous participons à la Semaine de sensibilisation aux maladies mentales, à la Journée mondiale de prévention du suicide, et ainsi de suite.

Nous avons toutes sortes de choses à offrir, nous essayons de les communiquer à tous les membres de la Force canadienne, nous leur parlons de santé mentale, du problème de suicide, des soins qu'il faut demander, du traitement qu'il faut respecter.

M. Neil Ellis: Avez-vous mentionné les applications?

Col Andrew Downes: Merci, monsieur. Je n'avais pas mentionné les applications.

Nous travaillons sur une application pour le programme En route vers la préparation mentale, et nous espérons qu'il sera prêt pour un lancement au mois de mai. Nous espérons qu'il piquera la curiosité des plus jeunes membres des Forces canadiennes.

Le président: Vous n'avez plus de temps.

Je suis certain que nous pourrions faire un second tour de table. Je vais laisser M. Garrison poser la dernière question officielle.

Vous avez la parole.

M. Randall Garrison: Je vais passer mon tour, nous pourrions refaire un tour.

Le président: Voulez-vous laisser votre tour à M. Ellis? Il pourrait poursuivre pendant trois minutes.

M. Randall Garrison: Bien sûr. Il est nouveau.

M. Neil Ellis: Pour en revenir à votre application, je sais qu'il existe, dans certaines municipalités ou provinces, un service d'échange ou de récupération après un événement traumatique, et ce service est offert tant aux chauffeurs d'ambulance qu'aux pompiers. Ces programmes sont souvent, en fait, élaborés à l'échelle des municipalités ou des comtés.

Après une mission — pas nécessairement une mission, en fait, il pourrait s'agir d'un accident survenu à la base et d'une personne qui doit assurer le nettoyage, après les coups, qui voit cela —, est-ce que nous offrons des programmes de prévention de ce genre, est-ce que nous consacrons des ressources ou de l'argent ou quelque chose d'autre, par exemple un programme, un service qui permet de se remettre après de tels événements?

Je sais que de nombreux services d'incendie et d'ambulance font cela régulièrement. Avez-vous exploré cette possibilité, est-ce que ce processus existe déjà?

Col Andrew Downes: Nous en avons déjà un. Il s'appelle « Examen ponctuel de l'incident ». Après un incident potentiellement traumatique, la chaîne de commandement anime une discussion au sujet de l'événement, ce qui est pour les gens une occasion d'en parler, de recevoir de l'information sur les portes où frapper s'ils ont besoin de soins. C'est un processus officiel qui fait partie du programme En route vers la préparation mentale.

M. Neil Ellis: Est-ce un processus obligatoire?

Col Andrew Downes: C'est à la discrétion de la direction de l'organisation, c'est elle qui détermine si ce serait approprié. Pour certains incidents, il est tout à fait évident qu'il faut le faire, mais il se peut que, après certains autres incidents, la direction et les membres de l'unité aient l'impression que ce processus serait nécessaire. Toutefois, les gens sont toujours invités à demander de l'aide, parce qu'il se peut qu'ils aient été exposés à un incident traumatique à l'extérieur de leur lieu de travail.

La meilleure chose à faire, en réalité, c'est de laisser la porte ouverte et d'encourager les gens à demander de l'aide, peu importe leurs problèmes de santé mentale, car nous traitons tous les problèmes de santé mentale, pas seulement ceux qui sont liés au travail.

• (1640)

M. Neil Ellis: En terminant, quand cela se produit, à quoi les membres de la famille ont-ils accès, après? Si un membre se suicide, quel type de suivi en santé mentale est offert à tout le monde, aux hommes et aux femmes qui côtoyaient cette personne?

Col Andrew Downes: Nous appelons la « postvention ». C'est en quelque sorte un volet officiel des mesures que nous prenons lorsqu'il y a un suicide. Nous ne fournissons pas de soins de santé aux familles, bien sûr — elles doivent pour cela s'adresser à leurs propres fournisseurs de soins médicaux —, mais nous leur offrons quand même quelques programmes de soutien.

