



Chambre des communes  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA • NUMÉRO 004 • 3<sup>e</sup> SESSION • 40<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mardi 23 mars 2010**

**Présidente**

Mme Joy Smith



## Comité permanent de la santé

Le mardi 23 mars 2010

•(0900)

[Traduction]

**La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)):** Bonjour, mesdames et messieurs. Bienvenue à cette séance du Comité de la santé. Certains des membres arriveront sous peu et nous les tiendrons au courant, mais je ne veux pas prendre de retard. Je tiens à ce que nous respections l'horaire autant que possible, parce que nous avons de nombreux témoins aujourd'hui.

Bienvenue à cette séance du Comité permanent de la santé. Nous sommes très heureux de vous accueillir parmi nous et avons hâte d'entendre ce que vous avez à nous dire aujourd'hui.

Sans plus tarder, nous allons commencer avec la Gendarmerie royale du Canada. Le sergent d'état-major Murray Brown prendra la parole en premier.

Monsieur Brown, vous avez 10 minutes.

**Sergent d'état-major Murray Brown (représentant des relations fonctionnelles, Santé et sécurité au travail, Gendarmerie royale du Canada):** Merci, madame la présidente.

Bonjour, madame la présidente, mesdames et messieurs les membres du comité et distingués invités. Je suis très fier d'être ici aujourd'hui, mais également triste et ému d'avoir à vous entretenir de mon sujet et de notre service policier, la Gendarmerie royale du Canada.

Je suis fier d'être membre de la GRC, dont j'ai joint les rangs il y a 37 ans. J'ai travaillé dans les provinces de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard. À l'instar de la plupart des membres de la GRC, j'ai débuté ma carrière à titre d'agent de première ligne au sein d'un détachement. J'ai exercé de nombreuses fonctions policières, notamment en rapport avec les renseignements criminels, les bandes de motards criminalisées et de nombreux aspects de la lutte antidrogue, y compris à titre d'agent d'infiltration. J'ai passé une dizaine d'années au sein d'un groupe tactique d'intervention, où j'ai participé à de multiples déploiements, principalement à titre de tireur d'élite mais également à titre de membre d'une équipe d'assaut. Ces expériences m'ont exposé à de nombreux événements et causé des traumatismes qui se sont répercutés sur mon quotidien.

Je suis ici aujourd'hui dans le cadre de mes fonctions actuelles de représentant des relations fonctionnelles, c'est-à-dire de représentant des relations de travail oeuvrant au nom de plus de 900 membres faisant partie de ma division, celle de la Nouvelle-Écosse, mais également au nom de milliers d'autres membres à l'échelle nationale, à titre de président du programme national de santé et sécurité au travail des RRF. C'est une fonction que j'occupe depuis de nombreuses années. J'ai été élu à ce poste par mes pairs du caucus et à l'échelle de la division par tous les membres civils et réguliers pour différents mandats, dont la durée dépasse maintenant 14 ans.

Compte tenu du temps dont nous disposons ce matin, j'aimerais porter à votre attention une situation critique qui perdure à la GRC et

qui s'est maintenant transformée en crise. Je m'efforcerai de parler des traumatismes liés au stress professionnel de façon générale, et non pas simplement aux troubles de stress post-traumatique.

Bon nombre d'entre vous avez probablement vu la plus récente publication des RRF. Vous êtes nombreux à l'avoir devant vous ce matin. J'espère que vous trouverez du temps pour la consulter. Ce numéro renferme avant tout beaucoup de faits. On a recueilli ces témoignages pour souligner les problèmes éprouvés par de nombreux membres dans tout le pays. Bon nombre de membres ont exprimé leurs points de vue, dont certains étaient extrêmement émouvants. Nous avons décidé de nous concentrer sur les situations particulières touchées par le cercle de soins.

Certains d'entre vous savent déjà que les membres de la GRC sont exclus de la protection prévue par la Loi canadienne sur la santé, au même titre que les nouveaux arrivants au Canada et les détenus des prisons fédérales. À cause de cette exclusion, je n'ai pas droit aux soins médicaux dans ma propre province, sans l'approbation de mon employeur. Cette disposition figure au paragraphe 83(1) du Règlement sur la Gendarmerie royale du Canada.

La publication qui vous a été remise aujourd'hui a été distribuée à grande échelle, y compris au Sénat et à la Chambre des communes. Elle contient des articles percutants rédigés par des membres actifs et à la retraite affectés, par des professionnels de la santé appelés à les soigner et par des membres de la famille et d'autres intervenants. Plusieurs autres personnes ont voulu partager leurs expériences, mais nous n'avons pas été en mesure de répondre à la demande.

Parmi les points de vue sincères exprimés par les membres civils et les membres réguliers qui ont été victimes d'un traumatisme lié au stress, citons les suivants:

- cela nuira à ma carrière, à mes possibilités de promotion et d'avancement;
- les membres de mon unité risquent d'avoir moins confiance en moi;
- la direction de l'unité pourrait me traiter différemment;
- les dirigeants accusent les membres d'être responsables du problème, c'est-à-dire d'avoir un problème de santé, car d'une perspective de leadership, on compte alors une personne de moins à l'effectif, qui ne peut pas être remplacée;
- les membres sont perçus comme étant faibles et se font dire des choses comme « Prends sur toi! »;
- ce serait trop embarrassant pour ma famille;
- je ne fais pas confiance à la GRC;
- je ne fais pas confiance aux services de santé de la GRC;
- je ferais mieux de me débrouiller tout seul.

Récemment, un membre actif de la GRC a été victime de blessures graves durant un déploiement à l'étranger. J'ai reçu divers appels de membres préoccupés qui cherchaient à savoir à quels soins médicaux et services de soutien ce membre gravement blessé aurait accès. J'ai d'abord contacté un des témoins ici présents, le surintendant Rich Boughen. Après m'être entretenu avec Rich à ce propos, ce dernier s'est immédiatement rendu au domicile du blessé et a facilité certaines interventions pour répondre aux besoins du membre et de sa famille.

Bon nombre de nos programmes de soutien mis sur pied pour aider les premiers intervenants sont également touchés par le manque de fonds et de ressources. Nous avons besoin d'aide de l'extérieur pour régler ces situations auxquelles nous sommes confrontés. Nous avons besoin de votre aide pour faire en sorte que les besoins médicaux de nos membres reçoivent l'attention qu'ils méritent, car il s'agit d'une priorité véritable, réelle.

Certains membres paient eux-mêmes leurs rendez-vous médicaux et leurs médicaments, afin que personne ne soit au courant de leurs problèmes personnels. Dans pareils cas, si un membre régulier prend sa retraite et présente une demande à Anciens Combattants, le dossier médical du membre ne contient aucune information à l'appui de sa demande. Les gens sont alors contraints d'étayer leur demande à partir de situations vécues après leur retraite.

● (0905)

Voilà ce qui arrive aux membres qui essaient de cacher leurs ennuis de santé.

Récemment, un ancien de la GRC, qui est à la retraite depuis six ans, a lu un article sur le travail accompli par les RRF à l'égard des traumatismes liés au stress opérationnel. Depuis qu'il est à la retraite, cet homme a fait face à de nombreux problèmes personnels, a constaté qu'il avait besoin de soutien et a demandé de l'aide. Cette aide lui a été fournie. Ce membre a été dirigé vers un bureau local d'Anciens Combattants Canada et reçoit maintenant des soins.

Nous avons des membres de la GRC qui se soignent seuls en consommant des drogues et de l'alcool. C'est une solution à court terme qui ne fait que créer des bombes à retardement. La GRC a de plus en plus de membres malades qui ne veulent pas se manifester.

Nous avons affaire à des professionnels retenus à contrat qui savent peu de choses, voire rien, de la profession et du mode de vie d'un policier. Ils n'ont pas été initiés à notre monde. En fait, dans ma division d'attache au moment où on se parle, nous avons un médecin embauché à contrat qui travaille, je crois, sept jours par mois. S'il vous arrive de vous blesser ou si vous avez un dossier à faire examiner pendant ces sept jours, que faites-vous? Ce sont les réalités auxquelles nous sommes confrontés au sein de l'organisation en raison de l'incapacité d'obtenir les ressources nécessaires à la prestation de ces services.

Depuis des années, les RRF militent en faveur du recours à des médecins désignés qui connaissent bien les tâches que sont appelés à accomplir les policiers. Nous avons un programme d'aide aux membres et aux employés, le PAME, qui est un programme de base reconnu par les employés en poste pour son efficacité éprouvée dans de nombreux cas. Toutefois, ce programme est sans cesse paralysé par les postes laissés vacants.

Souvent, les membres ne s'adressent pas aux services de santé de la GRC pour obtenir de l'aide, en particulier pour des problèmes psychologiques, parce qu'ils craignent les conséquences sur leurs situations personnelles et professionnelles.

Nous avons eu et continuons d'avoir des membres qui ne font pas l'objet d'un suivi lorsqu'ils sont mutés d'une division à l'autre, qui finissent par tomber dans les failles administratives du régime médical. Je dirais que, la plupart du temps, les membres ne font pas l'objet d'un suivi lorsqu'ils reviennent de missions dans des régions éloignées ou dans le Nord. Nous sommes dans cette situation parce qu'il n'y a pas assez de professionnels de la santé qui connaissent notre monde, celui du travail policier.

