



RAPPORT PROVISOIRE SUR LES BLESSURES DE STRESS OPÉRATIONNEL DES ANCIENS COMBATTANTS DU CANADA

**Comité sénatorial permanent
de la sécurité nationale et de la défense**

Sous-comité des anciens combattants

L'honorable Joseph A. Day
Président

L'honorable Carolyn Stewart Olsen
Vice-présidente

Juin 2015

Ce document est disponible en anglais

Ce rapport et les délibérations du Comité sont disponibles sur internet :

www.senate-senat.ca/veac.asp

Des exemplaires imprimés de ce document sont disponibles en contactant

La Direction des comités du Sénat au (613) 990-0088 ou par courriel :

veac@sen.parl.gc.ca

TABLE DES MATIÈRES

MEMBRES.....	iii
ORDRE DE RENVOI	v
I. INTRODUCTION.....	1
II. COMPRENDRE LES BLESSURES DE STRESS OPÉRATIONNEL	1
A. Les blessures de stress opérationnel (BSO)	1
B. Soins cliniques et soutien psychologique	4
C. Résilience et guérison	5
D. Recherche	6
III. PROGRAMMES ET SERVICES FÉDÉRAUX OFFERTS AUX MEMBRES ACTIFS ET AUX VÉTÉRANS DES FORCES ARMÉES CANADIENNES ET DE LA GRC SOUFFRANT D’UNE BSO.....	10
A. Forces armées canadiennes et ministère de la Défense nationale	10
1. Programmes et services en santé mentale	12
2. Initiatives visant à améliorer la résilience et la sensibilisation à la santé mentale.....	13
3. Soutien aux blessés	15
4. Soutien des pairs et de la famille	16
B. Gendarmerie royale du Canada	18
1. Programmes et services en matière de santé mentale	18
2. Coopération de la GRC avec les Forces armées canadiennes et Anciens Combattants Canada	20
C. Anciens Combattants Canada	21
1. Programmes et services en matière de santé mentale	21
IV. SUJETS DE PRÉOCCUPATION SELON LES TÉMOINS	24
A. La stigmatisation associée à la maladie mentale et aux BSO	25
B. Gestion des risques psychologiques	26
C. Coopération entre les FAC, le MDN, la GRC et ACC.....	27
D. Rejoindre les réservistes	30
E. Rejoindre les anciens combattants itinérants	31
F. Partager l’expertise en BSO	32
G. Recherche	33
H. Sensibilisation et éducation en matière de santé mentale	34
I. Soutien familial	35

V. CONCLUSION.....	36
ANNEXE 1 – TÉMOINS.....	37

MEMBRES

L'honorable Joseph A. Day, *président*

L'honorable Carolyn Stewart Olsen, *vice-président*

et

Les honorables sénateurs :

Daniel Lang

Grant Mitchell

Vernon White

Autres sénateurs ayant participé, de temps à autre, aux travaux du Comité :

Les honorables sénateurs Beyak, Campbell, Dallaire**, Enverga, Frum, Jaffer, Neufeld, Plett, Wallace et Wells

*(**Sénateur à la retraite)*

Employés:

Adam Thompson, greffier du Comité

Josée Thérien, greffière du Comité

Martin Auger, analyste, Bibliothèque du Parlement

Isabelle Lafontaine-Émond, analyste, Bibliothèque du Parlement

Maritza Jean-Pierre, adjointe administrative

Francine Pressault, agente de communications

Alida Rubwindi, agente de communications

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du mercredi 9 avril 2014 :

L'honorable sénateur Dallaire propose, appuyé par l'honorable sénateur Dawson,

Que le Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense soit autorisé à étudier, afin d'en faire rapport :

a) les répercussions médicales, sociales et opérationnelles des problèmes de santé mentale dont sont atteints des membres actifs et à la retraite des Forces canadiennes, y compris les blessures de stress opérationnel (BSO) comme l'état de stress post-traumatique;

b) les services et les avantages offerts aux membres des Forces armées canadiennes atteints de BSO ainsi qu'à leur famille;

Que le Comité fasse rapport au Sénat au plus tard le 31 décembre 2015, et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions pendant 90 jours après le dépôt de son rapport final.

Après débat,

Avec le consentement du Sénat et conformément à l'article 5-10(1) du Règlement, la motion est modifiée et se lit comme suit :

Que le Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense soit autorisé à étudier, afin d'en faire rapport :

a) les répercussions médicales, sociales et opérationnelles des problèmes de santé mentale dont sont atteints des membres actifs et à la retraite des Forces canadiennes, y compris les blessures de stress opérationnel (BSO) comme l'état de stress post-traumatique (ESPT);

b) les services et les avantages offerts aux membres des Forces armées canadiennes atteints de BSO ainsi qu'à leur famille;

c) les technologies, traitements et solutions, nouveaux et émergents, pour venir en aide aux membres des Forces armées canadiennes et aux anciens combattants canadiens qui souffrent de problèmes de santé mentale comme l'ESPT;

d) la manière dont ces technologies, traitements et solutions peuvent être intégrés aux avantages et services déjà offerts par les professionnels de la santé qui travaillent pour la Défense nationale et Anciens Combattants Canada;

Que le Comité fasse rapport au Sénat au plus tard le 31 décembre 2015, et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions pendant 90 jours après le dépôt de son rapport final.

Après débat,

La motion, telle que modifiée, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat

Gary W. O'Brien

Délégation au sous-comité :

Extrait du procès-verbal du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense du lundi 28 avril 2014:

Il est convenu que l'ordre de renvoi au sujet des problèmes de santé mentale dont sont atteints des membres actifs et à la retraite des Forces canadiennes, adopté au Sénat le mercredi 9 avril 2014, soit délégué au Sous-comité des anciens combattants.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

RAPPORT PROVISOIRE SUR LES BLESSURES DE STRESS OPÉRATIONNEL DES ANCIENS COMBATTANTS DU CANADA

I. INTRODUCTION

Au cours de la 2^e session de la 41^e législature, le Sous-comité sénatorial des anciens combattants du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense (dénommé ci-après le « sous-comité ») a entrepris une étude sur les blessures de stress opérationnel (BSO) des anciens combattants canadiens, notamment l'état de stress post-traumatique (ESPT). Cette étude a pour but d'évaluer les programmes et les services du secteur public et privé actuellement offerts aux membres actifs et aux anciens combattants des Forces armées canadiennes (FAC) ainsi qu'aux membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) souffrant d'une BSO, et d'étudier les nouvelles technologies et les nouveaux traitements visant à aider ces personnes à se remettre de leurs problèmes de santé mentale.

Le sous-comité a entrepris son étude en tentant de définir clairement les BSO et en cherchant à comprendre leur prévalence parmi les anciens combattants canadiens. Il s'est ensuite penché sur les divers programmes et services que le gouvernement fédéral offre aux membres actifs et aux anciens combattants des FAC ainsi qu'aux membres de la GRC souffrant d'une BSO. Entre février 2014 et mai 2015, le sous-comité a tenu treize rencontres sur le sujet.

Le présent rapport provisoire donne un aperçu de ce que le sous-comité a appris jusqu'à aujourd'hui (en date de la réunion du 13 mai 2015 inclusivement) dans le cadre de l'étude en cours et offre quelques réflexions préliminaires sur le sujet. Ce rapport est divisé en trois principales sections. La première consiste en un résumé de ce que le sous-comité a entendu au sujet des BSO et de leur prévalence parmi les anciens combattants canadiens. On y décrit les BSO, les traitements cliniques et le soutien psychosocial, la résilience et la guérison ainsi que les recherches effectuées dans le domaine. La deuxième section donne un aperçu des divers programmes et services qu'offrent les FAC et le ministère de la Défense nationale (MDN), la GRC et Anciens combattant Canada (ACC) aux membres actifs et aux anciens combattants des FAC et aux membres de la GRC souffrant de BSO. Enfin, la dernière section met en lumière des sujets de préoccupation que certains témoins ont identifiés jusqu'à maintenant dans le cadre de la présente étude.

Le sous-comité entend poursuivre son travail au cours de la prochaine législature et rédigera son rapport définitif par la suite.

II. COMPRENDRE LES BLESSURES DE STRESS OPÉRATIONNEL

A. Les blessures de stress opérationnel (BSO)

Selon le D^r Jitender Sareen, professeur de psychiatrie à l'Université du Manitoba, le terme BSO désigne « tout problème psychologique persistant découlant des fonctions opérationnelles liés au service des membres des Forces canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada. C'est un terme employé pour décrire une vaste gamme de troubles émotionnels, y compris [les troubles de]

l'anxiété, la dépression et l'état de stress post-traumatique [ESPT], qui perturbent la vie d'une personne¹. » Il s'agit de la même définition que celle utilisée officiellement par ACC².

Le terme BSO a été créé au Canada en 2001 par le lieutenant-colonel (à la retraite) Stéphane Grenier, qui a mis sur pied le Programme de soutien social aux blessés de stress opérationnel (SSBSO) afin que les « blessures mentales » soient reconnues au même titre que les blessures physiques et ainsi aider à combattre les préjugés associés aux problèmes de santé mentale³. Il importe de remarquer que le terme BSO ne constitue pas un diagnostic. Selon les FAC et le MDN, il renvoie plutôt à un « groupe de diagnostics qui sont liés à des blessures découlant des opérations⁴ ».

D'après le D^r Sareen, chaque année, environ le quart des membres des FAC et des anciens combattants est aux prises avec un problème de santé mentale. Ce taux se compare à celui de la population civile. « Environ un civil sur quatre éprouvera un problème de santé mentale », souligne-t-il. Les BSO ne représentent qu'une faible proportion des problèmes de santé mentale auxquels sont confrontés les militaires et les anciens combattants⁵. « Vous devez vous souvenir que ces problèmes sont courants et ne sont pas nécessairement liés à une BSO ou à un déploiement, explique-t-il, c'est probablement le quart de ce 25 p. 100 — un quart d'un quart — qui éprouve un problème de santé mentale lié à une BSO⁶. »

Les causes des BSO sont complexes. Le D^r Greg Passey, de la British Columbia Operational Stress Injury Clinic, a indiqué au sous-comité que les BSO, telles que l'ESPT, peuvent « se produire pratiquement au moment de l'événement lui-même ou plusieurs années plus tard ». Qui plus est, la « grande majorité » des militaires exposés au combat « probablement environ 85 p. 100 — ne vont pas être atteints par le TSO ou l'ESPT. Il ajoute qu'il arrive souvent qu'une personne ait été exposée à des traumatismes et qu'elle soit plus susceptible d'être atteinte par l'ESPT » ou une autre BSO⁷. Le D^r Sareen fait valoir que le traumatisme lié au stress opérationnel est rarement le seul facteur. Il y a habituellement d'autres agents stressants importants, comme « des pressions financières, une enfance difficile, des antécédents familiaux de problèmes de santé mentale, parfois des problèmes de consommation de drogues illicites, et bien sûr, la douleur chronique et des troubles de santé physique⁸ ».

Cela dit, le D^r Sareen fait remarquer que « les militaires déployés dans des endroits présentant d'importantes menaces, comme en Afghanistan [...] [2001-2014], sont beaucoup plus à risque de

¹ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 3 décembre 2014.

² Anciens combattants Canada (ACC), [Comprendre la santé mentale : Qu'est-ce qu'une blessure de stress opérationnel?](#)

³ Jean-Rodrigue Paré et Melissa Radford, [Questions d'actualité en santé mentale au Canada – La santé mentale au sein des Forces canadiennes et de la communauté des vétérans](#), En bref, publication n^o 2013-91-F, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, Ottawa, 1^{er} octobre 2013, p. 2.

⁴ Ministère de la Défense nationale (MDN), [Stratégie du médecin général en matière de santé mentale](#), Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, octobre 2013, p. 4.

⁵ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 3 décembre 2014 (Jitender Sareen).

⁶ *Ibid.*

⁷ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 4 juin 2014 (Greg Passey).

⁸ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 3 décembre 2014 (Jitender Sareen).

souffrir d'une BSO que ceux en mission dans des endroits moins dangereux⁹ ». Le colonel Andrew Downes, directeur en santé mentale des FAC, abonde dans le même sens et ajoute que parfois, « il arrive que le déploiement mette en lumière des symptômes que le patient offrait avant le déploiement¹⁰ ». Autrement dit, le fait d'être exposé au combat ou subir des traumatismes liés au stress opérationnel peut exacerber les symptômes déjà présents et constituer le facteur déclencheur de la BSO.

Le D^f Passey qualifie les militaires et les vétérans souffrant d'une BSO de « soldats oubliés », il s'agit des « soldats qui sont revenus de mission, qui ont survécu au combat et qui sont revenus dans leurs foyers porteurs de blessures physiques, de problèmes de santé mentale et qui ont fini par succomber à ces blessures, soit qu'ils se sont suicidés, soit parce que la maladie les a emportés ». Le D^f Passey explique qu'ils font rarement partie des statistiques officielles sur les blessés de guerre ou les opérations militaires, et qu'on leur rend peu hommage. « Pourtant, ils ont été victimes de leurs missions et de leurs fonctions¹¹. »

L'ESPT fait partie des BSO liées au service militaire les mieux connues. Selon le D^f Passey, les recherches révèlent que de 5 à 15 % des militaires qui reviennent de mission sont touchés par l'ESPT. Le problème avec cet état, explique-t-il, c'est que la partie supérieure du cerveau, qui est habituellement associée à la pensée logique, au comportement rationnel et au langage, « n'exerce plus aucun contrôle ». C'est plutôt la partie inférieure du cerveau, qui « a pour fonction de nous garder en vie, de lutter contre le danger ou de nous inciter à le fuir » (les émotions) qui prend le dessus. Le D^f Passey explique qu'il s'agit d'une « dichotomie entre les deux parties du cerveau et la nécessité de redonner le contrôle à la partie supérieure. L'important, ce n'est pas nécessairement l'événement traumatique qu'a vécu une personne, mais la perception qu'elle a de l'événement¹². »

Les BSO telles que l'ESPT sont dévastatrices. Comme le D^f Passey l'a indiqué au sous-comité, « 46 p. 100 des personnes qui souffrent d'ESPT pensent au suicide. [Jusqu'à] dix-neuf pour cent [...] font des tentatives. Les personnes atteintes de stress post-traumatique sont 90 fois plus à risque de souffrir de troubles physiques et elles font appel au système médical 37 fois plus que le grand public ou les membres de l'armée non atteints d'ESPT ». Il ajoute que « les relations dysfonctionnelles sont beaucoup plus fréquentes et [que] 15 p. 100 des relations conjugales sont menacées. Le taux de divorce est doublé chez les personnes atteintes d'ESPT et les divorces multiples sont trois fois plus fréquents que dans la population normale. L'ESPT est associé aux maladies cardiaques, à l'accroissement du risque de douleur chronique [...], aux troubles de l'alimentation, au syndrome du côlon irritable, à l'AVC, au cancer [...] et environ 80 p. 100 des personnes atteintes d'ESPT souffrent également d'autres troubles tels que la dépression, et cetera¹³. »

Le D^f Passey insiste sur le fait que l'ESPT n'est pas le propre du service militaire. Il est aussi répandu parmi les agents de police et autres premiers répondants. Il souligne d'ailleurs que le taux « d'ESPT et de suicide » est en fait plus élevé parmi « les premiers intervenants, les ambulanciers,

⁹ *Ibid.*

¹⁰ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (colonel Andrew Downes).

¹¹ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 4 juin 2014 (Greg Passey).

¹² *Ibid.*

¹³ *Ibid.*

les pompiers, les agents de police que chez les militaires. Il ajoute que les taux d'ESPT sont en fait plus élevés à la GRC que dans l'armée [canadienne]¹⁴. »

Qui plus est, l'ESPT n'est pas forcément lié à « l'exposition directe » à un événement traumatisant. Le D^r Passey explique qu'« une expérience répétée ou extrême exposant une personne aux détails bouleversants d'un événement traumatique » (par exemple les détails d'une atrocité, la violence envers un enfant ou un viol) peut également déclencher l'ESPT. Les médecins, le personnel infirmier, les psychiatres, les agents de police, les pompiers, etc., sont particulièrement vulnérables à ce que l'on appelle l'ESPT secondaire¹⁵.

B. Soins cliniques et soutien psychologique

Le traitement des BSO comporte deux principaux volets. Le premier comprend les soins cliniques, lesquels reposent largement sur la « thérapie cognitivo-comportementale, alliée à une médication ». Le soutien psychologique (soutien de la famille, des pairs, etc.) constitue le second volet. Comme l'explique Wayne Corneil, scientifique affilié à l'Institut de recherche sur la santé des populations de l'Université d'Ottawa, « le traitement clinique a ses limites [...] [c'est] le soutien psychosocial qui permet de faire le reste du chemin vers la réadaptation et la réintégration¹⁶ ».