Notre Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes, notre équivalent du Programme d'aide aux employés, offre un service d'accompagnement en cas de deuil aux membres des familles qui ont perdu un être cher, peu importe la raison. Nous avons aussi le programme ESPOIR, Empathie, Soutien par les Pairs Offrant une Invitation au Réconfort, qui propose également des services d'accompagnement en cas de deuil. Nos aumôniers offrent aussi de tels services.

Nous avons mis en place toutes sortes de services pour aider les gens à faire leur deuil, en cas de suicide. Au sein de la communauté militaire, nous faisons attention aux membres des unités, à nos collègues et aussi aux fournisseurs de soins, car les fournisseurs de soins peuvent ressentir une grande culpabilité. Après un suicide, ils se demandent ce qu'ils auraient pu faire différemment.

Le président: Nous n'avons plus de temps, maintenant, pour cette première série de questions. Je vois que vous désirez poursuivre, alors je vais faire un autre tour de table, et vous pourrez poser des questions de cinq minutes.

Je vais laisser la parole d'abord à Mme Alleslev, députée libérale. Ce sera ensuite au tour de M. Bezan, puis M. Garrison voudrait lui aussi s'exprimer. Il devrait pouvoir poser la dernière des questions de cinq minutes, mais je vais réévaluer la situation; nous aurons peut-être encore du temps.

Madame Alleslev, vous avez la parole.

Mme Leona Alleslev: Merci.

J'ai lu dans le document que 28 % des incidents de suicide étaient associés à des procédures juridiques ou disciplinaires. Pourriez-vous nous donner quelques éclaircissements sur ce qui se fait, peut-être, pour combler l'écart ou pour établir des liens avec le système judiciaire? Est-ce que les intervenants de ce système sont sensibilisés aux questions de santé mentale et à la façon de présenter des problèmes de santé mentale en tant que défense? J'ai constaté qu'il n'y a aucune recommandation touchant une augmentation des communications avec le système judiciaire, sur ces sujets.

Bgén Hugh MacKay: Je ne crois pas que nous ayons vraiment communiqué avec les intervenants du système judiciaire, mais, toutefois, nous avons travaillé et nous continuons à travailler avec la police militaire relativement à la politique d'aiguillage, dont j'ai parlé plus tôt.

En général, l'incident, le stress dont nous sommes en train de parler ne résultent pas d'une comparution devant un tribunal. Ils résultent des accusations portées par la police militaire.

Mme Leona Alleslev: C'est aussi, parfois, le résultat d'un problème de santé mentale, et l'avocat qui défend la personne en question, pendant la procédure judiciaire, n'est pas nécessairement très au courant des aspects liés à la santé mentale qui auraient pu provoquer l'incident ou aboutir sur des accusations, par exemple d'absence sans permission. Une personne souffrant d'un trouble bipolaire ou de dépression, peu importe, peut s'absenter sans permission et être accusée pour s'être absentée sans permission; pourtant, cette personne a besoin d'aide, pour sa défense.

Quel lien existe entre les fournisseurs de soins en santé mentale et la structure militaire? Est-il possible de fournir des conseils à la défense?

Bgén Hugh MacKay: Je vois ce que vous voulez dire. D'accord.

Nous pouvons conseiller, et nous le faisons, les officiers désignés et les officiers du bureau du JAG qui doivent examiner le dossier de membres de l'armée accusés. Il arrive souvent, cependant, que les éléments déclencheurs dont nous parlons ici soient liés au système juridique civil, et nous n'avons pas une grande influence sur ce système, même si notre police militaire travaille en étroite collaboration avec les services de police civils qu'ils puissent pour nous aider, pendant le transfert, notamment à comprendre ce qui se passe.

Andrew, est-ce que vous aviez...