Nous nous préoccupons non seulement du sort des personnes qui sont en congé de maladie, mais également de celui des très nombreux membres qui travaillent tout en étant malades, ces employés qui viennent travailler tous les jours jusqu'à ce qu'ils s'écroulent. Notre organisation n'est pas en mesure de vous dire quelle est l'ampleur du désastre lorsqu'il est question de l'état psychologique des membres, car nous ne consignons pratiquement aucune statistique. Nous sommes contraints de nous fier aux statistiques fournies par Anciens Combattants Canada. Encore hier soir, j'essayais de trouver des statistiques récentes mais je n'ai trouvé que des statistiques du printemps dernier, vieilles d'environ un an. Rappelez-vous qu'Anciens Combattants n'a de chiffres à produire que lorsque le mal est fait.

Notre régime de soins s'en remet à Anciens Combattants Canada pour déterminer si les traumatismes sont reliés au travail, ce qui démontre une fois de plus notre incapacité à régler nous-mêmes ces questions avant de faire appel à Anciens Combattants Canada.

La GRC n'offre aucun régime de protection médicale pour les membres gravement blessés et retraités. Imaginez une personne blessée qui est dans l'incapacité d'entretenir sa propre maison. Nos membres travaillent partout au Canada et dans le monde et affichent le drapeau canadien à plus d'endroits que tout autre organisme gouvernemental; pourtant, jusqu'à présent, on a refusé à nos membres blessés les avantages du Programme pour l'autonomie des anciens combattants. Notre champ de bataille est principalement national, mais nous travaillons également dans de nombreux autres pays. Les hommes et les femmes de notre organisation ont payé un fort prix pour soutenir notre pays, au même titre que nos frères et soeurs des Forces canadiennes, qui ont fait les mêmes sacrifices. Nous ne demandons rien de plus que de bénéficier de soins médicaux.

D'abord et avant tout, nous avons besoin de l'aide de votre comité. Nous avons besoin d'un budget de services votés pour répondre à nos besoins en services de santé et ainsi protéger ces fonds, qui ne pourront être utilisés pour autre chose.

La GRC se doit d'obtenir les ressources formées et les fonds dont elle a besoin pour offrir un régime de soins médicaux qui réponde aux besoins de ses membres de première ligne. Ces ressources doivent être inscrites dans un organigramme stable, qui n'est pas appelé à changer trop souvent. À l'heure actuelle, nous disposons de fonds pour 20 postes; nous en avons 40, en comptant les quelques postes vacants, dans un milieu de travail qui aurait besoin du soutien indéfectible de 60 postes. C'est une réponse circulaire à notre situation qu'il vous faut connaître.

Notre Programme d'aide aux membres et aux employés, le PAME, doit être fort et engagé. Il doit se consacrer uniquement à la santé mentale et physique des membres de la GRC. Les membres font confiance aux autres membres et c'est ce qui nous permet d'avoir accès à ce dont nous avons besoin à l'heure actuelle. Grâce à la confiance inhérente manifestée envers nos membres qui s'occupent du PAME, ce programme est non seulement unique mais il suscite la confiance à l'interne, étant donné que ce sont des gens qui savent qui nous sommes, ce que nous faisons et comment fonctionne notre organisation. Essentiellement, vous vous adressez à quelqu'un tout en sachant qu'il comprend ce que vous faites, plutôt que de parler à un étranger qui répond au bout d'une ligne téléphonique sans frais.

Il est absolument essentiel que chaque employé de la GRC reçoive sans plus tarder une formation sur les traumatismes liés au stress professionnel.

• (0910)

J'ai déjà pris assez de votre temps ce matin. Le temps que vous m'avez accordé aujourd'hui est très précieux et le restera jusqu'à la fin de mon service à la GRC. Je vous remercie une fois de plus de m'avoir invité à vous faire part de ces observations aujourd'hui.

**La présidente:** Merci, sergent d'état-major Brown.

Nous passons maintenant au surintendant principal Alain Tousignant, dirigeant principal adjoint par intérim des ressources humaines et dirigeant principal par intérim de l'apprentissage.

**Surint. pr. Alain Tousignant (dirigeant principal adjoint, Ressources humaines et dirigeant principal de l'apprentissage, intérimaire, Gendarmerie royale du Canada):** Merci. Bonjour, madame la présidente et membres du comité. Merci d'avoir invité la GRC à vous adresser la parole aujourd'hui.

Permettez-moi de présenter le surintendant Rich Boughen, directeur général intérimaire, Santé et sécurité au travail, qui m'accompagne pour répondre aux questions sur la santé et la sécurité au travail. J'aimerais également souligner la présence du sergent d'état-major Murray Brown, qui a été invité par le comité à parler à titre de représentant des relations fonctionnelles.

La GRC est le plus grand service de police au Canada. Son personnel remplit des fonctions extrêmement diversifiées; il se compose majoritairement d'agents de la paix qui exercent des fonctions policières traditionnelles avec diligence, mais il comprend aussi divers agents et membres civils spécialisés ainsi que des employés de la fonction publique, des gendarmes auxiliaires, des bénévoles et des employés contractuels de tous les métiers et de toutes les professions. Au total, la GRC compte plus de 28 000 employés. Elle est présente dans les grands centres urbains, les petites communautés, les postes du Nord, les régions isolées et les missions internationales de maintien de la paix.

[Français]

Pour les policiers, la routine n'existe pas. En raison de la nature de leur travail, les membres de la GRC peuvent se retrouver dans des situations opérationnelles susceptibles de leur causer des blessures physiques, émotionnelles et psychologiques. Ils sont régulièrement exposés à des incidents traumatisants ou tragiques, à des atrocités, à des catastrophes naturelles et à une profonde souffrance humaine. S'ils ne sont pas diagnostiqués, les problèmes découlant du stress opérationnel peuvent influencer considérablement le bien-être du membre à la maison, au travail et en société, sans que lui ou sa famille comprenne les raisons pour lesquelles son comportement a changé.

Les membres de la GRC étant exclus de la Loi canadienne sur la santé, les soins de santé à leur intention sont offerts en vertu de la Loi sur la Gendarmerie royale du Canada. Aux termes de cette loi, la GRC finance, par l'intermédiaire de son budget de fonctionnement, la prestation de tous les services nécessaires pour aider ses membres réguliers à maintenir leur santé et, en cas de besoin, à se rétablir rapidement pour pouvoir reprendre le travail.

• (0915)

[Traduction]

La Sous-direction de la santé et de la sécurité au travail établit les politiques et les programmes visant à promouvoir un environnement de travail sain et sécuritaire. Elle collabore aussi avec un réseau de fournisseurs de services désignés et avec d'autres partenaires fédéraux dans le domaine de la santé. La sous-direction soutient les bureaux régionaux et divisionnaires de la santé au travail en établissant des normes nationales en matière de soins médicaux et psychologiques qui sont appliquées sur le terrain.

[Français]

Des mesures préventives sont en place afin de surveiller la santé des membres réguliers tout au long de leur carrière. Les médecins divisionnaires vérifient le bien-être physique et mental des membres lors d'évaluations périodiques obligatoires dont la fréquence varie d'annuelle à triennale, selon les fonctions exercées.

Les membres réguliers ont accès à des soins de santé complets, conformément aux dispositions établies en ce qui concerne les services et les prestations auxquels ils ont droit. Ces soins de santé sont fournis par des professionnels des domaines médical et psychologique de leur communauté, bien que des services d'immunisation soient offerts par la GRC. Nous nous efforçons de répondre aux besoins de santé de nos membres et de leur famille et, s'il le faut, nous assurerons le transport ou même la réinstallation d'un membre afin qu'il ait accès aux ressources nécessaires.

[Traduction]

Le Partenariat fédéral pour les soins de santé, le PFSS, vise à réaliser des économies d'échelle tout en améliorant la prestation des soins, de même qu'à exercer un leadership sur le plan des enjeux stratégiques. La GRC se démarque des autres partenaires du PFSS en ce sens qu'elle n'offre pas de soins de santé directement à ses membres; elle n'éprouve donc pas les mêmes difficultés qu'eux en ce qui concerne le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé.

[Français]

Nous sommes satisfaits du leadership que le PFSS a exercé relativement à la protection des renseignements personnels et à la planification des architectures d'entreprise pour la mise au point du dossier de santé électronique, l'utilisation des données par les services de santé et le traitement des demandes de paiement de soins de santé. Nous croyons aussi que les ministères pourraient optimiser les éventuelles économies d'échelle en mettant une base de connaissances à la disposition des partenaires dans tous les domaines des soins de santé et de leur gestion.