M. Corneil a indiqué au sous-comité que l'ESPT et les autres BSO se manifestent toujours dans un contexte social. Il importe donc de se pencher sur l'aspect psychosocial, « pas seulement à l'exposition au traumatisme ou aux événements terrifiants que les victimes ont vécus, mais comment elles y ont réagi avec d'autres ou, dans certains cas, comment elles ont préféré s'isoler¹⁷ ».

Ce qui compte, c'est donc la « qualité du soutien » que reçoit la personne souffrant d'une BSO à la suite d'un événement traumatique. Selon le D^r Passey, la composante « soutien » est « aussi importante, voire plus importante que l'événement traumatique auquel on a été exposé. À cet égard, selon le degré de soutien [...] l'ESPT ne se développera pas ou sera moindre¹⁸. »

Selon ce qu'a appris le sous-comité, le soutien social constitue un élément essentiel du processus de rétablissement. Pour guérir leur BSO, les personnes qui en souffrent doivent non seulement pouvoir compter sur les fournisseurs de soins, mais également sur le soutien de leur famille et de leurs pairs. « Il est très important d'avoir une telle équipe », a souligné le D^r Sareen¹⁹. M. Corneil affirme qu'« un niveau élevé de soutien social est associé à une diminution de l'intensité de l'ESPT » et d'autres types de BSO et « une récupération plus robuste ». Par ailleurs, M. Corneil souligne que « les amis et ceux qui ne sont pas des anciens combattants sont moins importants [que la famille et les camarades anciens combattants] dans le processus de récupération²⁰ ».

Le soutien des pairs s'avère particulièrement bénéfique. En effet, selon certaines recherches, il est essentiel que les personnes souffrant d'une BSO restent en contact avec leurs collègues (par exemple, des militaires ou des camarades anciens combattants), c'est ce qui permet une « interaction

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 11 juin 2014 (Wayne Corneil).

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 4 juin 2014 (Greg Passey).

¹⁹ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 3 décembre 2014 (Jitender Sareen).

²⁰ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 11 juin 2014 (Wayne Corneil).

sociale » qui les aide à se soutenir les uns les autres grâce aux expériences qu'ils ont partagées. Le soutien des camarades est thérapeutique, affirme M. Corneil, « il réduit également les symptômes et [...] aide à récupérer et à guérir²¹ ».

Le sous-comité a porté attention au fait que les BSO n'affectent pas uniquement la personne qui en est atteinte, mais également sa famille (conjoint ou conjointe et enfants) ainsi que ses relations avec ses amis, ses collègues et les autres personnes de son entourage (réseau social). « Jusqu'à 50 p. 100 des conjoints disent frôler la dépression nerveuse » à force de devoir composer avec une personne chère souffrant d'une BSO. Il n'est pas rare que des membres de la famille soient confrontés à la dépression, au manque de sommeil, etc.; c'est ce que M. Corneil appelle le « fardeau de l'aidant ». Il précise que selon certaines recherches, « le fardeau du fournisseur de soins augmente en fonction de la gravité de l'ESPT du militaire actif ou ancien combattant²² ». Il est donc primordial de s'occuper de ces familles et de leur offrir tout le soutien dont elles ont besoin.

C. Résilience et guérison

Le sous-comité a demandé à quelques témoins ce qu'il faudrait faire, sur le plan de la prévention, pour limiter les contrecoups des BSO sur les militaires, les anciens combattants et les agents de police. Ni les FAC ni la GRC n'effectuent de dépistage en matière de maladie mentale, que ce soit à l'étape du recrutement ou à d'autres moments durant la carrière du militaire ou de l'agent²³, et aucun mécanisme ne permet de prédire comment une personne réagira à des incidents traumatisants avant qu'elle ne participe à une mission militaire ou policière. M. Corneil précise qu'« il n'existe aucun test décisif qui pourrait s'appliquer aux soldats²⁴ ».

Le D^r Passey ajoute toutefois que l'entraînement peut aider à accroître la résilience et à mettre au point des stratégies d'adaptation. Plus l'entraînement est réaliste, plus la personne sera résiliente lorsqu'elle sera exposée à des événements traumatisants²⁵. À titre d'exemple, M. Corneil souligne que la préparation et l'entraînement préalables au déploiement contribuent à développer la résilience, ce qu'il appelle « l'esprit de combat ». En outre, lorsque les militaires reviennent d'opérations, ils ont besoin de se détendre. Les armées envoient de plus en plus leurs troupes déployées dans des centres de « décompression dans un tiers lieu », où « il y a beaucoup de soutien entre pairs, une sorte de thérapie », avant que chacun ne retourne à la maison. Ce processus contribue à diminuer les troubles de santé mentale et s'avère efficace pour soulager les BSO²⁶.

D'autre part, le sous-comité est heureux d'apprendre qu'il est possible de se remettre d'une BSO. Comme le fait remarquer le D^r Sareen, « un pourcentage substantiel de gens, probablement 50 ou 60 p. 100 » s'en remettent « sans traitement psychologique ou psychiatrique » et au fil du

²¹ *Ibid.*

²² *Ibid.*

²³ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 6 mai 2015 (commissaire adjoint Daniel Dubeau, sous-commissaire Gilles Moreau, et Sylvie Châteauevert); Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (colonel Hugh Colin MacKay); Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 19 novembre 2014 (Ron Frey).

²⁴ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 11 juin 2014 (Wayne Corneil).

²⁵ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 4 juin 2014 (Greg Passey).

²⁶ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 11 juin 2014 (Wayne Corneil).

temps, ils « ne répondent plus aux critères relatifs au TSPT [ESPT] », ou à d'autres types de BSO. Il ajoute que « ce n'est pas tout le monde qui a besoin de recevoir un traitement ». Nombreux sont ceux qui guérissent spontanément grâce au soutien de leur famille et de leurs camarades²⁷.

Malheureusement, tous ne se remettent pas de leur BSO. Le D^r Sareen l'explique au moyen de la règle des tiers, employée en psychiatrie, selon laquelle le tiers des patients souffrant d'une BSO « s'améliorent considérablement, un tiers connaît un rétablissement modéré, a encore des symptômes, mais peut fonctionner adéquatement, et un tiers continue d'avoir des difficultés pendant longtemps²⁸ ».

Le D^r Sareen a précisé que « si les personnes éprouvent concurremment d'autres difficultés, les problèmes semblent plus susceptibles de perdurer²⁹ ». Il ajoute que les risques de souffrir des symptômes de la blessure augmentent « quand il y a comorbidité et que les personnes éprouvent plus d'un problème, comme la dépression, l'anxiété, les problèmes d'alcool et l'adversité pendant l'enfance³⁰ ». Par ailleurs, « des preuves scientifiques sérieuses démontrent que la cooccurrence de dépendances aux drogues et à l'alcool vient exacerber les troubles de l'humeur et les troubles anxieux ». Autrement dit, l'automédication au moyen de l'alcool ou d'autres drogues illicites peut contribuer à faire perdurer les symptômes de la BSO³¹. Le D^r Sareen ajoute que les BSO sont souvent liées à des problèmes de santé physique et qu'il importe de les traiter en même temps que la blessure. « Il faut remédier à la fois à la douleur et aux problèmes de santé physique et aux problèmes psychologiques. C'est généralement une entreprise complexe³². »

« Les personnes en difficulté ont souvent des problèmes de santé physique, des problèmes émotionnels, sont parfois aux prises avec des dépendances, éprouvent des difficultés financières et ont du mal à s'entendre avec leur famille », a résumé le D^r Sareen³³.

D. Recherche

La compréhension mondiale des BSO évolue sans cesse. Selon le lieutenant-général David Millar, chef du personnel militaire, ces blessures ne sont pas un phénomène nouveau. Il y a cent ans, au moment où la Première Guerre mondiale (1914-1918) faisait rage en Europe, on a inventé le terme « traumatisme dû au bombardement » pour décrire le stress lié au combat que vivaient les soldats sur le champ de bataille. Ce que l'on appelle aujourd'hui les BSO était peu connu à ce moment-là et on en parlait peu. Le lieutenant-général Millar explique que « nous n'avions pas à l'époque une bonne compréhension des répercussions sur la santé mentale, des traumatismes et des troubles de stress post-traumatique³⁴ ». Grâce aux recherches menées depuis, nous comprenons mieux les BSO et nous n'avons pas fini d'en apprendre sur le sujet.

C'est le cas de l'ESPT. Au Canada et aux États-Unis, on fonde habituellement le diagnostic d'ESPT sur des critères établis par l'American Psychiatric Association dans son *Manuel diagnostique et*

²⁷ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 3 décembre 2014 (Jitender Sareen).

²⁸ *Ibid.*

²⁹ *Ibid.*

³⁰ *Ibid.*

³¹ *Ibid.*

³² *Ibid.*

³³ *Ibid.*

³⁴ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e Session, 41^e législature, 4 février 2015 (lieutenant-général David Millar).

statistique des troubles mentaux (DSM). Jusqu'en 2013, au moment de la publication de la cinquième édition de cet ouvrage, l'ESPT faisait partie des troubles anxieux. Cette définition a depuis changé. Selon le DSM, l'ESPT fait maintenant partie des troubles consécutifs aux traumatismes et au stress. Le colonel Rakesh Jetly, conseiller en matière de santé mentale auprès des FAC, explique que « cela ressemble à de l'anxiété, mais il s'agit en réalité d'une maladie unique liée au traumatisme ». À son avis, nous comprendrons mieux l'ESPT au fur et à mesure que la recherche sur les BSO avancera. Considérer l'ESPT « sous l'angle du traumatisme changera la donne, souligne-t-il. Nous verrons l'évolution au fil de la discussion ou lorsque nous étudierons d'autres aspects. » Ainsi, les prochaines versions du DSM préciseront « considérablement les critères diagnostiques³⁵ ».

Il est clair pour le sous-comité qu'il reste encore beaucoup à apprendre sur les BSO telles que l'ESPT. Heureusement, au Canada, on entreprend de plus en plus de travaux de recherche sur ce type de blessure. Le secteur public et le secteur privé y participent et collaborent étroitement.

L'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans (ICRSMV) est le plus important consortium de recherche sur les BSO du secteur privé au Canada. Créé en novembre 2010 par l'Université Queen's et le Collège militaire royal du Canada à Kingston, en Ontario, dans le but de promouvoir le développement de nouvelles recherches sur la santé des militaires et des anciens combattants au Canada, le réseau de l'ICRSMV compte maintenant 37 universités canadiennes et des centaines d'universitaires et de chercheurs, d'un bout à l'autre du pays, y sont associés³⁶. L'ICRSMV se concentre principalement sur les recherches en santé physique, mentale et sociale, axées sur la prévention, les soins et la réadaptation. M^{me} Alice Aiken, directrice de l'ICRSMV, a fait savoir que « les recherches menées grâce à l'appui de l'institut se concentrent sur l'atteinte de résultats qui pourront rapidement se traduire par l'élaboration de traitements, de programmes et de politiques³⁷ ». Elle ajoute que partout dans le monde, on considère l'ICRSMV comme « la norme exemplaire pour les consortiums universitaires axés sur la santé des militaires et des anciens combattants³⁸ ». Des témoins ont indiqué au sous-comité que les FAC et ACC collaborent étroitement avec l'ICRSMV dans le domaine de la recherche³⁹. Le lieutenant-général Millar affirme que dans le cadre de ses travaux sur la santé mentale, l'ICRSMV « étudie de façon extrêmement minutieuse les causes de la maladie mentale, de la condition et du TSPT [l'ESPT], pas seulement du point de vue des militaires, mais aussi du point de vue des familles. Le champ de recherche est donc élargi ». Il ajoute que

³⁵ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (colonel Rakesh Jetly). Pour de plus amples renseignements sur les divers critères diagnostiques de la dernière édition du DSM (DSM-5), consultez l'American Psychiatric Association (APA), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5^e édition, Washington (D.C.), 2013; APA, « Fact Sheet: Posttraumatic Stress Disorder », 2013; États-Unis, département des Anciens combattants, « [National Center for PTSD: DSM-5 Criteria for PTSD](#) »; Jean-Rodrigue Paré, [Trouble de stress post-traumatique et santé mentale du personnel militaire et des vétérans](#), Étude générale, publication n^o 2011-97-F, Bibliothèque du Parlement, Ottawa, révisée le 3 septembre 2013, p. 2 et 3.

³⁶ Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans (ICRSMV), [Membres universitaires](#).

³⁷ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 12 février 2014 (Alice Aiken).

³⁸ *Ibid.*

³⁹ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (lieutenant-général David Millar); Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 29 octobre 2014 (lieutenant-colonel Alexandra Heber).

l'ICRSMV se charge de la majorité des activités de réflexion, de recherche et d'appui liées aux pratiques cliniques des FAC⁴⁰.

Dans le secteur public fédéral, les FAC et ACC participent activement à la conduite de recherche en santé mentale. Des témoins des deux organisations ont souligné leur volonté d'offrir aux membres des FAC et aux vétérans malades ou blessés des soins avant-gardistes fondés sur des données probantes. Ces soins doivent être étayés par des travaux de recherche sérieux⁴¹. L'importance de ceux-ci a récemment été démontrée lorsque le MDN a annoncé en décembre 2014 que les FAC créeront, en collaboration avec ACC, le Centre d'excellence en matière de santé mentale chez les militaires et les vétérans⁴². Le lieutenant-général Millar explique que ce centre « adoptera une approche tournée vers l'avenir en matière de recherche, d'éducation et de soins cliniques. Il mènera des recherches sur les aspects particuliers de la santé mentale chez les militaires et les vétérans et collaborera avec des experts scientifiques du domaine universitaire, des organismes gouvernementaux, des laboratoires privés, des consortiums de recherche, de même qu'avec l'OTAN et d'autres alliés afin de veiller à ce que les connaissances acquises dans le cadre de recherches cliniques de pointe se concrétisent rapidement dans l'application des soins cliniques⁴³. » Les FAC s'affairent présentement à mettre sur pied ce centre d'excellence qui devrait être opérationnel très bientôt⁴⁴.

On a par ailleurs signalé au sous-comité que les FAC et ACC ont mené, au cours des dernières années, quelques importants projets de recherche et enquêtes visant à mieux comprendre les conséquences des BSO sur les militaires et les vétérans. En effet, le colonel Hugh Colin MacKay, médecin-chef adjoint dans les FAC, a souligné « les nombreux travaux de recherche que [les FAC ont] effectués depuis un certain nombre d'années en vue d'améliorer [leur] compréhension des répercussions des opérations militaires sur la santé mentale des soldats qui y prennent part⁴⁵ ».

Selon ce qu'a appris le sous-comité, « l'étude la plus récente et sans doute la plus importante » jamais réalisée par les FAC est *l'Enquête sur la santé mentale dans les Forces armées canadiennes 2013* de Statistique Canada⁴⁶. Celle-ci révèle qu'un membre de la Force régulière sur six, parmi les 6 700 interrogés, a affirmé éprouver des symptômes liés à au moins l'un des six troubles de santé mentale ou problèmes liés à l'alcool qui avaient été ciblés, dont l'ESPT (5,3 %), des épisodes importants de dépression (8,0 %), des troubles généraux de l'anxiété (4,7 %), le trouble panique (3,4 %), l'alcoolisme ou la toxicomanie (4,5 %) ⁴⁷. Comme l'a fait remarquer le

⁴⁰ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (lieutenant-général David Millar).

⁴¹ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 13 mai 2015 (David Ross); Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (lieutenant-général David Millar).

⁴² MDN, [Les Forces armées canadiennes établissent un centre d'excellence et donne un nom à leur chaire de recherche en santé mentale chez les militaires](#), 11 décembre 2014.

⁴³ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (lieutenant-général David Millar).

⁴⁴ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (colonel Rakesh Jetly).

⁴⁵ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (colonel Hugh Colin MacKay).

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ MDN, [Enquête sur la santé mentale dans les Forces canadiennes 2013](#), 11 août 2014; Statistique Canada, [Enquête sur la santé mentale dans les Forces armées canadiennes 2013](#), 11 août 2014; MDN, [Enquête sur la santé mentale dans les Forces armées canadiennes 2013](#); Caryn Pearson, Mark Zamorski et

colonel MacKay, cette enquête a également montré que le nombre de cas d'ESPT était deux fois plus élevé en 2013 qu'il ne l'était en 2002, lorsque Statistique Canada avait mené sa dernière enquête sur la santé mentale au sein des FAC. Selon le colonel MacKay, cette situation est largement attribuable aux opérations militaires des FAC en Afghanistan⁴⁸.