Col Andrew Downes: J'aimerais tout simplement ajouter que, l'an dernier, nous avons offert le programme En route vers la préparation mentale à la police militaire, comme je l'ai déjà mentionné. Une bonne partie du programme visait la façon de traiter avec les personnes ayant des troubles de santé mentale et de les amener à respecter la loi et l'ordre lorsqu'elles vivent une crise.

Je ne crois pas qu'il existe un programme similaire dans les autres services de police du Canada, et j'ai l'impression que nous faisons oeuvre de pionniers, dans ce domaine, car nous reconnaissons que c'est un enjeu important.

Mme Leona Alleslev: C'est brillant. Merci.

J'aimerais laisser le temps qu'il me reste à M. Rioux.

[Français]

M. Jean Rioux (Saint-Jean, Lib.): Merci.

Plus tôt, nous avons parlé du passage de la vie civile à la vie militaire. Je m'intéresse surtout aux recrues et aux gens qui s'inscrivent au collège militaire. Nous avons entendu parler de suicides et, souvent, nous entendons parler des cas qui sont les plus médiatisés. Avant que les gens soient admis en tant que recrues ou officiers, sont-ils soumis à des tests en vue de détecter leur état de santé mentale?

Monsieur MacKay, j'ai pour vous deux ou trois questions et je vous les poserai en rafale.

Une fois que les gens ont été admis, est-il possible de détecter des pensées suicidaires chez certains? Avez-vous un système qui permet de détecter qui sont ces personnes? Est-il possible que la formation soit trop exigeante et que cela ait des effets à cet égard? On a beaucoup parlé de statistiques au sujet des recrues et il semble que vous n'ayez pas de données à ce sujet. Serait-il possible d'avoir des statistiques plus précises touchant les recrues et les gens qui vont au collègue militaire et que vous soyez plus attentifs à cette partie de la population militaire?

• (1645)

[Traduction]

Bgén Hugh MacKay: Toutes les recrues et tous les membres du personnel du Collège militaire royal passent par le même processus de dépistage avant d'être acceptés. Ce processus nous aide à savoir s'ils ont des antécédents de troubles de santé mentale.

Si nous avons élaboré la formation En route vers la préparation mentale, c'est entre autres pour nous assurer que le personnel du Collège militaire royal et leurs collègues seront en mesure de reconnaître les symptômes d'une maladie mentale. Pour les services de santé, il est très difficile de voir les gens et de cerner leurs problèmes de santé mentale. Il faut que ce soit les gens qui viennent à nous et nous disent de quel problème ils souffrent, quels symptômes ils peuvent présenter, et c'est ainsi que nous pouvons savoir s'ils ont un problème de santé mentale.

En ce qui concerne les statistiques, le nombre de suicides parmi les recrues est très petit. Il serait très difficile, en se fondant sur les chiffres réunis au sujet de ces recrues, d'en tirer une quelconque conclusion statistiquement valable.

Col Andrew Downes: Le processus de dépistage n'est pas précis à 100 %. Il est fondé sur un questionnaire. Nous posons des questions, et les gens n'y répondent pas toujours avec une franchise absolue. Ils minimisent parfois certaines choses, par exemple.

Il y a autre chose; une personne peut se sentir bien une journée, mais, à la fin de la semaine, sa relation amoureuse est tendue, elle a fait des erreurs, toutes sortes de choses peuvent arriver. Une personne va bien un jour, et, quelques jours plus tard, ce n'est plus le cas.

Nous devons faire très attention, le processus de dépistage a ses limites. Nous l'utilisons, nous croyons qu'il est important, mais nous ne pouvons pas le voir comme notre seul mécanisme de défense. C'est pourquoi nous consacrons tellement de temps à l'éducation. Nous le faisons pour que les gens demandent de l'aide lorsqu'ils en ont besoin, parce que nous ne pouvons pas refaire tous les jours un processus de dépistage.