## [Traduction]

En conclusion, il importe de souligner que les besoins de nos employés évoluent à mesure que notre organisation change et se développe. La GRC s'adapte pour suivre le rythme. À compter du 1<sup>er</sup> avril, j'assumerai le nouveau poste de directeur général du perfectionnement et du mieux-être. La création, au sein de notre organisation, de ce nouveau rôle au niveau de commissaire adjoint fait valoir l'importance que la GRC accorde au mieux-être. Nous continuons d'orienter nos activités en fonction des renseignements à notre disposition et avons fait appel à des experts pour nous guider dans nos prochaines démarches. Nous mettrons à profit les études et les pratiques exemplaires les plus récentes pour préserver la santé de nos employés afin qu'ils soient en forme pour le travail et pour la vie.

Merci.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à Mme Paulette Smith.

**Mme Paulette Smith (à titre personnel):** Bonjour.

Je vous ai fourni une photo de mon mari, dont le suicide était une conséquence directe de l'échec des services de santé de la GRC. Mon mari a été muté dans le Nord sans qu'on lui ait fait subir une évaluation psychologique avant son départ. Il a passé une entrevue. Il est revenu à la maison avec un avis de mutation. Il avait déjà été muté à trois reprises au cours de sa carrière de plus de 18 ans. Il savait donc à quoi ressemblait un avis de mutation.

Il m'a dit qu'il croyait qu'on l'avait muté. Je lui ai répondu que c'était impossible parce que s'il avait été muté, nous aurions tous les deux dû subir des évaluations psychologiques. Comme je suis infirmière autorisée, j'ai également des amis qui sont dans le Nord. J'ai toujours demandé d'être avertie bien à l'avance parce que je suis absorbée par mon travail.

Mon mari est allé à l'entrevue où on a parlé avec lui d'un poste qui était possiblement ouvert. On ne lui a jamais fait passer d'entrevue, on lui a plutôt offert une promotion dans le Nord. On ne m'a jamais fait passer d'évaluation psychologique. Comme épouse, on m'a donné un bout de papier qu'on m'a demandé d'examiner à la maison, puis de le retourner.

Nous sommes donc partis dans le Nord. À l'époque, à l'endroit où nous étions, les conditions étaient inimaginables. Dans de nombreux domaines, le soutien était minimal. Un jour, mon mari a appelé à l'aide en disant: « Je ne peux plus faire ça. Je ne comprends pas ce qui ne va pas. Je ne comprends pas ce qui ne va pas. »

Il a communiqué avec le superviseur de sa division. Nous sommes allés au quartier général de la Division K à Edmonton. Nous avons rencontré des psychologues et des médecins de la GRC. La psychologue ne faisait pas partie de la GRC; elle venait de l'extérieur. Pendant l'entretien, je n'ai pas quitté mon mari un seul instant. Je tenais à être là. On ne m'a pas invitée, je me suis invitée moi-même.

Paul a répondu à une question obligatoire. Lorsqu'on l'a questionné sur la possibilité d'actes autodestructeurs ou de violence envers les autres, il a répondu positivement à la question qui portait sur le suicide. La psychologue a répondu: « Vous avez quelques problèmes dont nous devons parler. » Elle lui a demandé où était sa famille. Il a répondu qu'elle était dans l'est, à Ottawa et en Nouvelle-Écosse. Elle a dit: « Bien. Je vous renvoie à Ottawa. »

Nous sommes allés à Ottawa. Nous avons dû attendre un certain temps avant de pouvoir obtenir un rendez-vous. Puis nous sommes allés. Le médecin n'a examiné mon mari que pendant une heure et demie sur une période de deux jours. Selon lui, tout allait bien chez

mon mari, mais il y allait un peu à l'aveuglette. On ne lui avait pas donné le dossier de mon mari. J'ai dit: « Docteur, je suis infirmière. Comment pouvez-vous évaluer notre situation sans dossier? »

Le médecin a répondu qu'on ne le lui avait jamais donné. Selon lui, c'était courant. Il a ajouté: « Je vais dans le Nord cinq jours par mois. » Il travaille trois jours par semaine. Il n'est pas membre de la GRC, et il n'a aucune idée de ce que ça représente.

• (0920)

Il n'a fallu que deux jours pour qu'on dise à mon mari qu'il allait bien. On lui a dit qu'il était normal. Il est sorti et il m'a dit: « Chérie, je suis normal. »

Nous avons été affectés à Ottawa. Nous avons acheté une maison. Au moment où nous allions signer le contrat de vente, on a appelé pour qu'il aille chercher son arme de poing. Il n'a eu besoin que de trois jours pour se suicider. On nous avait pourtant dit qu'il était normal, que tout allait bien.

Au fil de sa carrière, comme vous voyez... On peut difficilement le voir sur la photo, mais mon mari mesurait six pieds trois pouces et il pesait 265 livres. C'était un gentil géant. Il n'avait jamais appelé à l'aide jusqu'à ce moment, et les ressources n'étaient pas là. Les personnes que nous avons rencontrées n'étaient pas formées pour reconnaître ce qui n'allait pas chez lui. Il ne savait pas ce qui n'allait pas.

Lorsque nous nous sommes assis chez la psychologue à Ottawa, Paul s'est ouvert complètement. Il a dit: « Juste un instant... Nous pouvons commencer. » Paul n'avait aucun mal à s'ouvrir et à répéter ce qu'il vivait, mais ce n'était pas nécessairement le cas pour les choses qui allaient mal. Qu'un psychologue nous dise qu'on a quelques problèmes et qu'on réponde positivement à la question du suicide...

Je ne fais peut-être pas partie de la GRC, mais je suis la conjointe d'un membre. Jamais la psychologue ne m'a prise à part, ne serait-ce que 15 minutes, pour me dire: « Madame Smith, je suis très inquiète », ou: « Je suis inquiète. Voici ce que vous devez surveiller. » Je ne sais pas pourquoi elle ne l'a pas fait, mais lorsqu'on veut régler un problème de santé mentale et d'épuisement professionnel par le suicide, je ne crois pas que le diagnostic soit difficile à établir.

En tant qu'infirmière, je crois qu'on peut tous déterminer si quelqu'un s'est cassé un bras. Nous avons des outils pour le déterminer. La personne va à l'urgence. On évalue la situation. On prend des photos et des radiographies. On détermine si le bras est cassé, si l'os est fracturé. On met un plâtre. On évalue la situation. La personne revient six semaines plus tard et on fait une autre évaluation. Il existe également des outils pour évaluer les problèmes de santé mentale et l'épuisement professionnel.

Mesdames, messieurs, mon mari n'est pas le seul. Beaucoup de membres de la force sont dans la même situation. Comme M. Brown l'a dit, ils se soignent en consommant des drogues et de l'alcool et en utilisant de nombreux autres moyens.

Évidemment, ce n'est pas ce que Paul a choisi. Il sentait qu'il était obligé d'endurer, et la manière dont on l'a traité relativement à ses problèmes de santé reflétait le même sentiment. Ce sont les outils qu'on lui a donnés pour traiter le problème. Il n'en avait pas. On lui a dit de repartir. On lui a dit qu'il allait bien. On lui a dit de retourner au travail. On lui a dit, devant moi, qu'il allait assez bien pour faire son travail. Ces mots venaient d'un psychologue contractuel qui travaille trois jours par semaine.

Je vous demande de tenir compte de ce que ces hommes ont à dire, et de réaliser que le personnel de première ligne — la GRC, les pompiers, les ambulanciers, etc. — sont des personnes très stressées qui ont des emplois très stressants. Tout le monde ne gère pas ses problèmes de la même façon.

• (0925)

Mon mari a payé le prix ultime. Lorsqu'il a demandé de l'aide, personne n'a répondu. On ne l'a pas aidé. Je ne suis pas certaine de comprendre pourquoi. Il a fait tout ce qu'il pouvait.

Merci.

**La présidente:** Merci beaucoup, madame Smith. Je vous remercie d'avoir raconté cette histoire très intime au comité.

J'aimerais maintenant passer au ministère de la Défense nationale et au commodore H.W. Jung, directeur général des Services de santé, commandant du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, médecin chef des Forces canadiennes et médecin honoraire de la Reine.

Allez-y, commodore Jung.

[Français]

**Commodore H.W. Jung (directeur général des Services de santé, Commandant du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, médecin-chef des Forces canadiennes et médecin honoraire de la Reine, ministère de la Défense nationale):** Mesdames et messieurs, je vous remercie de me donner l'occasion de prendre la parole devant le comité.

Permettez-moi d'abord de vous dresser un bref tableau de la situation au sein des Services de santé des Forces canadiennes en ce qui a trait aux professionnels de la santé et aux soins en collaboration, sujet qui, je crois, est d'intérêt pour le comité.

[Traduction]

Les Forces canadiennes constituent une autorité très distincte en matière de santé. Bien que la plupart des soins tertiaires ou plus pointus au Canada soient prodigués dans des installations civiles, les FC disposent de leurs propres soins tertiaires déployés, leurs propres établissements de formation, leur service de soins dentaires, leur agence de santé publique et de santé au travail, leur système d'approvisionnement de produits pharmaceutiques, leur organisation de recherche, ainsi que d'autres services. Elles disposent, en outre, de capacités uniques au pays, nécessaires pour soutenir des opérations militaires. Sauf dans des circonstances très précises et autorisées, les SSFC ne sont mandatés et ne disposent de ressources que pour fournir des soins aux membres des FC, mais ils font tout en leur pouvoir pour compléter les soins de santé que les provinces et les territoires fournissent aux familles des membres des FC.