La mission du Canada en Afghanistan (2001-2014) a constitué le plus important déploiement des FAC depuis la Seconde Guerre mondiale (1939-1945) et la première opération de combat d'envergure depuis la guerre de Corée (1950-1953). De 2001 à 2014, plus de 40 000 militaires canadiens ont été déployés en Afghanistan⁴⁹. Selon le MDN, 158 d'entre eux y ont perdu la vie et 2 179 autres ont subi des blessures physiques⁵⁰. Un certain nombre de militaires canadiens ont en outre été affecté par l'ESPT ou d'autres BSO à la suite de leur mission dans ce pays du Moyen-Orient. Récemment, les FAC ont publié un rapport d'incidence cumulative de l'ESPT et autres troubles mentaux indiquant que plus de 13 % des quelque 30 500 membres des FAC envoyés en Afghanistan entre 2001 et 2008 ont reçu un diagnostic de BSO pendant une période moyenne de suivi de près de cinq ans. La plupart d'entre eux ont souffert de l'ESPT (8 %). Les autres (5 %) ont reçu un diagnostic de l'une ou l'autre des BSO liées au déploiement, comme la dépression ou un trouble anxieux⁵¹.

ACC a également fourni au sous-comité un aperçu de ses dernières recherches sur les BSO. Le D^r David Pedlar, directeur de la recherche d'ACC, et le D^r Jim Thompson, conseiller médical de la Direction de la recherche d'ACC, ont présenté le sommaire de l'*Enquête sur la vie après le service* de 2013. Celle-ci a été menée par Statistique Canada au nom d'ACC et comportait quelque 3 000 entrevues avec des membres de la Force régulière libérés entre 1998 et 2012 ainsi qu'avec des membres de la Force de réserve libérés entre 2003 et 2012. Il s'agit de la deuxième enquête exhaustive sur la santé et le bien-être des vétérans des FAC réalisée par ACC; l'*Enquête sur la transition à la vie civile* de 2010 a été la première. Celle de 2013 révèle, entre autres, que 24 % des vétérans de la Force régulière et 17 % des vétérans de la Force de réserve (classe C) ayant été déployés ont reçu un diagnostic de problème de santé mentale (trouble anxieux, dépression et autres troubles de l'humeur et ESPT) comparativement à 9 % des vétérans de la Force de réserve n'ayant pas été déployés (classes A et B). Environ la moitié des anciens combattants de la Force de réserve ayant été en mission et de la Force régulière étaient des clients d'ACC⁵², qui a en outre

48 Teresa Janz, [Santé mentale dans les Forces armées canadiennes](#), Statistique Canada, 25 novembre 2014, p. 1 à 10.

48 Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (colonel Hugh Colin MacKay). Pour de plus amples renseignements sur l'enquête de 2002, consultez, MDN, [Le supplément FC de l'enquête de Statistique Canada sur la santé mentale dans les collectivités canadiennes 2002](#).

49 MDN, [Les Forces armées canadiennes en Afghanistan](#), 28 avril 2015.

50 MDN, [Fiche technique – Statistiques sur les morts et les blessés des Forces canadiennes \(Afghanistan\)](#), 19 février 2014.

51 MDN, [Sommaire du Rapport d'incidence cumulative du trouble de stress post-traumatique \(TPST\) et d'autres troubles mentaux](#), 27 juillet 2013. Consulter également David Boulos et Mark A. Zamorski, *Incidence cumulative du trouble de stress post-traumatique et d'autres troubles mentaux chez le personnel militaire déployé à l'appui de la mission en Afghanistan de 2001 à 2008*, Services de santé des Forces canadiennes, ministère de la Défense nationale, novembre 2011, p. 1 à 78; David Boulos et Mark A. Zamorski, *Deployment-Related Mental Disorders among Canadian Forces Personnel Deployed in Support of the Mission in Afghanistan, 2001-2008*, Journal de l'Association médicale canadienne, vol. 185, n^o 11, août 2013, p. E545- à E552; David Boulos et Mark A. Zamorski.

52 Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 22 avril 2015 (David Pedlar et Jim Thompson); Anciens combattants Canada (ACC), *Santé et bien-être des vétérans des Forces canadiennes : Conclusions de l'Enquête sur la vie après le service militaire de 2010 et de 2013*,

indiqué au sous-comité que d'autres *Enquêtes sur la vie après le service* seront menées en 2016 et en 2019⁵³.

Selon ACC, les vétérans souffrant de problèmes de santé mentale constituent une proportion grandissante de ses clients; elle est passée de 2 % en 2002 à environ 12 % en 2014. On s'attend à ce que cette tendance s'accroisse dans les années à venir puisque de plus en plus de membres ayant été en mission en Afghanistan intègrent la vie civile⁵⁴.

III. PROGRAMMES ET SERVICES FÉDÉRAUX OFFERTS AUX MEMBRES ACTIFS ET AUX VÉTÉRANS DES FORCES ARMÉES CANADIENNES ET DE LA GRC SOUFFRANT D'UNE BSO

Dans le cadre de cette étude, des hauts représentants des FAC/du MDN, de la GRC et d'ACC se sont présentés devant le sous-comité afin de donner un aperçu des divers programmes et services que leurs organisations respectives offrent actuellement à leurs membres actifs et à leurs vétérans souffrant d'une BSO.

Mentionnons que les programmes et les services des FAC/du MDN et de la GRC ne sont offerts qu'aux membres actifs. Les vétérans de ces organisations peuvent profiter de programmes et services similaires par l'entremise d'ACC, qui offre également certains de ses programmes et services aux membres actifs des FAC et de la GRC.

A. Forces armées canadiennes et ministère de la Défense nationale

Lorsque les membres des FAC souffrent d'une blessure physique ou mentale ou d'une maladie au point de ne plus pouvoir accomplir leurs tâches habituelles, ils ont accès à un cadre global qui comprend des programmes et des services de soins physiques et psychologiques connus sous le nom de *Prendre soin des nôtres*⁵⁵. Lancé en 2012, celui-ci vise à structurer « les programmes et les services offerts au personnel malade et blessé des FC et à leurs familles en un système de soins intégré qui garantit qu'ils reçoivent les soins et le soutien qu'il leur faut au cours des étapes successives de récupération, de réadaptation et de réintégration », que l'on appelle communément l'approche 3R⁵⁶.

document distribué au Sous-comité des anciens combattants le 22 avril 2015. Consultez également MDN et ACC, [Synthèse des Études sur la vie après le service de 2013](#), 3 juillet 2014; ACC, [Santé et bien-être des vétérans des Forces armées canadiennes : Conclusion de l'Enquête sur la vie après le service militaire de 2013 – Sommaire](#), 3 juillet 2014.

⁵³ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 22 avril 2015 (David Pedlar et Jim Thompson).

⁵⁴ Bureau du vérificateur général du Canada (BVG), [Chapitre 3 : Les services de santé mentale pour les vétérans](#), Automne 2014 — *Rapport du vérificateur général du Canada*, p. 1.

⁵⁵ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 29 octobre 2014 (colonel Gerry Blais).

⁵⁶ MDN, [Prendre soin des nôtres : Une démarche globale pour les soins du personnel malade et blessé des FC et leurs familles](#), 22 juillet 2014. Au titre du programme *Prendre soin des nôtres*, le MDN publie et révisé régulièrement le *Guide sur les prestations, les programmes et les services à l'intention des membres actifs et retraités des Forces armées canadiennes et de leur famille*, qui offre « aux militaires actifs et retraités de la Force régulière et de la Force de réserve ainsi qu'à leur famille un aperçu des prestations, des programmes et des services auxquels ils peuvent être admissibles en cas d'invalidité, de maladie, de blessure ou de décès survenant pendant leur service dans les Forces armées canadiennes (FAC) ». MDN, [Le Guide sur les prestations, les programmes et les services à l'intention des membres actifs et retraités des Forces armées canadiennes et de leur famille](#), p. 1 à 81.

Le principal objectif du programme *Prendre soin des nôtres* vise à permettre au plus de membres des FAC malades ou blessés possible de reprendre pleinement leur travail, y compris ceux souffrant d'une BSO. Ce sont principalement des experts médicaux qui prennent en charge les phases de guérison et de réadaptation par l'entremise du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, lequel est responsable de la prestation des soins médicaux auprès des membres des FAC malades ou blessés. Quant à l'étape de réintégration, il s'agit d'une responsabilité commune aux membres des FAC, au personnel médical et à la chaîne de commandement. Le point central de la réintégration est l'Unité interarmées de soutien du personnel (UISP)⁵⁷.

Tous les militaires malades ou blessés ne peuvent toutefois pas réintégrer les FAC. Conformément au principe d'universalité du service des FAC, les membres doivent être en mesure d'accomplir un certain nombre de tâches militaires fondamentales en tout temps en plus d'être physiquement aptes à servir en mission aux quatre coins du monde, pratiquement sans aucun préavis. Par exemple, pour être déployés, tous les membres des FAC doivent pouvoir s'acquitter de leurs fonctions dans des conditions de stress physique et mental, et ce, avec très peu de soutien médical⁵⁸. Les personnes malades ou blessées ne pouvant plus servir au sein des FAC ont accès à certains programmes et services visant à faciliter leur passage à la vie civile⁵⁹. Le personnel gravement malade ou blessé qui n'est plus en mesure de servir peut demeurer au sein des Forces jusqu'à trois ans avant de retourner à la vie civile. Le colonel Gerry Blais, directeur – Gestion du soutien aux blessés et de l'Unité interarmées de soutien du personnel, explique qu'à l'intérieur de la période de six mois qui précède la libération du militaire, le gestionnaire de cas des Services de santé des Forces canadiennes transfère le dossier au gestionnaire de cas d'Anciens combattants Canada afin de s'assurer que le processus de transition se déroule le plus harmonieusement possible⁶⁰.

Selon le lieutenant-général David Millar, chef du personnel militaire, « la prestation de soins et de services aux membres des Forces armées canadiennes qui souffrent d'une maladie mentale est une priorité de tout premier ordre » pour les FAC. Il ajoute : « Nous sommes déterminés à garantir que les militaires souffrant de maladie mentale aient accès aux soins médicaux et aux services de soutien nécessaires pour qu'ils reprennent le service ou les aider à faire la transition vers la vie civile⁶¹. » La section suivante résume les commentaires des témoins sur les différents programmes et services des FAC et du MDN rapportés au sous-comité.

⁵⁷ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 29 octobre 2014 (colonel Gerry Blais).

⁵⁸ MDN, [Libération pour raisons médicales : Universalité du Service et Soutien aux Militaires Malades et Blessés](#), 15 mai 2014; MDN, [Directives et ordonnances administratives de la Défense \(DOAD\) – DOAD 5023-0, Universalité du service; DOAD 5023-1, Critères minimaux d'efficacité opérationnelle liés à l'universalité du service](#).

⁵⁹ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [La transition à la vie civile des anciens combattants](#), juin 2014, p. 46 et 47.

⁶⁰ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 29 octobre 2014 (colonel Gerry Blais).

⁶¹ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (lieutenant-général David Millar).

1. Programmes et services en santé mentale

Chaque année, environ 15 % des membres de la Force régulière se prévalent des programmes et services en santé des FAC⁶², et c'est le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes qui en est le principal fournisseur⁶³. Le Programme de santé mentale notamment, offre deux échelons de services, soit les services psychosociaux et les services de santé mentale. Selon le MDN, « les services psychosociaux offrent des soins de santé mentale de premier recours, auxquels les membres des FAC ont un accès direct, sans besoin d'une référence par un médecin⁶⁴ ». Ceux-ci comprennent des informations psycho-éducatives, des services de counseling aux personnes, aux couples ou aux familles, des interventions en cas de crise, des consultations en matière de dépendance, du soutien administratif et des évaluations pré/post-déploiement⁶⁵. Quant aux services de santé mentale, il s'agit de programmes secondaires axés sur des « services spécialisés structurés de façon à offrir des soins multidisciplinaires fondés sur les résultats » et les traitements⁶⁶. Pour y avoir accès, les membres des FAC doivent être référés par un médecin⁶⁷.

Le Programme de santé mentale des FAC est principalement offert par l'entremise de leur réseau de trente cliniques de santé mentale et des sept centres de soutien pour trauma et stress opérationnels (CSTSO)⁶⁸. La taille de ces cliniques varie d'une base à l'autre et elles offrent aux militaires des soins généraux en santé mentale⁶⁹. Le lieutenant-colonel Alexandra Heber, chef de la section des programmes cliniques à la Direction de la santé mentale du Groupe des services de santé des Forces canadiennes, a indiqué au sous-comité que des équipes multidisciplinaires comprenant psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers en santé mentale, conseillers en toxicomanie et aumôniers spécialisés travaillent de concert dans ces cliniques en vue d'offrir le meilleur traitement disponible pour les affections médicales dont souffrent les membres des FAC. Le but ultime, ajoute-t-elle, « est de permettre aux militaires de reprendre leurs activités à plein temps, dans la mesure du possible⁷⁰ ». Les CSTSO, d'autre part, ont été créées en 1999 et sont des cliniques spécialisées venant spécifiquement en aide aux membres des FAC souffrant d'une BSO à la suite d'une mission. Le lieutenant-colonel Heber explique que les CSTSO emploient des équipes formées de cliniciens hautement qualifiés qui « procèdent à une évaluation, offrent un diagnostic et supervisent le traitement » des militaires souffrant d'une BSO⁷¹. Ces centres sont situés à

⁶² MDN, [Stratégie du médecin général en matière de santé mentale](#), Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, octobre 2013, p. 5.

⁶³ MDN, [Services de santé mentale des Forces armées canadiennes](#).

⁶⁴ MDN, [Stratégie du médecin général en matière de santé mentale](#), p. 16.

⁶⁵ *Ibid.*, MDN, [Services de santé mentale des Forces armées canadiennes](#).

⁶⁶ MDN, [Stratégie du médecin général en matière de santé mentale](#), p. 16.

⁶⁷ Les services de santé mentale sont subdivisés en trois principaux programmes : le Programme général de santé mentale, le Programme de soutien pour trauma et stress opérationnels et le Programme de traitement de la toxicomanie. Le premier « englobe l'évaluation, et le traitement individuel ou en groupe de ceux qui souffrent de diverses [sic] problèmes de santé mentale tels que la dépression, l'anxiété [...] et l'insomnie ». Le deuxième « offre des services d'évaluation, des traitements individuels ou de groupe pour les militaires victimes de stress opérationnel », tel que l'ESPT. Le dernier « offre des services d'évaluation et des traitements individuels aux personnes ayant une dépendance ou un problème d'alcool, de drogues ou d'autres comportements compulsifs ». MDN, [Services de santé mentale des Forces armées canadiennes](#). Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (lieutenant-général David Millar).

⁶⁸ MDN, [Documentation : Les services de santé mentale dans les Forces canadiennes](#), 12 septembre 2012.

⁶⁹ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 29 octobre 2014 (lieutenant-colonel Alexandra Heber).

⁷⁰ *Ibid.*

Edmonton, Alberta; à Esquimalt, Colombie-Britannique; à Gagetown, Nouveau-Brunswick; à Halifax, Nouvelle-Écosse; à Ottawa, Ontario; à Petawawa, Ontario, et à Valcartier, Québec⁷².

À l'occasion de son témoignage, le lieutenant-général Millar a indiqué au sous-comité que le réseau des cliniques des FAC et des CSTSO est à court de quelques professionnels en santé mentale. Il a expliqué que depuis janvier 2015, les 455 postes existants ouverts aux professionnels de la santé mentale au sein des FAC ne sont pourvus qu'à 94 %. Il a toutefois rassuré le sous-comité en soulignant qu'« on poursuit les démarches visant à pourvoir les postes qui restent vacants », mais il ajoute qu'il s'agit « d'une situation en constante évolution » puisque le secteur civil fait continuellement concurrence aux FAC en ce qui concerne les cliniciens. Cela dit, le lieutenant-général Millar rappelle que « plus de 3 000 civils professionnels de la santé mentale [...] sont inscrits comme fournisseurs de services aux Forces armées canadiennes pour garantir un accès rapide aux soins⁷³ ».