Le président: Je vais donner la parole à Mme Gallant.

Mme Cheryl Gallant: Merci.

En écoutant la discussion, je comprends que les problèmes de dettes sont un des problèmes qui causent le suicide ou qui peuvent être un facteur contributif. Je vois ici certaines personnes du comité des anciens combattants. Un des témoins était Dr Donald Passey, psychiatre. Il est la personne qui a écrit une lettre au groupe d'enquête sur la Somalie afin de proposer son témoignage pour informer l'équipe d'enquête, mais aussi les membres du gouvernement et le système médical des Forces canadiennes, des effets de la méfloquine et partager ses réflexions sur son rôle dans le comportement des membres du Régime aéroporté du Canada en Somalie jusqu'à la mort de Shidane Arone. Environ une semaine plus tard, l'enquête sur la Somalie a pris fin abruptement. On a déclenché une élection. On a démantelé le Régime aéroporté du Canada.

En tout cas, voilà les antécédents de M. Donald Passey; il a témoigné devant le Comité et affirmé que, en plus des problèmes de dettes, le rejet des demandes d'indemnités a des répercussions importantes et augmente le risque de suicide chez les anciens combattants.

Plus tôt, monsieur le président, en répondant à ma question sur le fait de savoir s'il y avait quelque chose ou non qui empêche les médecins d'utiliser des rapports de médecin pour trancher au sujet d'une pension, le médecin général a dit que les cliniciens n'attribuent pas une relation de cause à effet au service. L'ombudsman militaire a aussi relevé cela et a fait une recommandation en affirmant qu'il devrait déterminer si la libération de militaires pour des raisons médicales est imputable au service. Il a recommandé que les Forces armées canadiennes déterminent si la maladie ou la blessure d'un militaire a été causée ou aggravée par le service et que cette décision soit considérée comme une preuve suffisante par ACC pour étayer une demande de prestations pour que le militaire n'ait pas à tout faire en double, avec toutes les difficultés que cela entraîne.

Puisque tel est le cas, j'ai déposé, le 15 novembre, la motion suivante: que le gouvernement du Canada commence immédiatement à prendre les mesures nécessaires en vue de la mise en oeuvre intégrale de toutes les recommandations contenues dans les deux rapports de l'ombudsman de la Défense nationale et des Forces armées canadiennes présentés en septembre 2016; « que le gouvernement mette en oeuvre toutes ces recommandations comme la meilleure façon à l'avenir pour soutenir les membres et les vétérans des Forces armées canadiennes, particulièrement ceux en transition »; et que le Bureau de l'ombudsman présente tous les mois un rapport d'étape au Comité.

Il semble que tout le monde veut faire ce qui s'impose pour nos soldats et nos anciens combattants, alors comme nous parlons de ce sujet, j'aimerais demander au président de demander qu'on vote sur cette motion afin qu'on l'adopte et qu'on puisse aller de l'avant. Presque chaque semaine, nous apprenons aux actualités qu'il y a eu des suicides et des tentatives de suicide. Afin d'empêcher ces tragédies, adoptons cette motion maintenant pour que le gouvernement, le médecin général et ses cliniciens puissent faire leur travail... et les décisions peuvent aider les militaires avec leur situation financière, alors nous allons reprendre le débat sur la motion.

• (1650)

Le président: D'accord. Laissez-moi examiner très rapidement la motion que vous aviez initialement déposée.

Mme Leona Alleslev: Je crois que nous devrions ajourner le débat afin que nous puissions poursuivre nos travaux avec les témoins.

Mme Cheryl Gallant: Ça ne sera pas très long de juste...

Le président: Eh bien, la motion est dilatoire, alors je vais devoir la mettre aux voix.

Ceux qui sont en faveur de l'ajournement du débat sur la motion?

M. James Bezan: Peut-on procéder à un vote par appel nominal, s'il vous plaît?

Le président: Pas de problème.