• (0930)

[Français]

Les Services de santé des Forces canadiennes ont subi de graves pénuries de personnel au cours des années 1990, ce qui a grandement réduit notre capacité à soutenir les opérations militaires. En vue de corriger cette situation et de combler d'autres lacunes, le Projet Rx 2000 a été lancé en janvier 2000. Le projet comportait de nombreuses composantes, dont une initiative d'attraction et de rétention qui visait à pallier la pénurie des professionnels de la santé.

[Traduction]

Notre modèle et notre stratégie d'attraction et de rétention se sont révélés très efficaces et nous ont permis de combler certaines lacunes, en particulier à l'égard des médecins. En date de janvier, nos effectifs en activité au chapitre des médecins militaires ont atteint

leur objectif et nos besoins de recrutement sont satisfaits jusqu'en 2017. Ces succès sont attribuables en majeure partie à des incitatifs de recrutement concurrentiels, aux barèmes de rémunération, aux possibilités de formation médicale continue, aux occasions d'emploi et au milieu de travail.

[Français]

Le modèle de recrutement de médecins qui a bien fonctionné a été appliqué à d'autres groupes de professionnels en manque de personnel, avec des résultats inégaux.

Le groupe des pharmaciens continue de poser des problèmes en raison de la pénurie qui existe dans le secteur privé, où les salaires sont élevés. Les Forces canadiennes ne sont pas concurrentielles. Selon les prévisions, la plupart des groupes en manque de personnel atteindront leur niveau préférentiel de dotation d'ici cinq ans, si nous conservons notre modèle de financement actuel.

[Traduction]

Compte tenu de l'ampleur de l'investissement qu'exige le recrutement de professionnels de la santé, nous consacrons ensuite beaucoup d'efforts pour les maintenir à l'effectif, notamment grâce à des mesures incitatives comme des programmes de perfectionnement professionnel, des programmes de maintien des compétences, des indemnités incitatives, des possibilités d'avancement professionnel, etc.

Il deviendra de plus en plus important de pouvoir recruter et maintenir à l'effectif un nombre suffisant de professionnels de la santé à mesure que se poursuivra la mise en oeuvre de la stratégie de défense Le Canada d'abord. Comme la formation de professionnels de la santé s'étend sur de nombreuses années, nous devons demeurer vigilants et poursuivre sans cesse nos efforts d'attraction et de rétention.

[Français]

Les Services de santé des Forces canadiennes emploient aussi de nombreux professionnels civils de la santé. Notre capacité à recruter et à maintenir à notre emploi certains de ces professionnels est limitée par la disparité qui existe entre les forces du marché et les mesures d'encouragement de la fonction publique.

Il en résulte ainsi des pénuries de personnel dans certains secteurs. Nous avons dû attribuer des contrats relativement coûteux à l'entreprise privée. Nous appuyons donc les efforts en vue de doter la fonction publique de meilleurs moyens incitatifs pour recruter des professionnels et les maintenir à notre emploi.

[Traduction]

Du fait de l'exclusion des membres des FC de la Loi canadienne sur la santé, les fournisseurs civils de soins de santé et les autorités provinciales et territoriales peuvent aussi faire payer des résidents hors-province ou non canadiens des tarifs pour les soins de santé des membres des FC allant progressivement de 130 à 200 p. 100 des tarifs provinciaux. Nous pourrions ainsi soutenir des initiatives visant à normaliser et minimiser de tels différentiels de coûts.

En ce qui a trait aux soins en collaboration, l'Initiative de renouvellement des soins primaires a été mise au point pour fournir des soins de haute qualité axés sur le patient en adoptant une pratique de collaboration, une solide continuité des soins et une approche normalisée dans l'ensemble des services de santé des FC, tout en conservant une faculté d'adaptation aux besoins opérationnels en constante évolution des FC.

Notre modèle de clinique de soins primaires repose principalement sur divers types de cliniciens bénéficiant de soutien et appuyé par un personnel de santé. Toutes ces personnes collaborent étroitement entre elles par divers moyens, notamment en participant à des conférences de cas pour prodiguer aux patients les meilleurs soins possibles en s'inspirant de l'expérience clinique et des meilleures pratiques. Elles sont soutenues par divers centres de santé mentale et par des spécialistes en santé clinique et de la population. Nos leçons apprises dans tous les aspects des soins de santé sont disponibles pour tout ministre intéressé. Nous collaborons étroitement avec plusieurs ministères, dont Anciens Combattants Canada, au sujet de la transition des soins prodigués aux militaires qui quittent les Forces canadiennes; nous collaborons avec ACC et la GRC pour la prestation de services de santé mentale, avec l'Agence de la santé publique du Canada en ce qui a trait aux menaces pour la santé publique nationale, avec les autorités sanitaires provinciales et territoriales pour la fourniture de soins tertiaires, de même qu'avec bon nombre d'établissements pour la recherche en santé et la formation clinique.

Nous sommes engagés à prêter main-forte au Partenariat fédéral pour les soins de santé et aux ministères qui s'intéressent au Système d'information sur la santé des Forces canadiennes, qui est très populaire auprès de nos cliniciens et sera, entre autres, le premier système d'archivage médical électronique du Canada, permettant aux établissements de santé de toutes les régions du Canada et à l'étranger qui y sont reliés un accès électronique contrôlé aux dossiers des patients.

Je vous remercie encore une fois de l'intérêt que vous portez à la santé des membres des FC et de m'avoir permis de vous adresser ces quelques mots aujourd'hui. Si vous avez des questions, je me ferai un plaisir d'y répondre.

Merci.

**La présidente:** Merci, commodore Jung.

Nous passons maintenant au ministère des Anciens Combattants et à Mme Janet Bax, directrice exécutive du Secrétariat de partenariat fédéral pour les soins de santé.

Madame Bax.

**Mme Janet Bax (directrice exécutive, Secrétariat de partenariat fédéral pour les soins de santé, ministère des Anciens Combattants):** Merci, madame la présidente.

Mesdames et messieurs, comme l'a souligné la présidente, je m'appelle Janet Bax et je suis directrice exécutive du Secrétariat de partenariat fédéral pour les soins de santé. Je suis accompagnée aujourd'hui par Hillary Flett, gestionnaire du bureau des ressources humaines en santé du partenariat.

● (0935)

[Français]

Nous sommes très heureuses d'être parmi vous aujourd'hui pour vous présenter un bilan des activités du bureau depuis sa création en 2008. Nous allons faire la plus grande partie de notre présentation en anglais, mais nous répondrons avec plaisir à vos questions en français.

Je vais commencer la présentation. Mme Flett prendra ensuite la relève et vous présentera les réalisations du bureau et les défis auxquels on doit faire face. Vous avez le document de présentation devant vous. Nous n'avons pas l'intention de le présenter une page à la suite de l'autre. Nous allons simplement en faire un survol afin de permettre le plus grand nombre possible de questions.

[Traduction]

Tout d'abord, madame la présidente, j'aimerais dire quelques mots sur le partenariat. Nous sommes un programme horizontal composé de sept partenaires, soit Citoyenneté et Immigration Canada, le Service correctionnel du Canada, Santé Canada, la Défense nationale, l'Agence de la santé publique du Canada, Anciens Combattants Canada et la Gendarmerie royale du Canada. Nous représentons plus d'un million de clients et dépensons annuellement plus de 2,7 milliards de dollars en produits et services de santé.

Mis sur pied en 1994, le partenariat a le mandat de travailler en collaboration afin d'obtenir des économies d'échelle, comme l'a dit M. Tousignant, tout en apportant des améliorations aux prestations de soins de santé et en déterminant les secteurs d'activités des soins de santé qui seraient susceptibles de participer à nos efforts de collaboration conjointe.

En 2006, les partenaires ont été confrontés à un grave problème lié au recrutement et au maintien de l'effectif au gouvernement du Canada. Ils ont demandé au partenariat de travailler en collaboration pour régler ce problème. De cette collaboration est née une étude sur le recrutement et le maintien de l'effectif au sein du gouvernement fédéral qui a été publiée en mars 2007, il y a de cela trois ans. Je crois, madame la présidente, que les membres du comité ont vu et lu ce rapport.

Le commodore vous a parlé des mesures prises par les Forces canadiennes. Comme l'a souligné le commodore Jung, bon nombre de ces mesures ne sont pas disponibles dans la fonction publique, particulièrement en raison de l'introduction de la Loi sur le contrôle des dépenses. Nous sommes toujours en période de restriction économique. Nos partenaires et nous sommes réalistes quant à notre capacité de proposer des augmentations salariales dans le contexte actuel.

Toutefois, notre étude montre également que bien des choses peuvent être mises de l'avant pour améliorer l'environnement de travail des médecins et des travailleurs de la santé. Mme Flett vous parlera de ces initiatives, puis il nous fera plaisir de répondre à vos questions.

Je cède maintenant la parole à Mme Flett.