2. Initiatives visant à améliorer la résilience et la sensibilisation à la santé mentale

Au cours des dernières années, les FAC ont lancé des initiatives visant à améliorer la santé mentale et la résilience de ses membres et à combattre les préjugés associés aux BSO et autres troubles mentaux. Comme le lieutenant-général l'a expliqué, bon nombre de ces mesures découlent directement de la participation des FAC à la guerre en Afghanistan. Il a par ailleurs souligné : « Je crois que les traumatismes et les expériences vécues en Afghanistan nous ont à nouveau ouvert les yeux quant à la nécessité d'une préparation, d'un entraînement et d'une éducation optimaux de manière à nous donner une plus grande résilience par rapport aux différents types d'épreuves et de traumatismes auxquels nos déploiements nous exposent⁷⁴. »

En octobre 2013 par exemple, les FAC ont publié *La stratégie du médecin général en matière de santé mentale*, qui décrit la façon dont la Défense entend « améliorer la santé mentale des membres des FAC et réduire l'impact des blessures psychologiques et des maladies mentales sur les opérations⁷⁵ ». La stratégie vise plus précisément à étudier l'état et les conséquences de la maladie mentale tant au sein des FAC que dans la population canadienne, à analyser les programmes et services de santé mentale des FAC, à cerner les secteurs où il est possible d'améliorer le système de santé mentale des FAC, à établir des priorités stratégiques et exposer les principaux domaines sur lesquels concentrer les efforts au cours des cinq prochaines années⁷⁶.

Dans le même ordre d'idées, les FAC ont présenté en 2009 *En route vers la préparation mentale (RVPM)*, un programme axé sur l'éducation en matière de santé mentale, la sensibilisation et la formation professionnelle. « Le programme RVPM englobe tous les cours sur la résilience et la santé mentale qui sont intégrés dans la carrière des membres des FAC, y compris ceux qui leur sont fournis dans le cadre du cycle de déploiement. Ce programme est divisé et adapté de telle façon qu'il prend en considération les demandes et les responsabilités auxquelles les membres des FAC doivent faire face à chacun des stades de leur carrière et en cours de déploiement⁷⁷. » Il a été conçu

⁷² MDN, [Services de santé mentale des Forces armées canadiennes](#).

⁷³ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (lieutenant-général David Millar).

⁷⁴ *Ibid.*

⁷⁵ MDN, [Stratégie du médecin général en matière de santé mentale](#), p. 1.

⁷⁶ *Ibid.*, p. 1 à 27.

⁷⁷ MDN, [En route vers la préparation mentale \(RVPM\)](#).

de manière à veiller à ce que la meilleure formation qui soit puisse être offerte aux militaires afin qu'ils optimisent leur préparation mentale et qu'ils soient en mesure de surmonter les diverses difficultés susceptibles de survenir au cours de leur carrière ou dans le cadre d'une mission⁷⁸.

Des témoins ont indiqué que le programme RVPM a été mis en œuvre dans le but de mieux informer les militaires, de combattre les préjugés associés aux BSO et autres troubles mentaux, d'accroître la résilience psychologique face à des événements traumatisants et d'améliorer le rendement et le bien-être des membres des FAC au cours d'une mission ou lorsque confrontés à un événement stressant. Le lieutenant-général Millar précise que le RVPM est un « programme d'éducation et de formation qui vise à rendre les hommes et les femmes membres des Forces armées canadiennes plus résilients, plus conscients des symptômes et des signes de la maladie mentale et mieux aptes à les comprendre, et mieux disposés à demander plus rapidement les traitements [...] » Il ajoute que « ce programme d'éducation et de formation s'amorce dès le recrutement au sein des Forces canadiennes et se poursuit tout au long de la carrière militaire⁷⁹ ». Le lieutenant-colonel Heber a en outre précisé que « le programme *En route vers la préparation mentale* vise essentiellement à préparer nos soldats au combat, aux situations stressantes, et aussi à préparer les membres et les dirigeants à reconnaître les premiers symptômes. Nous voulons intervenir le plus tôt possible. Le programme aide aussi à réduire la stigmatisation. [...] Nous voulons que les gens sachent que la santé mentale est une question qui doit tous nous préoccuper, au même titre que la santé physique⁸⁰ ».

« Et ça fonctionne », affirme le lieutenant-général Millar. « Nous avons eu la preuve d'améliorations marquées, grâce à l'amélioration des connaissances liées à la santé mentale et des attitudes, et nous avons constaté une diminution constante des stigmates et autres obstacles aux soins. » De fait, les FAC sont à élargir le programme RVPM⁸¹. Son succès est reconnu au-delà du domaine militaire. Les services policiers de Calgary et la GRC, par exemple, ont déjà mis en œuvre des éléments de ce programme au sein de leurs organismes respectifs. D'autres corps policiers, pompiers et organisations de premiers répondants ont également manifesté leur intérêt envers le RVPM. Le colonel Jetly a indiqué au sous-comité que ce programme « a connu un énorme succès. On nous appelait de partout pour nous offrir de l'aide⁸² ». Les FAC ont ainsi établi un partenariat avec la Commission de la santé mentale du Canada en vue d'adapter le programme RVPM « aux milieux de travail civils et de mettre à l'essai une formation et une sensibilisation fondées sur le

⁷⁸ Le programme RVPM, qui s'adresse aux membres des FAC, est divisé en deux principaux volets : la formation sur le cycle de carrière et la formation sur le cycle de déploiement. La première commence à l'étape du recrutement et se poursuit tout au long de la carrière du militaire, tandis que la seconde est subdivisée en deux étapes, soit l'entraînement préalable au déploiement et l'instruction subséquente au déploiement. Dans le cadre de cette dernière par exemple, le militaire de retour de mission reçoit une formation sur la transition et la réintégration; elle vise à informer les militaires et à les aider à détecter rapidement les problèmes de santé mentale. Les FAC offrent également aux membres de retour de mission à l'international la Décompression dans un tiers lieu ainsi que le Dépistage postdéploiement amélioré, qui comprend des entrevues de dépistage conçues pour identifier rapidement les militaires susceptibles d'être atteints de troubles de santé mentale. MDN, [Cycle de carrière](#), [Formation de la transition et réintégration](#), [Décompression dans un lieu tiers](#), [Dépistage postdéploiement amélioré](#).

⁷⁹ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (lieutenant-général David Millar).

⁸⁰ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 29 octobre 2014 (lieutenant-colonel Alexandra Heber).

⁸¹ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (lieutenant-général David Millar).

⁸² Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (colonel Rakesh Jetly).

continuum du RVPM⁸³ ». Lorsqu'il s'est présenté devant le sous-comité, le colonel Jetly a signalé que la Commission de la santé mentale du Canada avait « entrepris de mettre en œuvre [le RVPM] à l'échelle nationale⁸⁴ ».

3. Soutien aux blessés

Les membres des FAC souffrant d'une maladie ou d'une blessure physique ou mentale les empêchant de travailler pendant au moins six mois sont habituellement mutés à l'Unité interarmées de soutien du personnel (UISP), à l'un de ses 24 centres intégrés de soutien du personnel (CISP) ou à l'un de ses sept bureaux satellites au Canada⁸⁵. Le réseau de l'UISP/des CISP leur offre un guichet unique où ils ont accès aux programmes et services axés sur le rétablissement, la réadaptation et la réintégration, au titre de l'initiative *Prendre soin des nôtres*. Le colonel Blais explique qu'« une équipe est chargée de s'occuper des militaires. Nous avons des fonctionnaires qui s'occupent du volet des services, et des militaires qui forment la chaîne de commandement ». Ainsi que l'a appris le sous-comité, l'UISP et ses CISP rassemblent en un seul endroit des spécialistes en soutien familial, spirituel, social et financier ainsi que des gestionnaires de cas des Services de santé des Forces armées canadiennes et des représentants d'ACC et du Programme de soutien social aux blessés de stress opérationnel (SSBSO)⁸⁶.

Actuellement, plus de 375 militaires et civils travaillent au sein de l'UISP/des CISP et plus de 2 000 militaires malades ou blessés y sont affectés, dont nombre d'entre eux souffrent d'une BSO⁸⁷.

Selon ce qu'a appris le sous-comité, le but du réseau de l'UISP/des CISP est de faciliter le retour au travail à autant de membres des FAC que possible. Leur réintégration est en grande partie coordonnée grâce au Programme de retour au travail des FAC⁸⁸. Selon le colonel Blais, à l'heure actuelle « le taux de succès de notre programme de retour au travail, soit la réintégration complète des gens au sein de leur unité, est d'environ 35 p. 100⁸⁹ ». Le lieutenant-colonel Heber a donné quelques statistiques intéressantes en ce qui concerne plus particulièrement le retour au travail des membres atteints d'une BSO, en s'appuyant sur une enquête de 2011 des FAC portant sur 792 soldats d'un groupement tactique d'infanterie de Gagetown envoyé en mission en Afghanistan en 2007. Le colonel Jetly a fait remarquer au sous-comité que selon cette enquête, « le taux de TPST [ESPT] se situait à environ 25 p. 100 il y a quatre ans⁹⁰ ». Pour sa part, le lieutenant-colonel Heber a signalé que 45 % des militaires traités pour l'ESPT étaient guéris, étaient en rémission complète et avaient été en mesure de retourner au travail à temps plein, 28 % de plus n'étaient pas en rémission complète, mais leur état s'était tout de même assez amélioré pour qu'ils puissent reprendre le travail en partie. Seulement 27 % n'avaient montré que des signes

⁸³ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 28 mai 2014 (Howard Chodos).

⁸⁴ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (colonel Rakesh Jetly).

⁸⁵ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 29 octobre 2014 (colonel Gerry Blais).

⁸⁶ *Ibid.*

⁸⁷ *Ibid.*

⁸⁸ *Ibid.*

⁸⁹ *Ibid.*

⁹⁰ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (colonel Rakesh Jetly).

mineurs d'amélioration et ont dû réintégrer la vie civile. Selon le lieutenant-colonel Heber, ces statistiques témoignent du succès du Programme de retour au travail⁹¹.

Quant aux militaires malades ou blessés devant retourner à la vie civile, ils peuvent se prévaloir d'un certain nombre de programmes et services offerts par les FAC dans le cadre de leurs Services de transition⁹².

4. Soutien des pairs et de la famille

Les militaires souffrant d'une BSO ont également accès à un réseau national de soutien par les pairs que l'on appelle le Programme de soutien social aux blessés de stress opérationnel (SSBSO)⁹³. Mis sur pied en 2001, le SSBSO est un programme de partenariat administré à la fois par les FAC et ACC, il vise à fournir aux militaires et aux vétérans atteints d'une BSO, ainsi qu'à leur famille, un soutien social confidentiel et non clinique, axé sur les pairs⁹⁴.

Comme l'a expliqué le colonel Blais, ce programme offre un « soutien par les pairs des personnes ayant déjà participé à des missions et ayant elles-mêmes souffert de problèmes de santé mentale ». Les coordonnateurs aident les personnes ayant subi une BSO en pratiquant l'écoute, en partageant leur expérience personnelle et en s'assurant qu'elles reçoivent toute l'aide dont elles ont besoin⁹⁵.

Le colonel Blais ajoute que les services de soutien par les pairs du SSBSO sont offerts partout au Canada par 54 coordonnateurs choisis, formés et « employés à titre de fonctionnaires ainsi que par un solide réseau de bénévoles qualifiés », chacun d'eux possédant « une expérience directe et une connaissance pratique des traumatismes liés au stress opérationnel et [sachant] ce que cela représente de vivre avec une personne qui en souffre ». Le colonel Blais a tenu à souligner que le SSBSO « complète les soins cliniques fournis par les professionnels de la santé mentale des Forces armées canadiennes⁹⁶ ». En novembre 2014, le MDN a annoncé que le SSBSO se poursuivrait au cours des cinq prochaines années et que jusqu'à 2 200 vétérans et leurs familles pourraient en bénéficier⁹⁷.

Outre l'importance du soutien par les pairs, certains témoins ont également parlé de la portée du soutien familial. Le colonel Russell Mann, directeur des services aux familles des militaires, a affirmé au sous-comité « qu'il y a une dimension familiale à la continuité qui est non clinique, mais qui est

⁹¹ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 29 octobre 2014 (lieutenant-colonel Alexandra Heber).

⁹² Pour de plus amples renseignements sur les Services de transition et les services des FAC, consultez Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [La transition à la vie civile des anciens combattants](#), juin 2014, p. 1 à 98; MDN, [Le Guide sur les prestations, les programmes et les services](#), p. 8 à 12; MDN, [Documentation : Le Programme de transition des Forces armées canadiennes](#).

⁹³ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (lieutenant-général David Millar).

⁹⁴ MDN, [Le Guide sur les prestations, les programmes et les services](#), p. 26.

⁹⁵ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 29 octobre 2014 (colonel Gerry Blais).

⁹⁶ *Ibid.*

⁹⁷ MDN, [Communiqué de presse : Le gouvernement du Canada prend les mesures nécessaires pour renforcer le soutien offert en matière de santé mentale aux militaires des Forces armées canadiennes, aux anciens combattants et aux membres de leurs familles](#), 23 novembre 2014; MDN, [Document d'information : Le gouvernement du Canada prend des mesures pour répondre aux besoins en santé mentale des militaires, des anciens combattants et de leurs familles](#), 23 novembre 2014.

très importante [...] Lorsque tout va bien à la maison, les militaires sont concentrés sur la mission au moment du déploiement [...] Ce sont les conjoints et les partenaires qui font la force de nos militaires⁹⁸. » Les FAC ont à cœur de s'occuper des familles militaires, plus particulièrement de celles dont l'un des membres est malade ou blessé. Le colonel Mann souligne que « nous savons que les problèmes de santé mentale n'affectent pas uniquement la personne qui en souffre⁹⁹ ». Qu'importe la gravité du problème de santé physique ou mentale, la famille « partage la douleur et les souffrances du militaire ou de l'ancien combattant », ajoute le colonel Blais. Voilà pourquoi les FAC offrent toute une gamme de programmes et de services visant à soutenir et à aider les familles militaires.

L'essentiel des services à l'intention de ces familles est fourni par l'intermédiaire d'un réseau de 32 centres de ressources pour les familles des militaires (CRFM) situés sur les bases d'un bout à l'autre du pays. Le sous-comité a appris que la plupart des CRFM partagent leurs locaux avec un centre intégré de soutien du personnel (CISP) afin de faciliter la prestation des services¹⁰⁰. Les CRFM offrent un vaste éventail de programmes, de services et de ressources visant à aider les familles militaires, y compris de la formation en matière de santé mentale et des services de counseling¹⁰¹.

En outre, on a créé en 2008 les postes d'officier de liaison pour les familles afin d'aider plus spécifiquement les familles de militaires souffrant d'une maladie ou d'une blessure physique ou mentale. Ce sont des travailleurs sociaux, employés par le CRFM, mais œuvrant au sein d'un CISP. Le colonel Mann explique que « les officiers de liaison s'efforcent d'appuyer l'équipe des CISP en fournissant régulièrement des soins, des services et du soutien aux familles des membres des Forces armées canadiennes » et aux membres malades ou blessés. « Ils offrent entre autres des services de consultation en cas de crise, des services de sensibilisation et d'éducation de la collectivité ainsi que des services de consultation et d'encadrement à l'intention des membres d'une famille qui sont malades ou blessés¹⁰². » À l'heure actuelle, 32 officiers de liaison avec les familles travaillent à 28 endroits différents au Canada. Selon ce qu'a appris le sous-comité, le nombre de familles militaires faisant appel à ces officiers de liaison suit une tendance à la hausse depuis 2008. Le colonel Mann a mentionné que « les officiers de liaison continuent de travailler auprès de familles de militaires qui sont aux prises avec des relations familiales difficiles, des blessures physiques, des problèmes de santé mentale, des périodes de deuil et des difficultés de transition qui sont parfois accompagnés de problèmes financiers liés à l'emploi ». Entre leur création en 2008 et l'exercice financier 2013-2014, les officiers de liaison pour les familles avaient aidé pas moins de 1 585 différentes familles chaque année¹⁰³.

Le sous-comité a également appris au cours de son étude que les CSTSO avaient élargi leurs services aux familles militaires. Comme l'explique le lieutenant-colonel Heber, ceux-ci comprennent

⁹⁸ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 29 octobre 2014 (colonel Russell Mann).

⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰ *Ibid.*

¹⁰¹ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (lieutenant-général David Millar).

¹⁰² Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 29 octobre 2014 (colonel Russell Mann).

¹⁰³ *Ibid.*

des « thérapies aux couples et aux familles, de même que du soutien et de l'information sur les blessures liées au stress opérationnel aux conjoints et aux parents de nos patients [CSTSO]¹⁰⁴ ».

De plus, les familles militaires peuvent également participer à certaines parties du programme RVPM, plus précisément celles ayant trait à la formation préalable et subséquente à la mission¹⁰⁵. Comme l'a souligné le colonel Blais, elles peuvent en outre participer au programme SSBSO, « qui comprend un volet axé sur les membres des familles qui vivent avec une personne souffrant des suites d'un traumatisme lié au stress opérationnel¹⁰⁶ ».