M. Randall Garrison: Monsieur le président, j'imagine, avant que nous puissions voter sur la motion, que je dois la présenter clairement.

M. Darren Fisher: Oui. On ne nous a rien présenté.

M. Randall Garrison: Eh bien, la motion a déjà été présentée au Comité. Le député en a parlé.

Le président: On a déjà changé des parties par le passé.

Mme Cheryl Gallant: Non, il n'y a eu aucun changement.

Une voix: Il y en a eu une modifiée.

M. Randall Garrison: Avant que je puisse voter pour que nous terminions le débat et que nous retournions à la motion, je dois savoir sur quoi nous allons voter.

Le président: Voici la façon dont nous allons procéder. Je vais vous la lire, monsieur Garrison, alors vous saurez de quoi il retourne.

Il y avait une motion pour reprendre le débat, et il y avait une motion pour l'ajourner, alors c'est là où nous en sommes. On a demandé de procéder à un vote par appel nominal. Lorsque le greffier sera prêt, nous allons voter au sujet de l'ajournement du débat sur la question.

(La motion est adoptée par 5 voix contre 4.)

Le président: D'accord, nous allons débattre de cela plus tard. Essentiellement, nous allons ajourner le débat.

• (1655)

Mme Cheryl Gallant: Ça fait trois mois.

Le président: C'est le désir du Comité.

Il vous reste environ une minute. Si vous pouvez poser une question et obtenir une réponse en une minute, je serais heureux de vous donner la parole. Autrement, j'aimerais la donner à M. Garrison. À vous de décider.

Mme Cheryl Gallant: Je vais donner ma minute à M. Bezan.

Le président: D'accord. Allez-y rapidement, s'il vous plaît.

M. James Bezan: Merci, monsieur le président. Je serai très bref.

Nous avons parlé plus tôt des préjugés à l'égard de la santé mentale au sein des Forces armées canadiennes, et il y a, bien sûr, la culture. Si vous traversez une dépression ou éprouvez de l'anxiété, on dit souvent que vous êtes faible. La série de programmes « En route vers la préparation mentale » a-t-elle commencé à changer cette culture, particulièrement chez les cadres intermédiaires?

Bgén Hugh MacKay: Nous croyons que nous observons le changement de culture qui est nécessaire. Une partie des données probantes à cet égard que nous avons obtenues dans le cadre d'un récent sondage indiquent une volonté de nos membres de se manifester et de demander de l'aide, pas seulement aux intervenants du système de santé, mais aussi à leurs patrons et à leurs superviseurs. Je crois que, de 2002 à 2013, on a observé une augmentation importante de la volonté des membres de se manifester et de parler aux membres de leur famille, à leurs patrons, à leurs superviseurs et à des intervenants du système de santé concernant leurs problèmes de santé mentale. C'est un changement très positif.

Le président: Merci.

Allez-y, monsieur Garrison.

M. Randall Garrison: Merci beaucoup, monsieur le président.

Dans votre exposé, vous avez mentionné que le taux de suicide était demeuré relativement inchangé, et il y a eu ensuite un pic ou une augmentation du taux... je ne dirais pas qu'il s'agissait d'un pic. Est-ce que cela correspond à la fin de la mission en Afghanistan?

Bgén Hugh MacKay: Le début de l'augmentation du taux de suicide dans l'armée canadienne a commencé en 2006. C'est à ce moment que nous avons commencé à l'observer. Depuis la fin de la mission, nous constatons que le taux s'est de nouveau stabilisé.

M. Randall Garrison: Il s'est stabilisé.

Bgén Hugh MacKay: Oui.

M. Randall Garrison: Le taux a augmenté au cours de la mission. Je n'essaie pas de dire que c'est une cause, mais je le trouve particulièrement intéressant étant donné que j'étais en Afghanistan et travaillais pour un organisme international à cette époque. Je crois que d'autres organismes internationaux n'ont pas reconnu le problème. Encore une fois, je souligne le mérite de l'Armée canadienne: d'autres organismes ont aussi eu des suicides, mais ne les ont pas reconnus du tout. Il semble y avoir un lien entre cette opération et l'augmentation du taux.