**La présidente:** Allez-y.

**Mme Hilary Flett (gestionnaire, Bureau des ressources humaines en santé, Secrétariat de partenariat fédéral pour les soins de santé, ministère des Anciens Combattants):** Madame la présidente, comme l'a souligné Mme Bax, la gravité des pénuries documentées dans l'Étude sur le recrutement et le maintien en poste des médecins employés du gouvernement fédéral réalisée par le Partenariat fédéral pour les soins de santé en 2007 a été confirmée dans une enquête de 2008 sur l'information liée à la classification des médecins. Cette enquête a montré que la Défense nationale avait un taux de postes d'infirmières vacants de 25 p. 100, que les services correctionnels avaient un taux de postes en psychologie vacants de 35 p. 100, et que la Défense nationale avait un taux de postes de fonctionnaires de durée indéterminée vacants de 90 p. 100.

Les organisations partenaires du PFSS s'efforcent de pallier ces pénuries. Toutefois, ces stratégies, dont l'embauche de tiers, constituent un fardeau financier et administratif important pour les ministères. Tel que mentionné, le Comité des ressources humaines en santé a été créé en juillet 2006 dans le but d'élaborer des recommandations claires et recevables qui permettraient de régler le problème de la pénurie de médecins au sein du gouvernement fédéral.

Le comité a présenté son rapport en mars 2007. Ce rapport met en évidence six recommandations: améliorer les avantages sociaux et augmenter les taux salariaux; être concurrentiel avec les provinces, les territoires et le secteur privé; mettre au point un programme visant à attirer les nouveaux médecins; créer un réseau de partenaires; mettre l'accent sur le changement global de la culture gouvernementale; augmenter la protection contre les risques; et favoriser la formation continue.

Au cours des trois dernières années, le Partenariat fédéral pour les soins de santé a mis de l'avant ces six recommandations, y compris la mise sur pied d'un bureau communautaire fonctionnel, le Bureau des ressources humaines en santé, en octobre 2008. L'objectif de ce bureau est de mettre en branle les initiatives horizontales au nom des organisations partenaires et des autres entités fédérales visées, y compris Transports Canada, Ressources humaines et Développement des compétences Canada et la Commission de la fonction publique.

Comme l'indique son modèle logique, l'objectif à long terme du Bureau des ressources humaines en santé du Partenariat fédéral pour les soins de santé est que le gouvernement fédéral soit en mesure de recruter le nombre et le type de fournisseurs de soins de santé requis pour offrir un service optimal.

Le BRHS compte trois stratégies principales. Ces stratégies consistent à élaborer des activités visant à régler les problèmes liés à la classification professionnelle des services de santé et à la rémunération, à démontrer que le gouvernement fédéral est un employeur de choix, et à animer les communautés de praticiens. Parmi les avantages des approches collaboratives, on compte l'harmonisation avec la direction du Bureau du Conseil privé et les documents clés, y compris le 16<sup>e</sup> rapport annuel du premier ministre sur la fonction publique du Canada et le troisième rapport du Comité consultatif sur la fonction publique nommé par le premier ministre, qui porte sur l'importance de faciliter le recrutement collaboratif, de soutenir les modèles fonctionnels appliqués aux collectivités et de renforcer l'image de marque de la fonction publique.

De plus, l'approche communautaire permet de réaliser des économies d'échelle par la collaboration en matière de marketing sur les carrières, d'apprentissage et de perfectionnement, et par la mise en place d'une infrastructure habilitante.

Le bureau du Partenariat fédéral pour les soins de santé du BRHS est heureux de poursuivre sa collaboration avec ses partenaires fédéraux et les organismes centraux afin de surmonter les difficultés liées aux ressources humaines en santé que connaît le gouvernement fédéral.

Merci, madame la présidente.

● (0940)

**La présidente:** Merci.

Nous passerons maintenant à la première série de questions. Cette période de questions et de réponses durera sept minutes.

Nous commencerons par Mme Murray.

**Mme Joyce Murray (Vancouver Quadra, Lib.):** Merci à chacun des membres de la table ronde qui nous ont livré leur témoignage.

J'aimerais commencer par une question rapide fondée sur ce que nous avons entendu au sujet du rapport de 2007 sur les problèmes en matière de ressources humaines en santé. Un suivi a-t-il été fait? Ça fait trois ans. Y a-t-il quelque chose qui montre les recommandations élaborées et la progression de l'intervention du gouvernement fédéral à l'égard de chacune d'elles? Où en sommes-nous rendus? Faisons-nous des progrès? Quels sont les secteurs de préoccupations?

**La présidente:** Laquelle de vous deux souhaite répondre à cette question?

**Mme Hilary Flett:** Comme je l'ai mentionné dans mes observations préliminaires, nous avons en fait mis de l'avant les six recommandations.

La première concernait la rémunération et la classification. Comme l'a mentionné Mme Bax, nous sommes dans un contexte de restriction fiscale et, par conséquent, le travail entrepris à l'heure actuelle par le bureau vise à préparer la future négociation collective. Nous entreprenons un projet qui vise à examiner les normes de classification actuelles, puisque c'est un travail qui nous permettra de nous situer dans l'avenir, lorsque nous pourrons envisager une négociation collective.

**Mme Joyce Murray:** Excusez-moi.

Ma question a été mal comprise. Je ne cherche pas à savoir si le partenariat a entrepris le travail qui doit être fait. Ma question est plutôt de savoir si un examen public ou un rapport sur l'état d'avancement des travaux a été produit pour chacune de ces recommandations et mis à la disposition du public, afin que les gens comme nous, par exemple, puissent prendre connaissance des recommandations élaborées et des progrès que le partenariat dit avoir réalisés, ou ne pas avoir réalisés, etc.

**Mme Hilary Flett:** Excusez mon incompréhension.

Chaque année, le Partenariat fédéral pour les soins de santé élabore un rapport annuel. Le rapport annuel pour 2008-2009 est disponible. Il met en évidence le travail que le bureau a entrepris, et décrit en quoi il répond aux recommandations et les met en oeuvre.

De plus, le bureau diffuse une mise à jour trimestrielle qui présente les activités particulières que nous avons entreprises. Cette mise à jour est de nature publique et peut être consultée.

**Mme Joyce Murray:** Madame la présidente, j'aimerais en avoir une copie.

J'ai quelques questions concernant le témoignage très ardu de Mme Smith. J'ai une question générale à poser sur cette histoire personnelle. Peut-être qu'un membre de la GRC pourrait nous dire si des ressources professionnelles — des psychologues formés pour travailler avec les gens, repérer et soutenir les personnes qui ont des problèmes de santé mentale ou des troubles de stress post-traumatique — sont disponibles? Est-ce plutôt une lacune générale? Y a-t-il des professionnels qui peuvent venir en aide aux gens qui se trouvent dans une telle situation?

● (0945)

**La présidente:** Qui veut répondre à cette question?

Monsieur Boughen.

**Inspecteur Rich Boughen (directeur général intérimaire, Santé et sécurité au travail, Gendarmerie royale du Canada):** Oui, je peux y répondre. Merci.

Habituellement, les services de santé de la GRC fonctionnent conformément à un modèle établi de santé au travail. Comme l'a mentionné le surintendant principal Tousignant dans ses observations préliminaires, outre la vaccination, nous n'offrons pas de soins de santé directs aux membres des forces qui sont malades. Cette responsabilité incombe aux collectivités dans lesquelles ils vivent ainsi qu'aux fournisseurs de soins de santé de ces collectivités.

Nous oeuvrons dans des centaines de collectivités — des centaines de communautés autochtones, de collectivités du Nord, de collectivités isolées — qui ont des problèmes globaux en lien avec l'accès à tous les types de soins médicaux, y compris l'accès aux médecins, aux infirmières ou aux infirmières praticiennes, et particulièrement aux soins psychologiques. Puisque nous ne fournissons pas nous-mêmes les soins de santé, nous tentons d'atténuer ces problèmes à l'aide des programmes dont le sergent d'état-major Brown a parlé: le programme d'aide aux employés, pour aider les gens en adoptant un rôle de compagnon-conseiller, ou en donnant accès aux différentes installations.

À titre d'exemple, au cours des deux dernières années, nous avons dépensé entre 750 000 \$ et un million de dollars en frais de déplacement au Nord pour envoyer nos membres qui habitent dans des collectivités isolées dans les installations appropriées où les soins de santé dont ils ont besoin sont prodigués.

**Mme Joyce Murray:** Est-ce que vos PAE offrent les services de psychologues qualifiés?

**Insp. Rich Boughen:** Il y a des psychologues qualifiés au sein de l'organisation. Ce sont des psychologues qui relèvent soit d'une région, soit d'une division. Généralement, ils n'exercent pas dans les points de service et ne font pas de counselling. En fait, leur travail consiste à faire des évaluations psychologiques notamment pour les unités intégrées de lutte contre l'exploitation des enfants, les programmes d'infiltration, enfin ce genre d'activités.

**Mme Joyce Murray:** Est-ce que ce sont des psychologues cliniciens ou des psychologues organisationnels?

**Insp. Rich Boughen:** Ce sont souvent des psychologues cliniciens qui s'acquittent de fonctions cliniques ou de counselling.