B. Gendarmerie royale du Canada

Tout comme les FAC, la GRC offre plusieurs programmes et services en matière de santé mentale à ses membres qui souffrent de l'ESPT et autres BSO; certains sont offerts par l'entremise de Santé Canada¹⁰⁷. De plus, en mai 2014, la GRC a lancé sa première *Stratégie en matière de santé mentale de la GRC (2014–2019)*¹⁰⁸, laquelle, selon le lieutenant-général Millar, s'inspire de la *Stratégie du médecin général en matière de santé mentale* des FAC¹⁰⁹. Cette stratégie quinquennale, explique le sous-commissaire Daniel Dubeau, qui est également dirigeant principal des Ressources humaines de la GRC, a été lancée « dans le but d'aborder la question de la stigmatisation, de maintenir et de favoriser la santé mentale des employés et d'améliorer continuellement la façon dont la GRC traite des enjeux liés à la santé mentale¹¹⁰ ».

1. Programmes et services en matière de santé mentale

Le sous-commissaire Dubeau a expliqué dans son témoignage que « tous les employés de la GRC et les membres de leur famille ont accès, 24 heures sur 24, tous les jours, aux Services d'aide aux employés par l'entremise de Santé Canada¹¹¹ ». Cette prestation est le résultat d'un protocole d'entente entre la GRC et Santé Canada¹¹². Comme l'explique le sous-commissaire Dubeau, « ce service confidentiel offre accès à un service de consultation jusqu'à huit heures par incident, pour traiter un nombre illimité de problèmes professionnels ou personnels ». Ces problèmes comprennent les problèmes de santé mentale¹¹³.

Le sous-comité a aussi appris que la GRC offre un programme de soutien par les pairs à ses employés, ce qui leur donne accès à des coordonnateurs internes de l'organisation¹¹⁴. Selon le

¹⁰⁴ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 29 octobre 2014 (lieutenant-colonel Alexandra Heber).

¹⁰⁵ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 29 octobre 2014 (colonel Russell Mann).

¹⁰⁶ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 29 octobre 2014 (colonel Gerry Blais).

¹⁰⁷ Gendarmerie royale du Canada (GRC), [Services de santé mentale offerts aux employés de la GRC](#).

¹⁰⁸ *Ibid.*, GRC, [Stratégie en matière de santé mentale de la GRC \(2014-2019\)](#), 1^{er} mai 2014.

¹⁰⁹ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (lieutenant-général David Millar).

¹¹⁰ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 6 mai 2015 (sous-commissaire Daniel Dubeau).

¹¹¹ *Ibid.*

¹¹² GRC, [Services de santé mentale offerts aux employés de la GRC](#).

¹¹³ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 6 mai 2015 (sous-commissaire Daniel Dubeau).

¹¹⁴ GRC, [Services de santé mentale offerts aux employés de la GRC](#).

sous-commissaire Dubeau, ce programme « assure un lien avec les Services d'aide aux employés » et consiste en un point d'entrée pour accéder à d'autres ressources de la GRC, « qui comprennent, sans s'y limiter, nos services de santé au travail, notre système de gestion informelle des conflits, nos représentants des relations de travail, nos agents négociateurs et nos aumôniers¹¹⁵ ».

En outre, le sous-commissaire Dubeau a indiqué au sous-comité que, conformément au Régime de soins de santé au travail de la GRC, « les membres actifs en période de crise psychologique ou qui doivent suivre une thérapie en raison d'une toxicomanie ou d'un autre problème peuvent recevoir des services de psychothérapie offerts par des psychologues agréés par un organisme de réglementation provincial ou territorial ». Ces services « peuvent être prodigués par d'autres professionnels de la santé mentale lorsque le psychologue de la GRC le juge approprié¹¹⁶ ». Le sous-comité a appris que ces soins de santé au travail « sont des avantages supplémentaires que la GRC peut offrir afin de minimiser les contraintes et les restrictions ayant une incidence sur l'aptitude d'un membre à remplir ses fonctions et d'optimiser l'employabilité¹¹⁷ ». Voici quelques-uns des services de soutien en santé mentale qu'offre la GRC par l'entremise de son Régime de soins de santé au travail :

- *Services de santé au travail de la GRC* : ces services offrent un certain nombre de services de soutien, y compris des services psychologiques confidentiels individuels ou en groupe relativement à des incidents traumatisants; des services psychologiques confidentiels dans le cadre du programme d'infiltration antidrogue; services liés à la prévention du suicide et des évaluations rétrospectives; des entrevues d'évaluation psychologique au sujet d'une tentative de suicide; des évaluations psychologiques et des séances de débriefage, des activités de prévention, des services de consultation ou de thérapie à court terme¹¹⁸. Ces Services de santé au travail comptent 11 bureaux répartis dans l'ensemble du pays. Selon la GRC, les équipes multidisciplinaires qui viennent en aide aux membres qui souffrent d'un problème de santé psychologique comprennent des médecins, des psychologues, des infirmières en santé du travail, des agents de sécurité au travail, des gestionnaires des dossiers d'invalidité, des facilitateurs en matière de retour au travail et des coordonnateurs en matière de mesures d'adaptation¹¹⁹.
- *Régime de soins de santé complémentaire* : la GRC donne à ses membres un accès à un service de consultation individuelle, en groupe, en famille ou en couple, offert par un psychologue approuvé¹²⁰.
- *Régime de soins de santé de la fonction publique* : à leur retraite, les anciens membres ont la possibilité de participer au Régime de soins de santé de la fonction publique, lequel comprend la prestation de services psychologiques¹²¹.

¹¹⁵ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 6 mai 2015 (sous-commissaire Daniel Dubeau).

¹¹⁶ *Ibid.*

¹¹⁷ *Ibid.*

¹¹⁸ *Ibid.*

¹¹⁹ GRC, [Services de santé mentale offerts aux employés de la GRC](#).

¹²⁰ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 6 mai 2015 (sous-commissaire Daniel Dubeau).

¹²¹ *Ibid.*

2. Coopération de la GRC avec les Forces armées canadiennes et Anciens Combattants Canada

Les membres actifs et les membres retraités de la GRC qui souffrent de BSO peuvent recevoir des services d'évaluation, de traitement et de soutien dans le réseau des cliniques de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel (cliniques TSO) d'ACC. Les FAC offrent également des services semblables aux membres actifs de la GRC dans leur propre réseau de centres de soins pour trauma et stress opérationnel (CSTSO)¹²². Cependant, seuls les membres actifs de la GRC peuvent recevoir des traitements dans les cliniques TSO d'ACC ou dans les CSTSO des FAC; ils doivent d'abord être dirigés vers un de ces centres par leur médecin traitant et ensuite recevoir l'approbation d'un médecin-chef de la GRC. Ils doivent donc être dirigés vers ces centres par la GRC. Cependant, les membres retraités de la GRC peuvent recevoir des services directs d'une clinique TSO s'ils reçoivent une pension d'invalidité d'ACC¹²³. Comme l'a expliqué au sous-comité le sous-commissaire Dubeau, « Anciens Combattants Canada gère tous les avantages médicaux, y compris le service de consultation psychologique et l'accès aux cliniques [TSO] pour les anciens membres de la GRC qui reçoivent des prestations en raison d'une BSO¹²⁴ ».

Il a été porté à l'attention du sous-comité que le nombre de membres actifs de la GRC qui a suivi un traitement pour un traumatisme lié au stress opérationnel dans une clinique TSO d'ACC ou dans un CSTSO des FAC est passé de 52 en 2010 à 239 en 2014¹²⁵. Autre fait qui a été mentionné au comité : en 2014, 3 095 membres actifs ou membres retraités de la GRC recevaient une pension d'invalidité d'ACC parce qu'ils souffraient d'un ESPT ou d'une BSO. Parmi ces 3 095 personnes, plus de 1200 prestataires sont toujours en service dans la GRC¹²⁶. Le sous-comité a aussi appris que le nombre de membres actifs de la GRC qui reçoivent une pension d'invalidité d'ACC a grandement augmenté : de 548 en 2008, ce nombre est passé à 1 217 en 2014¹²⁷.

De plus, le sous-comité a appris que les membres actifs et les membres retraités de la GRC ont eu accès au réseau de soutien par les pairs, communément appelé programme de SSVSO, qui est géré conjointement par les FAC et ACC. « Même si aucune disposition officielle n'a été prise à ce jour, la GRC a eu le privilège d'utiliser le programme de SSVSO », a expliqué la directrice générale de la Direction générale de la santé et sécurité au travail de la GRC, Sylvie Châteauvert. Selon elle, la GRC planifie de renforcer sa participation au programme de SSVSO : « Nous entretenons actuellement un dialogue et travaillons avec le MDN afin de prendre des dispositions plus officielles pour que nous puissions le promouvoir davantage, puisque, en fin de compte, le but est de

¹²² *Ibid.*

¹²³ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 6 mai 2015 (sous-commissaire Daniel Dubeau, Sergent Brian Sauvé et Sylvie Châteauvert). Voir aussi GRC, [Services de santé mentale offerts aux employés de la GRC](#).

¹²⁴ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législation, 6 mai 2015 (sous-commissaire Daniel Dubeau).

¹²⁵ Document fourni par la GRC au Sous-comité sénatorial des anciens combattants du Sénat le 6 mai 2015.

¹²⁶ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législation, 6 mai 2015 (Sylvie Châteauvert).

¹²⁷ Les 548 bénéficiaires d'une pension d'invalidité en 2008 comprennent 455 personnes souffrant de l'ESPT et 93 souffrant d'autres BSO. Les 1 217 bénéficiaires d'une pension d'invalidité en 2014 comprennent 1 014 personnes souffrant de l'ESPT et 203 souffrant d'autres BSO. Document fourni par la GRC au Sous-comité sénatorial des anciens combattants le 6 mai 2015.

déstigmatiser les problèmes de santé mentale et de veiller à ce que les membres obtiennent l'aide dont ils ont besoin¹²⁸ ».

En outre, comme il a été mentionné précédemment, la GRC travaille avec les FAC pour adapter le programme de formation *En route vers la préparation mentale* (RVPM) qui englobe des cours sur la résilience et la santé mentale, aux policiers. Des ateliers RVPM adaptés aux besoins des membres de la GRC ont fait l'objet d'un projet pilote mené dans la Division J du Nouveau-Brunswick, lequel a donné de bons résultats. « Le résultat de l'étude a montré que, grâce à l'atelier, grâce à la recherche, nous pouvions accroître la résilience », a déclaré Sylvie Châteauvert¹²⁹. La GRC travaille avec la Commission de la santé mentale du Canada et avec quelques universités canadiennes afin d'évaluer plus en profondeur le programme RVPM afin de l'adapter aux besoins des membres de la GRC¹³⁰.

C. Anciens Combattants Canada

ACC offre une vaste gamme de programmes et de services pour répondre aux besoins des membres des FAC et des membres retraités de la GRC qui souffrent de BSO ou d'autres problèmes de santé mentale, de même qu'aux besoins des membres de leur famille. Parmi ces services, il y a des prestations d'invalidité, du soutien financier et des services de transition de la vie militaire à la vie civile pour les militaires souffrant de blessures physiques ou psychologiques liées au service; et du financement pour des services de soins de santé et des services de rétablissement afin d'améliorer le mieux-être mental et physiologique des vétérans et favoriser leur autonomie¹³¹.

1. Programmes et services en matière de santé mentale

Selon ACC, le nombre de vétérans qui reçoivent des prestations d'invalidité en raison d'un problème de santé mentale a augmenté de façon constante au cours des 15 dernières années. Ce nombre est passé de 2 137 personnes pour l'exercice 2001-2002 à 18 071 personnes pour l'exercice 2013-2014. À la fin de décembre 2014, ce nombre était de 19 015 personnes¹³². Comme l'a démontré le coordonnateur clinique national d'ACC, le D^r David Ross, cette augmentation a entraîné une hausse de la demande des services en matière de santé mentale¹³³.

Les programmes et services d'ACC pour les membres des FAC et des membres retraités de la GRC qui souffrent de BSO comprennent notamment un accès à un réseau national de cliniques pour

¹²⁸ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 6 mai 2015 (Sylvie Châteauvert).

¹²⁹ *Ibid.*

¹³⁰ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 6 mai 2015 (sous-commissaire Daniel Dubeau, sergent Brian Sauvé et Sylvie Châteauvert).

¹³¹ ACC, *Rapport sur les plans et les priorités 2015-2016*, p. 4 de la version anglaise.

¹³² Ce nombre a augmenté de manière cumulative à partir de 2 137 (AF 2001-2002) à 3 501 (AF 2002-2003), 4 894 (AF 2003-2004), 6 491 (AF 2004-2005), 8 385 (AF 2005-2006), 10 250 (AF 2006-2007), 11 045 (AF 2007-2008), 11 888 (AF 2008-2009), 12 689 (AF 2009-2010), 14 111 (AF 2010-2011), 15 304 (AF 2011-2012), 16 673 (AF 2012-2013), 18 071 (AF 2013-2014), et 19 015 (décembre 2014). ACC, *Réseau national pour blessures liées au stress opérationnel*, p. 3 de la version anglaise, document fourni au Sous-comité sénatorial des anciens combattants le 13 mai 2015.

¹³³ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 13 mai 2015 (David Ross).

traumatismes liés au stress opérationnel (cliniques TSO)¹³⁴. Mis sur pied en 2002, ce réseau comprend neuf cliniques TSO réparties dans l'ensemble du pays. Elles sont situées à Calgary (Alberta), Edmonton (Alberta), Fredericton (Nouveau-Brunswick), London (Ontario), Ottawa (Ontario), Québec (Québec), Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec), Winnipeg (Manitoba) et Vancouver (Colombie-Britannique). L'ouverture d'une 10^e clinique TSO est prévue à Halifax (Nouvelle-Écosse) en 2015. De plus, ACC a récemment ouvert d'autres cliniques satellites afin de mieux répondre aux besoins des patients dans d'autres collectivités canadiennes. Ces cliniques satellites sont situées à Brockville (Ontario), Chicoutimi (Québec), Hamilton (Ontario), Kelowna (Colombie-Britannique), Rive-Sud de Montréal (Québec), Pembroke (Ontario), St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador), Toronto (Ontario) et Victoria (Colombie-Britannique). Le réseau des cliniques TSO d'ACC comprend aussi une clinique de traitement en résidence et une clinique de gestion de la douleur, toutes deux situées à l'hôpital Sainte-Anne à Sainte-Anne-de-Bellevue¹³⁵.

Le Réseau national pour les blessures de stress opérationnel (RNBSO) soutient, guide et gère le rendement de ce réseau national des cliniques TSO¹³⁶. Ces cliniques TSO offrent une vaste gamme de services d'évaluation, de traitement, de prévention et de soutien aux vétérans et à leur famille. Chaque clinique comporte une équipe multidisciplinaire comprenant des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux, des infirmières en santé mentale et d'autres spécialistes¹³⁷. Les vétérans peuvent accéder aux services de ces cliniques seulement s'ils sont aiguillés par un professionnel de la santé autorisé. Comme l'a expliqué le D^r David Ross : « Nous ne pouvons prendre que des gens qui nous sont envoyés par ACC ou nos partenaires du protocole d'entente [par exemple, la GRC] selon les limites établies, et c'est le partenaire du protocole d'entente qui les détermine à ce moment-là. Un médecin en milieu communautaire ne peut pas nous envoyer de patient directement¹³⁸. »

Le D^r Ross a précisé au sous-comité que ces cliniques TSO sont le résultat d'« un partenariat fondé sur une entente à l'amiable entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux concernés ». ACC finance les cliniques, mais « c'est la province qui se charge de les doter en professionnels de la santé qui gèrent le fonctionnement de la clinique¹³⁹ ». Selon le sous-ministre adjoint du Secteur de la prestation des services d'ACC, Michel Doiron : « Nous nous efforçons de faire une utilisation optimale des réseaux provinciaux de la santé, et les cliniques BSO illustrent bien cette approche. Le gouvernement du Canada paie la totalité des coûts de ces cliniques qui sont

¹³⁴ ACC, *Réseau national pour blessures liées au stress opérationnel*, p. 4 de la version anglaise, document fourni au Sous-comité sénatorial des anciens combattants le 13 mai 2015. Voir aussi ACC, [Santé mentale et Document d'information – soutien et services en santé mentale](#).

¹³⁵ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 13 mai 2015 (David Ross); ACC, *Réseau national pour blessures liées au stress opérationnel*, p. 4-6; p. 9 de la version anglaise, document fourni au Sous-comité sénatorial des anciens combattants, 13 mai 2015. Voir aussi ACC, [Réseau de cliniques TSO](#).

¹³⁶ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 13 mai 2015 (David Ross).

¹³⁷ *Ibid.*, ACC, *Réseau national pour blessures liées au stress opérationnel*, p. 7 de la version anglaise, document fourni au Sous-comité sénatorial des anciens combattants, 13 mai 2015; Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 13 mai 2015 (David Ross).