Bgén Hugh MacKay: Si vous examinez également notre étude, ce qui n'était pas là auparavant, c'était un lien potentiel entre le risque de suicide et le déploiement. Bien que cela ne soit pas encore statistiquement significatif, c'est assez près d'une signification statistique pour que nous croyions que nous devons l'examiner. Je crois que ce déploiement commence maintenant à être un facteur de risque de suicide.

M. Randall Garrison: Ce sera donc ma question. Mène-t-on une enquête sur ce déploiement particulier? Je sais que vous avez dit que le déploiement est un facteur, mais enquête-t-on sur les circonstances de ce déploiement particulier et sur un lien avec le suicide?

Bgén Hugh MacKay: Nous n'avons pas ouvert une enquête particulière à cet égard. C'est certainement le plus grand déploiement que nous ayons eu qui y contribue.

Andrew, voudriez-vous commenter?

Col Andrew Downes: J'allais juste ajouter que ce n'est pas tant le déploiement qui compte; c'est ce qui se produit. Il y a beaucoup de gens qui sont allés en Afghanistan et qui n'ont pas été exposés à des traumatismes psychologiques importants, et il y en a d'autres, évidemment, qui l'ont été. Cependant, la majorité des personnes qui étaient en Afghanistan n'ont pas souffert de maladie mentale à la suite du déploiement.

Néanmoins, c'est vraiment l'exposition qui compte, pas le déploiement en tant que tel.

M. Randall Garrison: C'est ce qui explique peut-être le fait que vous avez parlé d'expériences négatives durant l'enfance. En d'autres mots, vous cherchez à souligner des choses qui ne seraient pas communiquées par toutes les personnes qui ont participé au déploiement qui pourraient être des causes sous-jacentes.

Bgén Hugh MacKay: Ce serait des choses qui pourraient contribuer au risque de présenter une maladie mentale, qui causerait des traumatismes subséquents.

M. Randall Garrison: Si vous pouvez établir ces types de corrélations, seriez-vous en mesure de mieux prédire qui éprouverait des problèmes et de leur apporter de l'aide plus tôt?

Col Andrew Downes: C'est cela, oui. Idéalement, il y aurait une analyse de sang ou quelque chose que nous pourrions faire afin de repérer les personnes qui présentent un risque élevé et ensuite savoir exactement comment nous allons gérer cela. Les problèmes de santé mentale, en général dans le monde, ne sont pas très bien compris en raison de leur nature complexe.

Dans l'avenir, nous espérons y arriver. Peut-être que des choses comme l'apprentissage machine seront utiles pour nous aider à relever certains des facteurs de risque que nous sommes actuellement incapables de décoder. Je crois que l'avenir est très prometteur dans ce domaine, mais pour l'instant, notre connaissance et notre compréhension de la maladie mentale et du suicide sont très limitées.

M. Randall Garrison: Je n'ai plus d'autres questions. Merci beaucoup.

• (1700)

M. James Bezan: Monsieur le président, pourrais-je partager mon temps avec M. Kitchen? J'ai une question.

Le président: Qui d'autre voudrait poser une autre question?

Allez-y, monsieur Bezan.

M. James Bezan: Oui, et je vais partager mon temps avec M. Kitchen.

M. Robert Kitchen (Souris—Moose Mountain, PCC): Merci, monsieur le président. Général et colonel, il est bon de vous revoir.

Je veux revenir à votre graphique dans lequel vous parlez de l'augmentation du taux de suicide et la baisse de l'utilisation de la méfloquine. C'est un beau graphique, mais la réalité est que vous posez en postulat que si on prend de la méfloquine, on va se suicider. Vous établissez une corrélation.