**Mme Joyce Murray:** Notre groupe étudie entre autres la possibilité de recourir aux diplômés internationaux en médecine comme ressource éventuelle pour remédier aux pénuries. A-t-on envisagé cette possibilité? Si j'ai bien compris, vous dites que vous vous tournez vers les professionnels de la communauté, mais il me semble que vous avez la responsabilité d'assurer un soutien aux membres de sorte que, en l'absence de professionnels au sein de la communauté, il n'est tout simplement pas acceptable de dire que celle-ci n'a pas les professionnels pour répondre aux besoins. C'est là où l'organisation peut combler certaines lacunes.

**La présidente:** Madame Murray, votre temps est écoulé.

Est-ce que quelqu'un peut commenter?

**Insp. Rich Boughen:** Je ne veux pas vous laisser l'impression que nos membres se retrouvent sans ressources dans des communautés isolées. Lorsqu'il y a des problèmes, nous pouvons leur assurer l'aide dont ils ont besoin dans un autre endroit ou alors, il arrive parfois qu'ils sont transférés à un autre endroit qui leur convient mieux, soit à des fins de traitement ou en raison des caractéristiques de la communauté en soi.

**La présidente:** Merci.

Passons maintenant à M. Malo.

[Français]

**M. Luc Malo (Verchères—Les Patriotes, BQ):** Merci beaucoup, madame la présidente.

Je remercie les témoins de leur présentation.

Si je me base sur le témoignage très touchant de Mme Smith et sur l'ensemble des témoignages entendus, je constate, au fond, que les clientèles qui sont touchées par vos organisations sont particulières et uniques de par leurs fonctions et de par le travail qu'elles

effectuent. Tout particulièrement, je pense au ministère des Anciens Combattants où, à la fois, on doit travailler avec une clientèle plutôt vieillissante — je pense aux anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale et de la guerre de Corée — et maintenant avec une clientèle beaucoup plus jeune. On pense aux anciens combattants de la guerre du Golfe ou des conflits plus récents.

En ce sens, les services de santé doivent s'adapter à ces deux types de clientèle bien particuliers. Je me demande si, pour répondre à ce type de clientèle, il doit y avoir des services adaptés, c'est-à-dire des professionnels de la santé qui connaissent plus particulièrement ce type de clientèle. Est-ce nécessaire?

● (0950)

[Traduction]

**La présidente:** Qui veut répondre à cette question?

Monsieur Brown.

**S.é.-m. Murray Brown:** Monsieur, si vous le permettez — et j'espère avoir bien saisi votre question —, pour ce qui est de notre capacité à offrir ces services uniques, en réalité, nous ne les offrons pas. Nous ne sommes pas à la hauteur à cet égard. En fait, je suis un peu jaloux d'entendre parler du succès des initiatives des militaires sur le plan médical. Lorsque vous examinez les spécialités requises, vous devez vous rappeler que, pour ce qui est du type de services que nous offrons — étant présents dans de nombreux endroits —, même dans ces lieux-là les postes de soins de santé ou les postes de soins infirmiers ont été fermés. Dans certains endroits, nous sommes les seuls à offrir des services.

Comme l'a indiqué le surintendant Boughen, nous devons sortir les membres des endroits où ils sont affectés. Toutefois, la difficulté c'est qu'en n'offrant pas ce cercle de soins nous devons retirer nos membres de ces endroits et les réintégrer sans qu'il y ait suivi ou continuation des soins. Je vous accorde que dorénavant nous pouvons le faire par vidéoconférence. Mais si vous êtes malade, cela ne vous reconforte pas trop de savoir qu'il y a un médecin quelque part au Canada qui peut s'occuper de vous alors que vous êtes coincé dans une communauté qui fait parfois partie du problème. Dans notre organisation — comme le commissaire n'aime pas que je parle à sa place, je vais garder cette demande en mémoire — et dans ce contexte, nous n'offrons pas ce genre de services.

J'espère avoir répondu à votre question. Dans le cas contraire, veuillez m'en excuser.

**La présidente:** Monsieur Boughen, voulez-vous répondre à la question?

**Insp. Rich Boughen:** À mon avis, votre question soulève un aspect qui est très important, à savoir la très grande diversité des expériences vécues. Il y a de cela plusieurs années, le vocabulaire des militaires s'est enrichi d'un autre sigle, BSO, la blessure de stress opérationnel. Nous avons adapté cette expression parce qu'elle s'applique tout aussi bien à nous. Puisque je ne suis pas un militaire, je ne veux pas m'immiscer dans un contexte que je ne connais pas très bien, je dirais que les expériences des militaires, au quotidien, sont très différentes des nôtres. Lorsqu'un militaire est déployé, il l'est pour une certaine période. Les militaires sont déployés dans une zone donnée et cela pour des périodes de six mois ou trois mois, voire un an, selon les circonstances.

Je parlerai donc de l'expérience d'un agent de maintien de l'ordre, plus particulièrement à la GRC, mais je crois que cela touche tous les agents de maintien de l'ordre dans le monde, en tout cas, sûrement au Canada. Chaque fois que nous revêtons un uniforme, nous sommes au travail, si bien que, chaque jour, nous sommes confrontés à des événements tragiques comme des accidents d'automobile, des homicides ou la maltraitance d'enfants. Ce n'est que récemment que nous avons compris les conséquences néfastes de ces événements et le prix à payer. Nous entendons parler de choses comme le deuxième traumatisme qui consiste à voir et à entendre des choses et à ne pas être en mesure de faire quoi que ce soit pour y remédier. On parle ici d'une souffrance insupportable, d'une souffrance profonde à laquelle les policiers sont confrontés tous les jours. Nous commençons tout juste à reconnaître que bien que ce genre d'expérience ne correspond pas tout à fait à la définition du trouble de stress post-traumatique qu'en donne le BSM, les symptômes et la symptomatologie sont très semblables. On parle ici de troubles du sommeil, d'abus de substances psychoactives, d'anxiété, de dépression, de sautes d'humeur et d'un nombre assez important de changements comportementaux.

L'un de nos défis consiste à trouver des professionnels de la santé qui peuvent bien saisir tout ce contexte. Bien franchement, je ne crois pas qu'il existe un très grand nombre de psychologues spécialistes des traumatismes. En fait, dans notre organisation, nous sommes très chanceux de pouvoir compter sur le sergent d'état-major Jeff Morley qui fait partie de la Division E. Je travaille avec lui et c'est une personne qui sort de l'ordinaire. Étant également psychologue-conseil accrédité, il peut comprendre ce que nous vivons. D'ailleurs, nous avons adopté certaines initiatives en vue de prévenir ce genre de blessures et, si les membres du comité le souhaitent, je peux leur en parler à un moment qui leur conviendra.

• (0955)

**La présidente:** Monsieur Jung, je crois que vous avez des commentaires à formuler.

[Français]

**Cmdre H.W. Jung:** J'aimerais vous répondre en français, mais il s'agit d'un témoignage officiel. Avec votre permission, je vous répondrai donc en anglais pour m'assurer que mes propos sont clairs et précis.

[Traduction]

Je suis très content que l'on pose cette question. De toute évidence, et justement pour cette raison bien précise, les Forces canadiennes ont leur propre système militaire de soins de santé. On ne parle pas simplement de médecins; nous offrons un système complet de soins de santé qui est plus ou moins autosuffisant. Ainsi, nous avons des médecins, des infirmiers, des pharmaciens, des psychiatres en uniforme et ainsi de suite, qui dispensent des soins de santé très particuliers parce qu'ils vivent dans le même contexte que les patients et le connaissent bien. Nous comprenons ce que les militaires vivent parce que nous les côtoyons dans cet environnement.

Évidemment, des civils font aussi partie de l'effectif de ce système, ce qui nous permet d'assurer une certaine continuité au niveau des soins lorsque nos militaires sont à l'extérieur de leur base. Ces membres civils, parce qu'ils font partie de la force militaire, sont affectés comme tous les autres militaires. Ils sont déployés en divers endroits. Par conséquent, pour assurer une continuité des soins, nous disposons d'une combinaison de membres militaires et de membres civils dans nos installations de soins de santé, mais la plus grande partie des soins de santé au travail et la compréhension du contexte

où les problèmes de santé surgissent sont assurés par ceux que nous appelons des cliniciens.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à M. Stoffer.

**M. Peter Stoffer (Sackville—Eastern Shore, NPD):** Merci, madame la présidente. C'est effectivement un honneur et un plaisir de faire partie de ce comité sur la santé. Je crois que c'est la première fois pour moi en 12 ans et demi.

Tout d'abord, madame Smith, je vous offre mes condoléances à la suite du décès de votre conjoint. Aux membres de la GRC, encore une fois j'offre nos condoléances pour la perte de ces deux hommes extraordinaires en Haïti. Enfin, j'adresse également à M. Jung nos condoléances à l'occasion du décès de ce soldat à Edmonton la semaine dernière.