¹³⁸ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 13 mai 2015 (David Ross).

¹³⁹ *Ibid.*

gérées par la province¹⁴⁰ ». Le D^r Ross explique pour quelle raison ces cliniques font l'objet d'un partenariat entre les provinces et le gouvernement fédéral :

Ce sont des cliniques ultraspécialisées. Pour qu'elles puissent offrir des soins à ceux qui en ont le plus besoin, il fallait qu'elles soient bien intégrées au réseau local de soins de santé. Si l'on s'était contenté de les ajouter à ce réseau, il aurait été beaucoup plus difficile de nouer les liens nécessaires pour aiguiller les patients et développer ces relations informelles qui sont primordiales pour que les choses fonctionnent vraiment. Nous avons donc décidé dès le départ, pour le meilleur et pour le pire, d'adopter cette démarche qui a rapporté des dividendes à bien des égards¹⁴¹.

Le sous-comité a appris qu'il y a eu plus de 10 600 personnes qui ont été orientées vers ces cliniques TSO depuis la création du réseau en 2002¹⁴². Selon le D^r Sareen, « les anciens combattants bénéficient d'un accès supérieur aux traitements psychologiques. Je ne pense pas que le système civil offre un tel accès¹⁴³ ».

Des témoins ont indiqué au sous-comité que les cliniques TSO d'ACC ont élargi leurs services aux familles et aux enfants¹⁴⁴. Le D^r Ross a déclaré que toutes les cliniques d'ACC « procèdent à un examen préalable et offrent des services de thérapie conjugale. Certaines [des] cliniques offrent aussi des services d'aide aux adolescents¹⁴⁵ ».

En plus de son réseau de cliniques TSO, ACC offre d'autres services en matière de santé mentale aux vétérans qui souffrent de BSO. Par exemple, le sous-comité a appris qu'ACC offre des services de gestion de cas aux vétérans ayant des problèmes de santé physique ou mentale complexes. Selon Michel Doiron, « une grande proportion des anciens combattants suivis par un gestionnaire de cas — ils sont environ 7 000 en ce moment —, souffrent effectivement de problèmes de santé mentale¹⁴⁶ ». À l'heure actuelle, il y a un gestionnaire de cas pour 40 anciens combattants. « Ce ratio ne tenait pas compte de toute la complexité et de l'intensité que suppose la gestion de cas quand il s'agit de clients souffrant de problèmes de santé mentale », a expliqué M. Doiron. Il a précisé qu'ACC tente de ramener ce ratio à 30 pour 1, tout en essayant aussi de réduire le délai entre l'assignation d'un gestionnaire de cas à un vétéran et la conception d'un plan de gestion de cas, délai qui varie actuellement de 45 à 60 jours. Selon M. Doiron, le ministère veut « accélérer grandement le processus¹⁴⁷ ».

Selon des renseignements livrés durant les témoignages, ACC « peut aussi faire appel à des gestionnaires de soins cliniques pendant une période limitée pour offrir un soutien particulièrement

¹⁴⁰ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 13 mai 2015 (Michel Doiron).

¹⁴¹ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 13 mai 2015 (David Ross).

¹⁴² *Ibid.*

¹⁴³ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 3 décembre 2014 (Jitender Sareen).

¹⁴⁴ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 13 mai 2015 (Michel Doiron).

¹⁴⁵ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 13 mai 2015 (David Ross).

¹⁴⁶ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 13 mai 2015 (Michel Doiron).

¹⁴⁷ *Ibid.*

intensif aux personnes qui en ont besoin », notamment à des vétérans ayant des besoins complexes en matière de santé mentale. ACC a également accès à plus de 4 000 fournisseurs communautaires de services en santé mentale pouvant offrir des soins aux vétérans qui souffrent de BSO dans l'ensemble du pays¹⁴⁸.

Parmi d'autres ressources, il existe également un Programme de service de pastorale (PSP) d'ACC et le programme Premiers soins en santé mentale. Le Programme de service de pastorale offre aux anciens combattants et à leur famille immédiate un soutien spirituel au moment opportun. Les services offerts par le programme sont semblables à ceux offerts aux membres actifs des FAC et de la GRC par les aumôniers de leur organisation respective¹⁴⁹. Quant au programme Premiers soins en santé mentale, il s'agit d'une nouvelle initiative lancée conjointement avec la Commission de la santé mentale du Canada. Le D^r Ross a souligné qu'il s'agit d'un programme de formation qui permet « d'enseigner assez rapidement à un groupe la façon de reconnaître, et non pas de diagnostiquer, des signes de détresse; de procéder à l'intervention initiale; et d'apporter le soutien voulu si des soins plus poussés s'imposent ». Il s'agit d'un outil particulièrement utile, selon lui, parce que « la plupart des gens aux prises avec des problèmes de santé mentale sont capables de s'en sortir par eux-mêmes, pour autant qu'ils aient accès aux options et aux mesures de soutien adéquates¹⁵⁰ ». L'objectif d'ACC est d'assurer la formation de Premiers soins en santé mentale à environ 3 000 vétérans, ainsi qu'aux membres de leur famille et à leurs dispensateurs de soins au cours des cinq prochaines années¹⁵¹.

Le sous-comité a aussi appris comment ACC se sert des nouvelles technologies pour sensibiliser davantage le public à la santé mentale et pour faire connaître ses programmes et ses services en matière de santé mentale aux vétérans. Par exemple, en 2013, ACC a lancé une application mobile gratuite appelée Coach ESPT Canada, laquelle permet aux vétérans et à leur famille de gérer les symptômes de l'ESPT. « L'application guide les anciens combattants dans leur processus d'adaptation et les aide à mesurer les progrès réalisés », a souligné le D^r Ross¹⁵². Il a mentionné aussi l'application Connexion PSO « pour iPhone ou Android qui vise simplement à mieux faire connaître nos services et à les rendre plus accessibles¹⁵³ ».

Enfin, ACC poursuit son partenariat avec les FAC dans le cadre du programme SSVSO lequel, comme il a déjà été mentionné, offre un soutien par les pairs aux membres actifs et aux membres retraités des FAC et de la GRC souffrant de BSO, ainsi qu'à leur famille¹⁵⁴.

IV. SUJETS DE PRÉOCCUPATION SELON LES TÉMOINS

Les témoins ont déterminé plusieurs sujets de préoccupation ou de possibles améliorations à apporter aux programmes et aux services offerts par les FAC, le MDN, la GRC et ACC aux membres actifs et aux membres retraités des FAC et de la GRC souffrant de BSO. Le sous-comité

¹⁴⁸ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 13 mai 2015 (David Ross).

¹⁴⁹ *Ibid.*

¹⁵⁰ *Ibid.*

¹⁵¹ ACC, [Les premiers soins en santé mentale](#); ACC, [200 millions de dollars pour des services de santé mentale](#), 23 novembre 2014.

¹⁵² Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 13 mai 2015 (David Ross).

¹⁵³ *Ibid.*

¹⁵⁴ *Ibid.*

s'attardera davantage sur ces questions à la prochaine étape de cette étude. Sont mentionnés ci-dessous certains des principaux sujets de préoccupation relevés par les témoins jusqu'à présent.

A. La stigmatisation associée à la maladie mentale et aux BSO

Plusieurs témoins ont insisté sur le fait que l'élimination de la stigmatisation associée aux BSO et aux autres problèmes de santé mentale demeure un important obstacle dans les FAC et dans la GRC. « La stigmatisation en ce qui concerne la santé mentale est encore très grande, il n'y a aucun doute là-dessus, tant au sein des Forces armées que dans la société en général », a indiqué la directrice générale de l'organisme La patrie gravée sur le cœur, Bronwen Evans. « Le phénomène est amplifié au sein du monde militaire parce qu'on s'attend à ce que les membres du personnel soient forts – cela fait partie de leur travail. » En ce qui a trait aux FAC, elle a déclaré : « Pour ce qui est des difficultés et des obstacles, on nous dit sans cesse que, même si le ministère de la Défense nationale et les Centres de ressources pour les familles des militaires offrent d'excellents programmes en santé mentale, les soldats ont peur de se faire juger s'ils y ont recours, que ce soit par l'entremise des centres de ressources ou dans le cadre de programmes gouvernementaux plus traditionnels¹⁵⁵ ».

Selon M^{me} Evans, les familles des militaires ressentent aussi de la stigmatisation. « Même les proches hésitent à s'adresser aux centres de ressources parce qu'ils vivent des moments difficiles à la maison et sentent que leur mari ou leur femme est peut-être en état de stress post-traumatique, car ils ont l'impression de le trahir et craignent qu'en agissant ainsi, ils pourraient compromettre sa carrière. » Les familles des militaires, rappelle M^{me} Evans, « cherchent à faire preuve de la résilience » qui est attendue de leur part. Ainsi, le fait de dire : « je vis des moments très difficiles » constitue une difficulté réelle¹⁵⁶. En somme, la stigmatisation constitue toujours un obstacle qui empêche bon nombre de membres des FAC et de familles de militaires d'accéder à des programmes et des services en matière de santé mentale.

Le psychologue clinicien et organisationnel Ron Frey partage ce point de vue. « La stigmatisation associée au fait de consulter un psychologue est toujours très présente » dans les FAC et dans la GRC, malgré les campagnes de sensibilisation menées à ce sujet par ces deux organisations au cours des dernières années¹⁵⁷. Selon le D^r Frey, la source de ce problème se trouve dans la culture.

Il y a beaucoup de belles paroles et il y a beaucoup de bons agents qui essaient de dire et de faire ce qu'il faut, mais au niveau de la culture, ce n'est toujours pas accepté. Si ces belles paroles ne se traduisent pas par des mesures concrètes, vos subordonnés, c'est-à-dire les soldats et les agents de la police, vont le savoir. Cela crée un environnement peu sécuritaire où on ne peut pas bâtir de relation forte avec les cliniciens afin de maintenir la résilience [...] Je dois dire qu'il y a une culture propice à refouler volontairement [...] Personne n'aime être un embarras pour sa famille. Pour ces soldats, ces agents de police et ces agents de la GRC [...] le régiment est leur famille. Le régiment fait partie de leur famille¹⁵⁸.

¹⁵⁵ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 8 octobre 2014 (Bronwen Evans).

¹⁵⁶ *Ibid.*

¹⁵⁷ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 19 novembre 2014 (Ron Frey).

¹⁵⁸ *Ibid.*

B. Gestion des risques psychologiques

Selon les propos tenus par le D^r Frey, les FAC et la GRC « éprouvent toujours de la difficulté à gérer les risques [psychologiques] associés à la protection de notre nation. »

Notre nation a déjà, au cours de nombreuses générations, pris nos jeunes dans la fleur de l'âge pour en faire de redoutables militaires et agents policiers. Formés à faire le contraire de ce que les êtres humains normaux font face à la mort et à la destruction, nos militaires, agents de police et anciens combattants ont été conditionnés à se battre, à ne pas fuir et à ne montrer aucun signe de faiblesse alors que nous, nous tremblons de peur et d'incertitude. Même si on a prouvé, au fil des siècles, que ces caractéristiques étaient recherchées pour les forces armées ou le service de police national de toute nation, très peu de réflexions ont été menées sur la gestion des risques [psychologiques] découlant de la création de machines de combat aussi efficaces¹⁵⁹.

Le D^r Frey a reconnu que même si les FAC et la GRC ont tenté d'améliorer la prévention et le traitement des BSO au cours des dernières années, il reste que malgré ces efforts, « nos militaires, nos policiers et policières et nos anciens combattants continuent à vivre l'angoisse des BSO dans un silence étouffant ». Voici l'explication du D^r Frey à propos de cette situation :

Je pense que la prévalence constante des BSO résulte d'une gouvernance qui n'a pas su bien gérer en vue de la performance les risques associés au métier de soldat et de policier. S'ajoute à cela une mentalité bien enracinée, du moins dans le monde policier, visant la promotion d'officiers par ailleurs très compétents du point de vue traditionnel, mais sans une compréhension adéquate des facteurs humains et organisationnels qui contribuent de manière importante à l'efficacité opérationnelle globale des forces policières dans un contexte national ou international. Cette mentalité fait en sorte que les quelques dirigeants de la GRC qui reconnaissent et dénoncent les risques associés au défaut de reconnaître, d'analyser et d'atténuer les facteurs systémiques qui contribuent aux BSO sont soit pénalisés pour en avoir parlé, rétrogradés, débauchés par le secteur privé ou même par d'autres instances gouvernementales. En bref, le problème des BSO est lié à la culture militaire et paramilitaire. En ne s'intéressant qu'à un seul aspect de la préparation opérationnelle, on empêche ces organisations d'être réellement efficaces¹⁶⁰.

Selon lui, « il faut une transformation progressive de la culture institutionnelle grâce à une surveillance axée sur le rendement par la gouvernance ainsi qu'une gestion des risques systémiques au niveau opérationnel ». Il a par la suite précisé comment effectuer cette transformation :

Pour procéder à cette transformation, les Forces armées canadiennes et la GRC doivent engager des professionnels indépendants qui ont l'expérience nécessaire pour permettre à des organisations essentielles à la sécurité de gérer en fonction du rendement tous leurs risques, y compris les BSO, pour les réduire au niveau minimum raisonnable en pratique [...] Il nous incombe de reconnaître qu'en fin de

¹⁵⁹ *Ibid.*

¹⁶⁰ *Ibid.*

compte, l'état de préparation opérationnelle des forces armées et de notre force policière nationale dépend de l'efficacité des organismes de surveillance à les gouverner et de l'efficacité de leur état-major à gérer les facteurs de risque humains et organisationnels, à l'échelle systémique. Ce n'est qu'en travaillant sur ces deux aspects de l'état de préparation opérationnelle que nous pourrions donner à nos militaires, policiers et policières la capacité de continuer à servir leur pays de manière honorable et résiliente¹⁶¹.

Le D^r Frey suggère de renforcer les capacités et les moyens des FAC et de la GRC de gérer les risques de façon préventive au lieu de les gérer rétroactivement. « Il vaudrait beaucoup mieux prévenir ce genre de blessure », a-t-il indiqué, puisque « c'est beaucoup plus difficile de traiter une telle blessure, une fois qu'elle a été infligée¹⁶² ».

C. Coopération entre les FAC, le MDN, la GRC et ACC

Le sous-comité a entendu les témoignages de plusieurs témoins qui ont raconté comment les FAC, le MDN, la GRC et ACC travaillent de concert pour éviter de dédoubler les mesures en matière de soins de santé mentale et pour améliorer la prestation des programmes et des services aux membres actifs et aux membres retraités des FAC et de la GRC qui souffrent de blessures de stress opérationnel liées à leur service¹⁶³.

Plusieurs témoins ont raconté comment les FAC, la GRC et ACC se réunissent par l'entremise d'un comité directeur afin d'améliorer la transition à la vie civile des membres des FAC et de la GRC, de mieux gérer les vétérans, de se transmettre des pratiques exemplaires, les résultats de recherches ainsi que les programmes¹⁶⁴. Le sous-comité a également appris l'existence d'une collaboration très étroite et d'un partage des ressources entre les centres de soutien pour trauma et stress opérationnels (CSTSO) des FAC et du réseau des cliniques TSO d'ACC. Il a également été informé de l'existence d'un protocole d'entente entre les FAC, la GRC et ACC, lequel permet aux membres de la GRC d'être traités dans les CSTSO des FAC et des cliniques TSO d'ACC. Les FAC, la GRC et ACC participent également au programme de soutien par les pairs du Soutien social aux victimes de stress opérationnel (SSVSO)¹⁶⁵. De plus, le sous-comité a appris comment les FAC et ACC partagent de nouvelles technologies pour améliorer la prestation des programmes et des services en matière de santé mentale auprès des membres actifs et des membres retraités des FAC souffrant de BSO. Un exemple de ce partage des ressources est le système de surveillance des résultats signalés par les clients (SSRSC), un outil électronique conçu par ACC. Comme son nom l'indique, cet outil aide les cliniciens à mieux suivre et à mieux évaluer l'état mental de leurs patients et à vérifier rapidement si l'état d'une personne est stable, s'améliore ou se détériore. Le SSRCS est maintenant déployé dans les FAC. Le SSRCS devrait faciliter la transition à la vie civile pour les

¹⁶¹ *Ibid.*

¹⁶² *Ibid.*

¹⁶³ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (lieutenant-général David Millar).

¹⁶⁴ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 13 mai 2015 (Michel Doiron); Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (lieutenant-général David Millar).

¹⁶⁵ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (lieutenant-colonel Alexandra Heber et colonel Andrew Downes).

membres des FAC souffrant de BSO puisque les FAC et ACC utiliseront le même outil, lequel permet la transmission des données entre les deux organisations¹⁶⁶.