Lorsque nous parlons de maladie mentale et de la possibilité que la méfloquine soit toxique, la possibilité à long terme... Nous constatons en réalité l'augmentation, le pic de suicides, plus tard, et elle peut représenter une cause lorsque nous tenons compte de tous les autres facteurs, comme les problèmes de dettes, les relations familiales, etc.

Je ne vois pas les choses comme vous, soit que si un élément baisse et l'autre augmente, cela révèle qu'il ne s'agit pas d'un problème. D'un point de vue statistique ou d'un point de vue de recherche, vous êtes ici et dites cela... Existe-t-il une autre possibilité d'examiner le problème et de nous demander si nous pouvons y arriver, sinon, pouvons-nous l'éliminer?

Bgén Hugh MacKay: Comme je l'ai dit, c'est une analyse sommaire. La difficulté est que nous ne disposons pas des données probantes qui soutiennent l'autre côté, pour montrer que c'est ce qui cause les maladies neuropsychiatriques à long terme et le suicide, même de façon à ce que nous puissions effectuer une analyse et nous attendre à voir un effet de la méfloquine. Par conséquent, laisser entendre que nous devons attendre 5, 10 ou 20 ans pour observer un tel effet n'est pas quelque chose sur quoi je peux me prononcer parce que, d'abord, il n'existe pas de bonnes données scientifiques pour soutenir cette position.

M. Robert Kitchen: C'est vrai, mais, au départ, les réelles données scientifiques obtenues sur la méfloquine étaient médiocres parce que le médicament était donné initialement sans... Il faisait partie d'une expérience, et les procédures expérimentales n'ont pas été suivies lorsqu'on l'a envoyé initialement. La méfloquine n'était pas reconnue comme un médicament lorsqu'on l'a d'abord donnée à nos soldats. Ensuite, au fil du temps, les procédures qui étaient censées être suivies ne l'ont pas été, alors on ne peut pas effectuer une étude en bonne et due forme sur la méfloquine parce qu'on n'a pas suivi les protocoles. N'importe quel chercheur n'aurait jamais tenu compte de cette étude.

Bgén Hugh MacKay: La méfloquine, lorsqu'on l'a utilisée — j' imagine que vous parlez de la période de la Somalie — avait été homologuée et respectait les exigences en matière de sécurité et d'efficacité de nombreux organismes de réglementation dans de nombreux autres pays, et, en fait, elle a été homologuée au Canada peu de temps après le début du déploiement en Somalie, ce qui signifie qu'elle respectait les exigences en matière de sécurité et d'efficacité des autorités réglementaires canadiennes.

M. Robert Kitchen: Alors, monsieur, si nous avançons l'argument que d'autres pays l'ont utilisée et que leurs études étaient bonnes de sorte que, par conséquent, nous pourrions également l'utiliser, nous pourrions certainement aussi utiliser les études d'autres pays qui ne l'utilisent pas actuellement pour dire que nous ne devrions pas non plus l'administrer à nos soldats.

Bgén Hugh MacKay: Je n'ai pas connaissance d'études, à l'exception d'enquêtes, sur lesquelles on s'appuie pour ne pas utiliser ce médicament.

M. Robert Kitchen: L'Allemagne et les États-Unis ont cessé de l'utiliser au sein de leurs forces. Nous devrions tenir compte de cela ou du moins examiner ce fait et enquêter sur cette possibilité. N'êtes-vous pas de mon avis?

Bgén Hugh MacKay: Je participe au processus d'examen du rapport que j'ai reçu afin de faire une recommandation stratégique. Je dirai, cependant, que ni les États-Unis ni l'Allemagne ne m'ont dit les études qu'ils ont utilisées pour fonder leur décision stratégique. Je souhaiterais connaître ces études. Je communique effectivement avec ces organisations et j'ai discuté avec leurs représentants.

Le président: La dernière question s'adresse à M. Fisher.