Chacun d'entre vous avez un travail très difficile à faire, et qui l'est tout autant pour les membres de vos familles en permettant à des hommes et à des femmes de servir notre pays dans un rôle que la plupart d'entre nous ne connaissons pas étant donné que vous voyez, vous entendez et vous faites des choses dont nous avons seulement connaissance par l'entremise des médias.

J'ai deux ou trois questions de base à poser. Monsieur Tousignant, vous connaissez le PAAC, ce programme offert aux militaires, n'est-ce pas? Monsieur, croyez-vous que la GRC devrait dorénavant faire partie de ce programme pour l'autonomie des anciens combattants?

**Surint. pr. Alain Tousignant:** Je sais que certains travaux sont en cours. En fait, nous travaillons actuellement à la mise au point du programme PAAC, mais je vais m'en remettre à l'inspecteur Boughen quant aux détails de l'évolution de ce dossier.

**Insp. Rich Boughen:** Je suis désolé, pouvez-vous répéter?

**M. Peter Stoffer:** Le programme pour l'autonomie des anciens combattants est un programme qui a connu beaucoup de succès auprès de nos militaires. Malheureusement, à mon avis, beaucoup d'entre eux n'y ont pas accès, mais tout cela est discutable. Le fait est que, pour ceux qui y ont accès, c'est un excellent programme. Ce programme est administré par ACC. Bon nombre des préoccupations soulevées concernant la GRC sont gérées par ACC. En ce qui a trait aux similitudes au niveau des préoccupations que M. Brown a mises en lumière, croyez-vous, monsieur, qu'il est maintenant temps que les membres de la GRC et leurs familles puissent accéder aux services offerts dans le cadre du PAAC?

**Insp. Rich Boughen:** Au cours des dernières années, nous avons déployé des efforts considérables pour transmettre au gouvernement les renseignements nécessaires afin de faire valoir notre position en tant qu'organisation. Pour le moment, le projet est devant le commissaire et le ministre. Nous travaillons très fort pour mettre en place les règlements qui nous permettront d'offrir certains avantages comparables à ceux dont bénéficient les militaires.

**M. Peter Stoffer:** Monsieur, êtes-vous en train de nous dire qu'il y a actuellement une proposition sur la table et qu'il suffirait d'un signe de tête pour qu'ils deviennent réalité?

**Insp. Rich Boughen:** Je ne suis pas certain qu'il suffirait d'un signe de tête, mais je sais que des documents ont été transmis à notre ministre. Ces mêmes documents ont aussi été présentés au commissaire.

**M. Peter Stoffer:** Monsieur, croyez-vous que ce serait un bon programme pour les membres de la GRC et leurs familles?

Je sais que je vous mets un peu dans l'embarras. Si vous n'avez pas la permission de répondre, je comprendrai.

•(1000)

**Insp. Rich Boughen:** Pour ce qui est du genre d'avantages dont vous parlez, lorsque nous avons travaillé à des documents, nous nous sommes efforcés de faire en sorte que l'effectif régulier soit sur un pied d'égalité avec le reste de la population canadienne à qui on offre des avantages semblables.

**M. Peter Stoffer:** Alors, monsieur Brown ou madame Smith, croyez-vous qu'il est maintenant temps que la GRC soit visée par la Loi canadienne sur la santé ou devrions-nous laisser les choses telles qu'elles sont maintenant?

**La présidente:** Allez-y, monsieur Brown.

**S.é.-m. Murray Brown:** Monsieur Stoffer, je sais que pendant que nous en parlons, des personnes de différents niveaux se penchent sur la question et je ne connais vraiment pas assez bien le processus législatif et les conséquences pour répondre à votre question.

Pour le moment, nous nous penchons sur des questions comme l'instauration de fiches médicales dans certaines divisions. Ainsi, comme je l'ai mentionné, en Nouvelle-Écosse, je ne peux pas obtenir de carte d'assurance-maladie. Les membres de ma famille en ont une, mais dans bon nombre des provinces canadiennes nous n'en avons pas. D'ailleurs, nous menons un projet pilote en Alberta afin de faciliter l'accès aux cartes.

Selon moi, il ne s'agit pas vraiment de savoir si nous sommes visés ou non par la loi; le problème est que nous avons besoin de services qui nous permettent de fonctionner et d'être traités comme la plupart des autres Canadiens au niveau des soins de santé. Je crois que c'est là une façon succincte de répondre à votre question, mais d'un point de vue technique et légal, je ne veux pas en parler.

**M. Peter Stoffer:** C'est là toute la question.

Commodore Jung, vous dites vrai. Si vous vous présentez à l'Hôpital Stad à Halifax, par exemple, nous savons qu'ils offrent d'excellents soins médicaux aux membres actifs. Évidemment, le problème c'est que lorsque ces membres des forces quittent et deviennent d'anciens combattants, ils n'ont plus accès aux services de l'Hôpital Stad. Ils sont intégrés au système général et c'est là tout le problème. Bon nombre des gens qui travaillent dans les régimes provinciaux de soins médicaux ne comprennent pas ce qu'est le trouble de stress post-traumatique. En fait, je voudrais signaler à ce comité, et je donnerai plus tard le nom à la présidente, le cas du lieutenant-colonel Heather McKennitt, qui reçoit un très grand nombre de patients qui lui sont référés par des médecins réguliers tout simplement parce qu'elle comprend ce que c'est que de porter l'uniforme, comme ils disent, alors que la plupart des médecins des provinces n'en savent rien. C'est l'un des problèmes que nous avons. J'aimerais entendre vos commentaires là-dessus.

Madame Smith, je vous laisse le mot de la fin, pouvez-vous formuler une recommandation qui pourrait éviter qu'un autre agent de la GRC ne puisse envisager d'autres solutions que le suicide? Je sais qu'elles sont nombreuses, mais, à votre avis, quelle serait la solution la plus utile pour venir en aide à la prochaine personne dans un tel cas?

**Cmdre H.W. Jung:** Dois-je répondre en premier?

En soulevant la question de la transition de la vie militaire à la vie civile, vous avez mis le doigt sur un problème très précis. De toute évidence, comme je l'ai mentionné dans ma déclaration préliminaire, mon mandat en tant que médecin chef prend fin au moment où une personne ne porte plus l'uniforme; cette question relève alors en partie d'Anciens Combattants. Toutefois, il est à noter que tout

membre qui nous quitte relève dorénavant du système civil de soins de santé.

Je sais que Anciens Combattants Canada a mis en oeuvre d'importantes initiatives, notamment la diffusion d'instructions, de lignes directrices et de renseignements par l'entremise des revues du Collège des médecins de famille afin de sensibiliser les médecins du secteur civil à certains aspects à prendre en compte lorsqu'un de leurs patients est un ex-militaire. Je parle des facteurs comme le PSPT et ainsi de suite. Ces renseignements fournissent un portrait du contexte culturel que le patient a vécu et signale le genre de services auxquels il a accès par l'entremise d'Anciens Combattants. Cette démarche met ainsi en lumière les liens entre eux et le secteur civil.

Évidemment, d'un point de vue militaire, lorsqu'une personne prend sa retraite des forces de l'ordre, il n'y a pas grand-chose que je peux faire à cet égard.

**La présidente:** Madame Smith, souhaitez-vous ajouter des commentaires?

**Mme Paulette Smith:** Oui, juste en ce qui concerne l'ensemble des membres des services de police et ce qu'ils font. Ils portent l'uniforme chaque jour, comme nous l'avons dit, et leur travail ne peut pas être effectué par une autre organisation, pas même par les Forces canadiennes. C'est un travail différent, bien que semblable sous certains aspects. Mais ces membres — hommes ou femmes — effectuent ce travail quotidiennement, et c'est au fil du temps que les problèmes surviennent.

Si ces problèmes sont réglés rapidement au sein de l'organisation, on peut les traiter et les prévenir assez facilement. Je suis infirmière, mais je constate tout autant la pénurie de médecins que la pénurie d'infirmières dans nos hôpitaux. Le problème, c'est que ce sont les patients qui en paient le prix. Dans les services de police, ce sont les membres — les gens sur le terrain — qui en paient le prix, parce qu'il n'y a pas de fonds d'alloués ou parce que les infrastructures nécessaires n'existent pas. En fin de compte, c'est à la famille qu'il revient de prendre le relais.

Il faut permettre aux membres de parler sans honte, leur permettre de prendre conscience que ce qu'ils vivent fait partie de leur travail et qu'ils n'ont pas à avoir honte de se sentir ainsi, leur permettre de recevoir des soins au lieu de les laisser tomber, ce qui est généralement ce qui se passe, parce que le financement et la compréhension des médecins...

C'est un problème qui est difficile à cerner. Tout le monde est différent. Tous les patients ne présentent pas les mêmes symptômes. Il est possible qu'un patient présente certains problèmes clairement définis par le BSM, mais ce n'est pas le cas de tout le monde. Mon mari en est un bon exemple.

C'est le point que je voulais aborder. Je ne pense pas que... Nous avons seulement besoin de plus d'aide.

•(1005)

**M. Peter Stoffer:** Merci beaucoup.

**La présidente:** Merci, madame Smith.

Nous passons maintenant à M. Carrie.