Cela étant dit, les témoins ont indiqué qu'il existe encore des domaines où la coopération interministérielle peut être renforcée et améliorée. « Je pense que nous fournissons des services dans la plupart voire la totalité des domaines requis », a expliqué le colonel Blais, mais « nous tentons de collaborer encore plus étroitement [...] afin que lorsque les militaires quittent les Forces [armées] canadiennes, ils puissent avoir accès sans délai aux services du ministère des Anciens Combattants. Nous tentons d'harmoniser le plus possible les programmes afin que les normes relatives aux soins ne varient pas d'une organisation à l'autre¹⁶⁷. »

Un des domaines où il est possible d'améliorer la situation est celui de la transition à la vie civile des membres des FAC qui sont blessés ou malades. Même si des fonctionnaires des FAC et d'ACC ont indiqué au sous-comité que leurs organisations s'efforcent le plus possible de procéder à une transition vers la vie civile sans heurts, M^{me} Evan a souligné qu'il y avait encore des « problèmes » avec « le transfert du ministère de la Défense nationale à celui des Anciens Combattants ». Les explications de M^{me} Evans : « Une fois libéré de l'armée, on devient pour ainsi dire un client des Anciens Combattants; les Forces canadiennes et le ministère de la Défense nationale ne sont plus responsables de nous fournir de l'appui en matière de santé mentale. D'après ce que nous ont dit certains anciens combattants, devenir un client du ministère des Anciens Combattants est un processus assez compliqué, qui comporte beaucoup de paperasse¹⁶⁸. » De plus, selon le colonel Downes, « il peut parfois devenir difficile de prodiguer les soins nécessaires aux militaires qui quittent les Forces du fait que certains vont s'installer dans des régions éloignées où ils n'ont pas nécessairement accès à toute la gamme des services que nous souhaiterions leur offrir¹⁶⁹ ».

D'autres problèmes relevés par M^{me} Evans sont liés à l'emploi civil d'anciens combattants des FAC souffrant de BSO ou d'autres problèmes de santé mentale. Il y a quelques années, ACC a demandé à La patrie gravée sur le cœur, une fondation non gouvernementale qui soutient les membres actifs et retraités des FAC, ainsi que leur famille, d'assembler et de diriger un Conseil sur la transition des vétérans (CTV). Composé de représentants des secteurs public et privé, ce comité avait comme mandat d'analyser le marché de l'emploi et de faciliter l'emploi des anciens combattants dans la vie civile. « Notre mandat consistait à examiner les obstacles auxquels les anciens combattants font face durant leur transition vers un emploi civil », a confirmé M^{me} Evans. Dans le cadre de ses travaux de recherche, le Conseil sur la transition des vétérans a découvert qu'il arrive « que les employeurs aient des réticences » pour embaucher des vétérans malades ou blessés. Bon nombre de gens « présument qu'un militaire qui a servi en Afghanistan et vu des choses atroces est forcément atteint d'un trouble de stress post-traumatique ou d'un problème de santé mentale qui l'empêchera de s'acclimater à son milieu de travail. Il nous reste beaucoup de chemin à faire de ce

¹⁶⁶ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 13 mai 2015 (David Ross); Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (lieutenant-général David Millar et colonel Rakesh Jetly); Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 29 octobre 2014 (lieutenant-colonel Alexandra Heber).

¹⁶⁷ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 29 octobre 2014 (colonel Gerry Blais).

¹⁶⁸ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 8 octobre 2014 (Bronwen Evans).

¹⁶⁹ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (colonel Andrew Downes).

côté-là¹⁷⁰. » Les témoins croient qu'il est nécessaire que les FAC et ACC améliorent leurs efforts de sensibilisations auprès du secteur privé pour inciter davantage d'employeurs civils à embaucher des militaires ou des anciens combattants qui souhaitent faire la transition vers un emploi civil, surtout ceux souffrant de BSO.

Le transfert des dossiers médicaux des FAC à ACC est un autre problème qu'ont relevé les témoins. L'une des contrariétés souvent associées au processus de transition est la difficulté qu'éprouvent les vétérans à accéder à leurs dossiers médicaux complets. Rassembler tous les dossiers, les analyser et les transmettre peut nécessiter beaucoup de temps. Cela dit, le sous-comité a été mis au courant que les FAC numérisent actuellement tous les dossiers médicaux afin d'accélérer et de faciliter le transfert des dossiers à ACC. Voici les explications du lieutenant-général Millar :

Nous avons toujours conservé nos dossiers médicaux sur papier dans les bases, les quartiers généraux opérationnels ou même les installations médicales aux quartiers généraux nationaux. Lorsqu'un militaire prend sa retraite, nous devons rassembler tous ces papiers pour transférer le dossier à un autre agent, à Anciens Combattants Canada par exemple. Comme l'accumulation de papier rend l'opération fastidieuse, nous procédons à la numérisation des dossiers. Il a été récemment convenu d'accroître nos capacités en la matière de façon à permettre un transfert rapide de ces documents¹⁷¹.

Les FAC ont accepté d'intégrer du personnel d'ACC au sein des Services de santé des Forces canadiennes pour améliorer le processus, « de telle sorte qu'ils puissent avoir accès à ces dossiers et entreprendre sans tarder le processus de libération pour des raisons médicales. Ainsi, Anciens Combattants Canada peut amorcer les procédures administratives de six mois à un an à l'avance pour que les prestations soient directement accessibles et que l'on soit bien au fait des soins qui doivent être dispensés et que la transition se passe pour le mieux », précise le lieutenant-général Millar¹⁷². Il a aussi été mentionné que les FAC ont décidé de remettre une copie du dossier médical à ses membres au moment de leur libération afin qu'ils aient déjà leur dossier en leur possession¹⁷³.

Un autre sujet de préoccupation des témoins est l'accès aux membres retraités de la GRC aux cliniques TBO d'ACC. Selon ce qui a été révélé au sous-comité, contrairement aux vétérans des FAC, les membres retraités de la GRC ont accès aux cliniques TSO d'ACC seulement s'ils sont des bénéficiaires d'une pension d'invalidité d'ACC¹⁷⁴. En résumé, l'accès aux cliniques TSO d'ACC n'est pas le même pour les membres retraités des FAC que pour les membres retraités de la GRC. Selon quelques témoins, il s'agit d'une lacune : certains honorables sénateurs se demandent pourquoi les membres retraités de la GRC n'auraient pas le même accès à ces cliniques que les membres retraités des FAC. L'explication de cette différence d'accès semble être du côté de la GRC et de son protocole d'entente avec ACC. « Nous [ACC] avons conclu un protocole d'entente avec la GRC [...] pour fournir les services, et il faut que les clients nous soient envoyés », explique M. Doiron. « Pour les anciens militaires, c'est notre mandat. C'est dans les dispositions [de la loi]; c'est clair. Cela

¹⁷⁰

Ibid.

¹⁷¹

Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (lieutenant-général David Millar).

¹⁷²

Ibid.

¹⁷³

Ibid.

¹⁷⁴

Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 6 mai 2015 (sous-commissaire Daniel Dubeau, sergent Brian Sauvé et Sylvie Châteauvert).

fonctionne tout de même par envoi, mais c'est couvert par nos budgets. Qu'il s'agisse d'une personne ou de 1 000 personnes, les fonds sont là. Pour ce qui est de la GRC, c'est couvert par son budget. Nous lui envoyons la facture ». Cela dit, M. Doiron a précisé : « Quant aux services qu'ils reçoivent, ce sont les mêmes¹⁷⁵. » M. Doiron a ajouté que même si les membres retraités de la GRC n'ont pas accès à une clinique TSO du réseau, ils ont tout de même accès, comme tous les Canadiens, au système de soins de santé de leur province et à des services de santé mentale. [...] La plupart des collectivités de notre grande nation comptent des psychologues et des psychiatres¹⁷⁶ ».

D. Rejoindre les réservistes

Au cours de ses travaux, le sous-comité a appris que les réservistes des FAC tendent à être plus résilients aux BSO que leurs collègues qui sont des membres de la Force régulière. Comme l'a expliqué le Lieutenant-général Millar lors d'une audience :

Les réservistes semblent faire preuve de plus de résilience sur le plan de la santé mentale que les membres de la Force régulière [...] Quand j'ai examiné les Études sur la vie après le service et diverses études à avoir été menées auprès des réservistes, cela m'a ouvert les yeux. J'attribue le fait que les membres de la Force de réserve sont plus résilients au fait qu'un réserviste évolue à l'extérieur du milieu militaire – tant sur le plan professionnel que sur le plan familial – et que, en partant, il a vécu un plus grand éventail d'expériences. Dans le milieu militaire, nous vivons les mêmes expériences et nous nous ressemblons tous. Cette expérience en tant que civil, combinée à leur expérience militaire, semble leur permettre de faire preuve de plus de résilience et de souplesse et de mieux s'adapter¹⁷⁷.

Pendant, le sous-comité a appris que les FAC et ACC éprouvent de la difficulté à joindre les réservistes qui souffrent de BSO parce que la majorité d'entre eux ne vivent pas sur une base militaire ou à proximité d'une base militaire, lieu où sont offerts la plupart des programmes et des services en matière de santé mentale. M^{me} Evans a mis en lumière cette situation :

On nous dit aussi que les réservistes, parce qu'ils ne vivent pas sur une base, ne connaissent pas les programmes dont ils pourraient se prévaloir [...] Lorsqu'on vit dans une base ou qu'on fait partie de la Force régulière, l'information au sujet des programmes nous est mieux communiquée que lorsqu'on appartient aux forces de réserve.

Selon moi, ce n'est pas tant que les programmes de santé mentale destinés aux réservistes sont insuffisants; je crois plutôt qu'il s'agit d'un problème de communication : il faut mieux informer les réservistes au sujet des programmes existants¹⁷⁸.

¹⁷⁵ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 13 mai 2015 (Michel Doiron).

¹⁷⁶ *Ibid.*

¹⁷⁷ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (lieutenant-général David Millar).

¹⁷⁸ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 8 octobre 2014 (Bronwen Evans).

M. Doiron a expliqué que traiter avec les réservistes comporte « son lot de difficultés, car les réservistes s'enrôlent dans les Forces, ils y servent, puis ils retournent dans leur collectivité et disparaissent¹⁷⁹ ».

Le lieutenant-général Millar et M. Doiron ont tous deux dit au sous-comité que les FAC et ACC tentent continuellement d'améliorer la communication avec les réservistes souffrant de BSO ainsi que le moyen de faciliter leur accès aux programmes et services en matière de santé mentale. Des investissements en télésoins ont eu des retombées positives à cet égard.¹⁸⁰ Cela étant dit, M. Doiron a souligné que « la principale difficulté est de les inciter à se manifester et à leur offrir des services dans leurs collectivités respectives ». « Les services leur sont accessibles et nous les prenons en charge s'ils ont reçu un diagnostic », a précisé M. Doiron, « mais ils doivent se manifester ». Puisque les entrevues de transition d'ACC ne sont pas obligatoires pour les réservistes, bon nombre d'entre eux retournent à la vie civile sans connaître les programmes et les services auxquels ils ont droit à ACC. « Je pense que la lacune [...] est de leur faire savoir que les services sont offerts. » Selon les précisions de M. Doiron, ACC travaille en collaboration avec les hauts dirigeants des Forces armées canadiennes pour s'assurer que les réservistes soient au courant que les services existent¹⁸¹.

E. Rejoindre les anciens combattants itinérants

Plusieurs témoins ont parlé de l'importance d'aider les anciens combattants itinérants, lesquels sont nombreux à souffrir de BSO et d'autres troubles de santé mentale. M. Howard Chodos de la Commission de la santé mentale du Canada a transmis des renseignements intéressants à propos du projet de recherche At Home/Chez soi de la Commission de la santé mentale du Canada. Ce projet, a-t-il précisé, « est le projet de recherche le plus important sur l'itinérance et la maladie mentale jamais entrepris dans le monde ». Parmi les 2 298 participants de l'étude At Home/Chez soi, menée à Montréal, Toronto, Vancouver, Winnipeg et Moncton, 99 d'entre eux (4,3 %) étaient des anciens combattants. Selon M. Chodos, l'étude a permis de constater que « même si les anciens combattants qui sont itinérants ne diffèrent pas beaucoup des autres itinérants qui ont une maladie mentale grave et persistante, ils étaient 1,4 fois plus susceptibles que les autres Canadiens de souffrir de l'ESPT¹⁸² ».

Des fonctionnaires d'ACC ont expliqué au sous-comité que leur ministère tente de rejoindre davantage les anciens combattants itinérants. Comme l'a expliqué M. Doiron :

Nous collaborons avec les organismes d'intervention en itinérance. Nous collaborons avec EDSC [Emploi et Développement social Canada], qui a un projet pour les sans-abri. D'ailleurs, nous procédons actuellement à l'évaluation d'un projet pour les sans-abri que nous menons en collaboration avec EDSC. Nous travaillons en étroite collaboration avec les Légions [Légion royale canadienne], qui ont lancé une initiative de lutte contre l'itinérance. Nous avons établi un partenariat avec VETS Canada. Cet organisme a des gens sur le terrain, des militaires ou des agents de la

¹⁷⁹ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 13 mai 2015 (Michel Doiron).

¹⁸⁰ *Ibid.*; Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 4 février 2015 (lieutenant-général David Millar).

¹⁸¹ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 13 mai 2015 (Michel Doiron).

¹⁸² Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 28 mai 2014 (Howard Chodos).

GRC à la retraite. Ils patrouillent dans les parcs et les rues de notre grand pays pour identifier les gens¹⁸³.

Il a également ajouté que « ce n'est pas tâche facile, parce qu'il y a beaucoup de problèmes de santé mentale, de toxicomanie et de santé physique ». Mais, a-t-il précisé, « il existe toutefois divers mécanismes pour essayer de les identifier et de les inciter à participer aux divers programmes¹⁸⁴ ».

F. Partager l'expertise en BSO

Certains témoins ont déclaré au sous-comité qu'il faudrait que les FAC, la GRC et ACC partagent avec d'autres organisations l'expertise acquise, dans le but d'en faire profiter un plus grand nombre de victimes de BSO. Il faut savoir qu'ils partagent déjà effectivement leur recherche en BSO avec des partenaires comme l'ICRSMV, et que les FAC travaillent de concert avec la Commission de la santé mentale du Canada pour étendre son programme RVPM au secteur civil, et, du coup, y donner accès aux forces policières, aux pompiers et à d'autres types de premiers intervenants. D'autres témoins croient pourtant qu'il serait possible d'en faire encore davantage pour partager cette expertise.

Par exemple, certains témoins ont fait remarquer au sous-comité que cette expertise des FAC, de la GRC et d'ACC pourrait être profitable aux fonctionnaires fédéraux, particulièrement ceux qui œuvrent dans des ministères et agences du gouvernement liés à l'application des lois, à la sécurité et à la défense nationales. Selon ce qui a été divulgué au sous-comité, les fonctionnaires de certains de ces ministères et agences doivent souvent travailler durant de longues heures dans des conditions difficiles, stressantes et parfois dangereuses, conditions qui mettent à l'épreuve leur santé physique et mentale. Par exemple, les agents de l'Agence des services frontaliers du Canada (ASFC) sont désormais armés et ont été impliqués dans plusieurs fusillades au cours des dernières années. Les agents du Service correctionnel Canada (SCC) qui travaillent dans les prisons sont souvent menacés par les détenus, agressés ou font l'objet de diverses formes de violence¹⁸⁵.

Par ailleurs, au cours des dernières années, de nombreux fonctionnaires fédéraux ont travaillé aux côtés des membres des FAC et de la GRC dans des opérations militaires ou policières au Canada et à l'étranger. Par exemple, des centaines de fonctionnaires civils et de diplomates canadiens ont été déployés en Afghanistan de 2001 à 2014¹⁸⁶. Ces fonctionnaires ont travaillé aux côtés de plus de 40 000 membres des FAC¹⁸⁷ et de près de 300 policiers de la GRC et de 22 corps policiers provinciaux et municipaux qui ont été déployés en Afghanistan durant cette même période¹⁸⁸. Parmi ces personnes, il y a avait plus de 155 fonctionnaires civils du MDN¹⁸⁹ et de nombreux autres du ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement (MAECD), de l'ASFC, de

¹⁸³ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 13 mai 2015 (Michel Doiron).

¹⁸⁴ *Ibid.*

¹⁸⁵ *Ibid.*

¹⁸⁶ MDN, [Les Forces armées canadiennes en Afghanistan](#), 28 avril 2015.

¹⁸⁷ *Ibid.*

¹⁸⁸ Gendarmerie royale du Canada (GRC), [Participation de la police civile canadienne en Afghanistan](#), 30 avril 2014.