M. Darren Fisher: Merci beaucoup, monsieur le président; et merci encore une fois, messieurs.

Je vais passer à un sujet un peu plus léger. Il porte sur certaines des choses que vous essayez de faire pour favoriser les réussites.

Vous avez parlé de services de télésanté mentale et de systèmes de réalité virtuelle. Je m'en suis souvenu lorsque vous avez parlé d'applications.

Pouvez-vous nous parler de vos services de télésanté mentale et de vos systèmes de réalité virtuelle?

• (1705)

Bgén Hugh MacKay: La télésanté mentale est un système que nous avons mis en place il y a deux ou trois ans. Elle permet aux cliniciens de fournir à distance des soins à des patients atteints de maladie mentale.

Nous avons toujours un autre fournisseur de soins de santé sur place avec le patient qui reçoit les soins au cas où le patient éprouverait certains problèmes dans le cadre de sa thérapie — parce que, parfois, ce type de thérapie d'exposition lui fait revivre certains des traumatismes qu'il a vécus et qui ont déclenché sa maladie —; nous avons donc toujours une personne avec lui sur place. Le système fournit une méthode de prestation de soins lorsque nous ne pouvons pas avoir un fournisseur de soins de santé mentale sur place avec le patient.

La télésanté mentale est appréciée par les patients. Les cliniciens ont eu un peu plus de difficulté à s'y habituer parce qu'ils sentent qu'ils doivent avoir un contact direct avec le patient, mais après l'avoir utilisée pendant un moment, ils y prennent plaisir.

Pour ce qui est de la réalité virtuelle, nous avons deux ou trois programmes différents que nous examinons. Nous avons un système modeste, un dispositif que l'on place sur la tête et qui aide à reproduire les types de choses auxquelles les personnes ont été exposées lorsqu'elles participaient à des opérations, mais nous utilisons aussi un système plus important; par ailleurs, nous collaborons avec les Néerlandais dans le cadre d'une étude pour trouver une façon différente d'utiliser la réalité virtuelle afin de traiter les patients souffrant du trouble de stress post-traumatique; l'étude commence à être prometteuse. Nous attendons avec impatience d'autres résultats.

M. Darren Fisher: Les deux programmes, y compris les applications, sont destinés aux militaires, non pas aux anciens combattants pour le moment. Examine-t-on également la possibilité d'utiliser la réalité virtuelle et la télésanté mentale avec les anciens combattants?

Je termine avec une dernière question: y a-t-il une composante de message texte à la télésanté mentale?

Col Andrew Downes: Juste pour être clair, la télésanté mentale est un lien entre les cliniques. Une personne se présente à une clinique sur une base, et on peut s'occuper d'elle...

M. Darren Fisher: Je croyais qu'il s'agissait d'un service de santé mentale axé sur le téléphone?

Col Andrew Downes: Non, ce n'est pas cela.

Concernant votre question sur la réalité virtuelle, je ne suis pas sûr si les cliniques pour les blessures liées au stress opérationnel du ministère des Anciens Combattants ont ou non ce système en place,

mais il n'existe aucune raison de croire qu'elles ne pourraient pas l'avoir. Je crois, en fait, qu'elles l'ont peut-être.

Nous communiquons régulièrement avec le personnel du ministère des Anciens Combattants et nous cherchons des possibilités d'effectuer une recherche conjointe avec lui. De fait, il aimerait certainement participer à notre étude effectuée à l'hôpital de réadaptation où nous avons un de ces systèmes de réalité virtuelle dont le général MacKay parlait.

M. Darren Fisher: Merci.

Me reste-t-il une minute?

Le président: Non, le temps est écoulé.

Messieurs, merci d'être venus nous parler de ce sujet très important et merci de votre service.

Je vais suspendre la séance publique, pour que nous puissions discuter des travaux du Comité à huis clos.

[La séance se poursuit à huis clos]

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>