¹⁸⁹ MDN, [Fiche technique – Personnel des Forces canadiennes en déploiement dans le cadre d'opérations des Forces canadiennes](#), 19 novembre 2012. Ce nombre ne tient pas compte des centaines de fournisseurs contractuels civils du MDN déployés en Afghanistan; environ 400 ont travaillé à Kaboul et 300 autres à Kandahar en vertu du Programme de soutien contractuel des Forces canadiennes (CANCAP). Voir Christopher Spearin, « Canada and Contracted War: Afghanistan and Beyond », *International Journal*, vol. 69, n^o 4 (2014), p. 527.

SCC, du Service canadien de renseignement de sécurité (SCRS) et Sécurité publique Canada, pour n'en nommer quelques-uns¹⁹⁰. Ces personnes ont travaillé dans le même théâtre des opérations que les membres des FAC et de la GRC et ont été exposées à des menaces et à des facteurs de stress semblables à ceux des militaires et des policiers.

Interrogé à propos d'ACC et de la pertinence d'offrir des services de santé mentale à ces fonctionnaires, surtout ceux ayant été déployés à l'étranger dans le cadre d'opérations militaires, M. Doiron a répondu : « C'est quelque chose qui me préoccupe. » Selon lui, « l'ensemble du gouvernement devrait se pencher sur la question¹⁹¹ ». Selon ses explications, « la Commission de la santé mentale du Canada indique que 20 p. 100 des Canadiens vont un jour être aux prises avec des problèmes de santé mentale », ce qui comprend les fonctionnaires fédéraux. M. Doiron a toutefois précisé qu'à l'heure actuelle, ACC n'a pas le mandat d'offrir des services de santé mentale à ces fonctionnaires. Il a dit avoir été approché par SCC « pour savoir si nous pouvions lui donner accès aux cliniques TSO », mais qu'il a dû répondre par la négative parce qu'ACC n'a « pas le mandat qu'il faut, ni les ressources humaines et financières nécessaires » pour offrir ces services¹⁹².

Cela dit, M. Doiron a expliqué au sous-comité qu'ACC tente, dans les limites de son mandat, d'offrir des services de santé mentale aux ministères et agences du gouvernement fédéral. Par exemple, ACC a « pu fournir de l'aide à certaines des personnes » qui ont été impliquées dans l'attaque terroriste sur la Colline du Parlement le 22 octobre 2014 et le Ministère avait « du personnel sur le terrain » pour prêter assistance dans la foulée de la fusillade de Moncton en juin 2014, au cours de laquelle trois policiers ont perdu la vie et deux autres ont été gravement blessés¹⁹³. Mais, plusieurs témoins sont d'avis qu'il faudrait offrir davantage de services. M. Doiron a indiqué au sous-comité que les problèmes de santé mentale ne sont « pas que l'affaire d'Anciens Combattants et de la GRC, et cela ne touche pas que les employés du gouvernement du Canada ». L'ensemble du gouvernement et l'ensemble du pays devraient se pencher sur la question¹⁹⁴.

G. Recherche

Plusieurs personnes ont mentionné durant leur témoignage la nécessité de faire davantage de recherche sur les BSO et d'autres problèmes de santé mentale. M. Chodos a mentionné qu'il y « a encore énormément à faire pour faire évoluer davantage l'attitude à l'égard de la santé et de la maladie mentales, et pour améliorer l'accès aux services, aux soutiens, aux thérapies dont on a besoin¹⁹⁵ ».

Le D^r Sareen a la même opinion. « Bien que la majorité des gens aux prises avec des troubles de l'humeur et des troubles anxieux réagissent bien aux traitements psychologiques et pharmacologiques, de 50 à 60 p. 100 d'entre eux », le D^r Sareen précise toutefois qu'une minorité importante continue à souffrir. Selon lui, ce seul fait est suffisant pour qu'il y ait davantage de

¹⁹⁰ MDN, [L'héritage des Forces armées canadiennes en Afghanistan](#), 22 janvier 2015; Service correctionnel Canada (SCC), [Le SCC en Afghanistan](#), 8 avril 2014; à propos du SCRC, voir aussi Michel Tierney, [Le passé, le présent et l'avenir : L'évolution du renseignement étranger canadien dans un contexte mondialisé](#), *Revue militaire canadienne*, vol. 15, n° 2 (printemps 2015), p. 44-54 de la version anglaise.

¹⁹¹ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 13 mai 2015 (Michel Doiron).

¹⁹² *Ibid.*

¹⁹³ *Ibid.*

¹⁹⁴ *Ibid.*

¹⁹⁵ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 28 mai 2014 (Howard Chodos).

travaux de recherche. Selon lui, « nous devons accentuer les recherches et mieux évaluer les pratiques exemplaires afin d'aider ceux qui ne réagissent pas positivement aux traitements psychologiques et pharmacologiques de première ligne¹⁹⁶ ». Par exemple, il y a actuellement un grand intérêt à propos des chiens d'assistance pour les personnes souffrant de BSO, mais, comme l'a expliqué le Colonel Blais, « il n'y a pas encore assez de recherches sur la question » et de données probantes pour conclure si l'utilisation de ces chiens est efficace ou non. C'est pourquoi il a mentionné qu'ACC mène actuellement des recherches sur l'utilité des chiens d'assistance¹⁹⁷.

H. Sensibilisation et éducation en matière de santé mentale

Le sous-comité a entendu des témoignages sur la nécessité continue de sensibiliser et d'éduquer davantage la population sur la santé mentale. Par exemple, le D^r Sareen a expliqué qu'il doit y avoir davantage de sensibilisation auprès du public sur les dangers de l'automédication au moyen d'alcool ou de drogues.

Des preuves scientifiques sérieuses démontrent que la cooccurrence de dépendances aux drogues et à l'alcool vient exacerber les troubles de l'humeur et les troubles anxieux. Les gens consomment souvent de l'alcool ou de la marijuana, ou d'autres drogues illicites, pour se soulager de leur insomnie, des cauchemars et des mauvais souvenirs. À mon avis, il faut investir dans l'évaluation et le traitement des dépendances chez le personnel militaire et les anciens combattants. Je crois qu'on fait du bon travail de ce côté, mais il reste du chemin à faire pour aider les personnes qui sont aux prises avec un problème de dépendance et un problème de santé mentale. Les problèmes de santé physique et la douleur chronique sont aussi courants chez les militaires et les anciens combattants, et l'utilisation possible ou réelle de médicaments opiacés d'ordonnance inquiète de plus en plus. Par ailleurs, l'utilisation de la marijuana à des fins médicales pour le traitement de la douleur et de l'état de stress post-traumatique est grandement controversée et fait l'objet d'un débat houleux. Nous avons besoin d'études appliquées pour déterminer quelles sont les meilleures pratiques pour traiter les patients souffrant à la fois de douleur chronique et de stress post-traumatique¹⁹⁸.

Un autre problème est celui du suicide. Plusieurs témoins ont mentionné qu'il devrait y avoir davantage d'investissements dans la prévention du suicide. Le D^r Sareen a notamment suggéré que les FAC et ACC augmentent leurs efforts de prévention du suicide grâce aux médias. Voici ses explications :

Selon la presque totalité des politiques de prévention du suicide du monde, les médias font un traitement sensationnaliste du suicide, publiant l'information à la une et répétant l'histoire encore et encore, ce qui pourrait avoir un effet de contagion. Nous avons tenté de travailler avec l'Association des psychiatres du Canada afin de le faire savoir aux médias. Les médias essaient de communiquer des connaissances sur le suicide sur la tribune publique, de modifier les politiques et de sensibiliser les gens. Nous tentons de collaborer avec l'Association des psychiatres du Canada et

¹⁹⁶ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 3 décembre 2014 (Jitender Sareen).

¹⁹⁷ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 29 octobre 2014 (colonel Gerry Blais).

¹⁹⁸ Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 3 décembre 2014 (Jitender Sareen).

l'armée afin de travailler avec les médias [...] Sachez que quand on fait un reportage sur une personne qui s'est suicidée, il faut également parler des ressources qui s'offrent en situation de crise et faire état des issues positives. L'ennui, c'est que certains médias ont l'impression que nous tentons de les censurer, alors que ce n'est pas notre intention. Nous essayons de les convaincre de faire des reportages sécuritaires [...] Il importe de parler davantage des vainqueurs que des victimes¹⁹⁹.

En fin de compte, le D^r Sareen a préconisé l'utilisation des mesures suivantes pour améliorer la sensibilisation aux problèmes de santé mentale et l'éducation chez les membres actifs des FAC et de la GRC.

Que peut-on faire au niveau de la population pour réduire les problèmes de santé mentale et les comportements suicidaires parmi les militaires et les anciens combattants? Il faut premièrement tenter d'éliminer les stigmates chez le personnel militaire et les anciens combattants et continuer de les sensibiliser à l'importance d'un traitement précoce des problèmes de santé mentale et des dépendances [...] Si on pouvait devancer l'accès aux soins pour les personnes souffrant d'anxiété ou de dépression, on pourrait peut-être réduire les conséquences indésirables.

Dans les médias, il faut diffuser des histoires heureuses de guérison et de résilience pour réduire les stigmates associés à l'utilisation des services de santé mentale. Il faut envisager d'offrir du soutien et de la formation en psychologie au personnel militaire au moment de leur entrée en fonction, mais surtout au moment de leur départ. La période d'une année ou deux qui suit la fin du service militaire est une période de grande vulnérabilité, et nous devons améliorer les services offerts à ce moment-là. Espérons que les découvertes faites récemment vont avoir une incidence à cet égard.

Finalement, il est important de limiter l'accès à de grandes quantités de médicaments d'ordonnance et à des armes à feu aux personnes à haut risque de mort ou de suicide. Il faut penser à des politiques et à des pratiques qui permettront d'en réduire l'accès²⁰⁰.

I. Soutien familial

L'importance du soutien familial a été mise en lumière par M. Corneil. « Un soldat sans famille, ça n'existe pas », a-t-il dit. Les membres de la famille des anciens combattants ou des militaires traumatisés sont généralement les premiers à « observer les signes de difficulté ». Les familles « sont les aidants naturels primaires ». Mais souvent, les familles ne savent pas quoi faire pour aider un porche qui souffre d'une BSO. De plus, elles « sont souvent exclues du processus [de récupération] et ne sont pas considérées comme un des éléments de l'équipe de traitement. » Selon M. Corneil, « nous devons nous assurer que notre approche clinique est renforcée par le soutien social et le traitement collectif » et reconnaître le rôle crucial que jouent les familles dans le processus de récupération. Il croit que les familles « doivent recevoir les informations appropriées et bénéficier d'une formation adéquate afin d'être en mesure de prodiguer leurs soins à la personne blessée atteinte²⁰¹ ». Le sous-comité a

¹⁹⁹

Ibid.

²⁰⁰

Ibid.

²⁰¹

Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 11 juin 2014 (Wayne Corneil).

pris bonne note des efforts consacrés par les FAC et le MDN pour intégrer les familles à chaque stade du traitement.

V. CONCLUSION

Le sous-comité a été impressionné par l'ampleur du travail accompli afin de soutenir les membres actifs et les membres retraités des FAC et de la GRC qui souffrent de BSO, mais il comprend tout à fait qu'il a à peine effleuré la surface de cet enjeu à ce stade-ci de l'étude. Le sous-comité entend poursuivre ses travaux d'étude à la prochaine législature. Au cours des mois qui suivront, le sous-comité convoquera davantage de témoins avant de rédiger son rapport final. Le sous-comité entend poursuivre son évaluation des programmes et services du gouvernement fédéral offerts aux membres actifs et aux membres retraités des FAC et de la GRC souffrant de BSO, ainsi qu'à leur famille. Il analysera également les programmes et les services offerts aux anciens combattants par l'entremise des organismes non gouvernementaux et du secteur privé. Le sous-comité a déjà entendu des témoignages de représentants de l'ICRSMV, des Services de lutte contre les dépendances et de santé mentale Kingston Frontenac et de La patrie gravée sur le cœur; mais il planifie d'analyser les activités d'autres organismes non gouvernementaux qui travaillent dans ce domaine²⁰². Le sous-comité aimerait également obtenir davantage de renseignements sur les ressources offertes aux anciens combattants souffrant de BSO de pays alliés comme l'Australie, le Royaume-Uni et les États-Unis, ainsi que sur les investissements de ces pays dans ce domaine. Nous voulons étudier comment ces efforts se comparent avec ceux du Canada.

Dans la dernière phase de son étude, le sous-comité se penchera sur les technologies nouvelles ou émergentes et les traitements nouveaux ou émergents afin d'aider les anciens combattants souffrant de BSO. Il analysera les recherches actuelles sur les BSO, de même que le soutien thérapeutique par les pairs, la formation sur la résilience, la zoothérapie, la technologie mobile de télésoins, les applications médicales et thérapeutiques de la réalité virtuelle, ainsi que d'autres technologies et d'autres formes de traitements. Le sous-comité analysera plus particulièrement comment pourrait se faire l'intégration de ces nouvelles technologies et de ces nouveaux traitements aux programmes et services existants au sein des FAC, du MDN, de la GRC et d'ACC.

Une fois ces étapes terminées, le sous-comité déposera un rapport final, lequel contiendra une série de recommandations faites au gouvernement du Canada.

²⁰² Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 8 octobre 2014 (Bronwen Evans); Sous-comité sénatorial des anciens combattants, *Témoignages*, 2^e session, 41^e législature, 1^{er} octobre 2014 (Victoria Huehn); Sous-comité sénatorial des anciens combattants, [Témoignages](#), 2^e session, 41^e législature, 12 février 2014 (Alice Aiken).

ANNEXE 1 – TÉMOINS

Organization	Nom/titre	Date
<i>41^e Législature – 2^{ième} Session</i>		
Anciens Combattants Canada	<p>Michel Doiron, sous-ministre adjoint, Secteur de la prestation des services</p> <p>David Ross, gestionnaire par intérim, coordonnateur clinique nationale</p>	13 mai 2015
Gendarmerie royale du Canada	<p>Sylvie Châteauvert, directrice générale, Direction générale de la santé et sécurité au travail</p> <p>Daniel Dubeau, sous-commissaire, dirigeant principal des Ressources humaines</p> <p>Gilles Moreau, commissaire adjoint, assistant dirigeant principal des Rh et directeur général, Programmes et services relatifs à l'effectif des Rh</p>	6 mai 2015
Programme des représentants des relations fonctionnelles à la GRC	<p>Sergent Brian Sauvé, représentant des relations fonctionnelles et président du comité RRF santé et sécurité de travail</p> <p>Sergent d'état-major Abe Townsend, exécutif national</p>	6 mai 2015
Anciens Combattants Canada	<p>David Pedlar, directeur, Direction de la recherche, Études sur la vie après le service (EVAS), Secteur des politiques, communications et commémoration</p> <p>Dr Jim Thompson, conseiller de la recherche médicale</p>	22 avril 2015

Défense nationale et les Forces armées canadiennes	<p>Colonel Andrew Downes, directeur en santé mentale, Services de santé des Forces canadiennes</p> <p>Colonel Rakesh Jetly, conseiller en santé mentale, Direction de la santé mentale, Services de santé des Forces canadiennes</p> <p>Colonel Hugh Colin MacKay, médecin-chef adjoint, Services de santé des Forces canadiennes</p> <p>Lieutenant-général David Millar, chef du personnel militaire</p>	4 février 2015
À titre personnel	Dr Jitender Sareen, professeur en psychiatrie, Université du Manitoba	3 décembre 2014
À titre personnel	Ron Frey, psychologue clinique et organisationnel	19 novembre 2014
Défense nationale et Forces armées canadiennes	<p>Colonel Gerry Blais, directeur, Gestion de soutien aux blessés et Unité interarmées de soutien au personnel</p> <p>Lieutenant-colonel Alexandra Heber, chef de Section, programmes cliniques, Direction de la santé mentale, Service de santé des Forces canadiennes</p> <p>Colonel Russell Mann, directeur, Services aux familles des militaires</p>	29 octobre 2014
La patrie gravée sur le cœur	Bronwen Evans, directrice générale	8 octobre 2014
Services communautaires de santé mentale et de dépendances de Frontenac	Victoria Huehn, directrice exécutive	1 octobre 2014

Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa	Dr Wayne Corneil, scientifique affilié	11 juin 2014
Clinique de blessure de stress opérationnel de la Colombie-Britannique	Dr. Greg Passey, psychologue clinicien	4 juin 2014
Commission de la santé mentale du Canada	Howard Chodos, directeur, Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada Jennifer Vornbrock, vice-présidente, Connaissances et innovation	28 mai 2014