**M. Colin Carrie (Oshawa, PCC):** Merci beaucoup, madame la présidente.

Je veux commencer aujourd'hui en remerciant toutes les personnes qui sont ici et en remerciant aussi ceux d'entre vous qui portez l'uniforme. Mon père a servi dans les Forces canadiennes pendant 25 ans, et mon oncle et mon beau-frère sont membres de la Police provinciale de l'Ontario et de la GRC. J'ai donc une petite idée de l'investissement personnel qu'exige votre travail. Je pense que tous les membres de ce comité vous remercient de faire chaque jour pour le Canada ce travail difficile.

Le comité sur la santé a tenu beaucoup de réunions intéressantes sur les ressources humaines en santé. Des experts et des associations de partout au pays nous ont parlé des défis auxquels doit faire face le Canada pour recruter des professionnels de la santé, les retenir et utiliser ces ressources humaines de manière optimale. Je pense que l'inspecteur Boughen a fait un commentaire à ce sujet, concernant la nécessité de recruter des professionnels de la santé qui savent de quoi il en retourne. Étant donné la compétition qui existe avec le secteur privé, je pense qu'il est particulièrement difficile de garder ces gens du domaine qui comprennent réellement la situation, de retenir ces gens.

Je veux vous poser une question sur le programme que vous avez mentionné, surintendant Tousignant. J'ai été enchanté de vous entendre dire à la fin de votre exposé qu'à compter du 1<sup>er</sup> avril vous exercerez les fonctions de directeur général du perfectionnement et du mieux-être. Ce sera nouveau pour vous de nouer le dialogue avec des spécialistes du domaine et d'aller de l'avant avec eux — j'ai aimé votre dernière phrase — afin que les membres de votre organisation soient en forme pour le travail et pour la vie.

Pouvez-vous nous expliquer brièvement quel sera votre mandat dans le cadre de ce nouveau poste?

**Surint. pr. Alain Tousignant:** Bien sûr. Au moment où nous parlons, ce mandat est en pleine évolution, mais j'ai écouté Mme Smith parler de la tragédie qu'elle a vécue et je prends vos commentaires à cœur. En tant que mari et père, vos commentaires m'importent beaucoup. J'ai aussi écouté les commentaires de M. Murray sur certains défis auxquels nous serons confrontés dans l'avenir.

À ce jour, mon mandat, même s'il évolue, porte essentiellement sur le bien-être. Nous avons entendu des commentaires concernant des employés et des membres qui se sentaient honteux de parler franchement et qui s'inquiétaient pour leurs promotions et leur avancement dans la GRC. Je crois en fait que mon mandat consiste notamment à éliminer ces obstacles, de manière à ce que les employés et les membres de notre organisation se sentent entièrement libres de parler de leurs problèmes médicaux ou des problèmes auxquels ils sont confrontés tous les jours.

J'ai travaillé dans le Nord et j'ai voyagé partout au pays. Je crois que je comprends bien ces problèmes. En résumé, mon mandat consiste à essayer d'établir une stratégie en matière de bien-être pour la GRC et de définir réellement ce dont il s'agit. Comme Rich Boughen et M. Brown l'ont expliqué, nous avons commencé, depuis 2005 ou 2006, à saisir ce que ça signifie et à comprendre ce que ressentent nos employés lorsqu'ils vivent dans les communautés du Nord ou qu'ils sont témoins de diverses tragédies jour après jour. On veut en fait essayer d'élaborer une stratégie qui englobe tout ça, en essayant de remonter à l'essentiel. Je pense que nous avons recruté certains professionnels du domaine pour nous aider à élaborer notre stratégie et à aller de l'avant.

Mon plus grand défi — pour revenir à ce dont parlait Mme Smith —, c'est de faire en sorte que les membres et les employés se sentent à l'aise et qu'ils n'aient pas honte de parler de

leurs problèmes médicaux, d'avouer qu'ils ont peur ou de dire que ça ne va pas très bien pour eux en ce moment et qu'ils ont besoin d'aide. Si on peut se rendre là, je pense que nous aurons fait un grand pas vers l'avant.

● (1010)

**M. Colin Carrie:** J'aime le concept de bien-être et de prévention. Comme l'a dit Mme Smith, les signes étaient là, et cette initiative pourrait prévenir de nombreuses tragédies. Je salue le fait que vous vous en chargiez. Je crois que c'est quelque chose qui aurait dû être fait depuis longtemps.

Je voulais aussi poser une question au commodore Jung, parce qu'il semble que les Forces canadiennes ont fait un réel effort pour élaborer un modèle qui leur réussit. J'aimerais vous parler un peu de ces équipes interdisciplinaires.

J'ai une formation de chiropraticien; j'ai travaillé au sein d'équipes interdisciplinaires avec des médecins et des physiothérapeutes, et par le simple fait de faire appel au bon professionnel pour chaque problème de santé, nous avons pu constater un bon rapport résultats-ressources. Je sais que les Forces canadiennes ont eu des discussions avec les infirmières praticiennes et les auxiliaires médicaux. Je pense que vous avez même quelques chiropraticiens qui travaillent avec vous. Avez-vous pu constater une augmentation de l'efficacité depuis que vous êtes là? Comment cela a-t-il été intégré? Avez-vous pu tirer certaines leçons que vous pourriez partager avec les autres organisations ici présentes?

**Cmdre H.W. Jung:** Le modèle de soins axé sur la collaboration est manifestement très en vogue aujourd'hui, et on entend parler de la réforme des soins primaires presque partout dans le secteur des soins de santé.

Cette collaboration n'a rien de nouveau dans le secteur militaire. Elle y existe depuis plus longtemps que dans le système civil. Lorsque j'ai entamé ma pratique militaire en 1985, j'ai été vraiment surpris de constater à quel point la collaboration était bien implantée, tout comme l'optimisation des services. Nous avions des infirmières praticiennes avant même que ce terme soit connu. Nos pharmaciens ne faisaient pas que distribuer des médicaments, comme ils le font dans le secteur civil. Nous faisons très souvent appel aux physiothérapeutes. Cette collaboration s'est atténuée pendant les années 1990 en raison des compressions budgétaires, lorsque nous avons fermé de nombreuses bases et démantelé une grande partie de nos services.

Lorsque nous avons entrepris une modernisation en 2000 à l'aide du programme Rx2000, nous avons en fait réimplanté le modèle collaboratif au moyen de ce que nous appelons l'IRSP, l'Initiative de renouvellement des soins primaires. Il s'agit de soins primaires, mais ça ne s'y limite pas. Nous parlons en fait de soins continus par lesquels on peut... Les membres sont assignés à une unité de soins constituée de médecins — militaires et civils —, d'infirmières praticiennes, d'auxiliaires médicaux, de techniciens médicaux. Ces professionnels s'occupent d'un groupe de personnes. Nous avons aussi des physiothérapeutes qui fournissent des soins primaires et que les membres peuvent tout simplement consulter... Si vous vous blessez à la cheville après une fin de semaine de sport, vous n'avez pas à aller voir un médecin pour qu'il vous dirige vers un spécialiste. Vous allez simplement voir le physiothérapeute qui y jettera un oeil. S'il estime qu'un autre professionnel devrait examiner votre blessure, il vous dirigera vers la personne compétente.

Si vous avez certains problèmes d'automédication, par exemple, vous n'avez pas non plus à consulter un médecin. Il suffit d'aller à la pharmacie. C'est un système centralisé. Ils peuvent s'occuper de tout ça. Si vous avez des problèmes familiaux, vous pouvez aller voir directement un travailleur social.

À cela s'ajoutent les soins secondaires et tertiaires. Il y a des unités consacrées à la santé mentale sur chacune de nos bases. Certaines bases importantes ont un plus grand centre, où les soins de santé primaires relèvent de l'équipe des soins de santé mentale, ce qui facilite la communication entre les deux. L'équipe des soins de santé mentale n'est pas cloisonnée. Elle est constituée de psychologues, de psychiatres, d'infirmières en santé mentale, de travailleurs sociaux et de conseillers en pastorale qui collaborent pour examiner chaque patient. Nous tenons aussi des conférences de cas lorsque le problème d'un patient est complexe, ce qui mobilise non seulement l'équipe des soins de santé mentale, mais aussi l'équipe des soins de santé primaires.

Ce genre de chose nuit en fait grandement à la soi-disant efficacité, puisqu'une approche globale nécessite la coopération d'un grand nombre de personnes. Je ne veux pas analyser l'efficacité de cette manière, alors je dirais plutôt que c'est une manière très efficace de s'occuper d'un patient qui est au centre et autour de qui gravite toute l'équipe.

**La présidente:** Merci, monsieur Jung.

Avec la permission des membres du comité, j'aimerais poser une question. Êtes-vous tous d'accord?

Merci.

Monsieur Brown, je vous ai entendu dire que les choses semblaient complètement différentes au sein de la GRC.

Monsieur Jung, c'était extraordinaire de vous entendre parler de ce merveilleux système de soutien destiné à nos soldats de première ligne. J'ai deux questions à vous poser. Y a-t-il un financement affecté aux soins de santé pour les soldats, oui ou non?

• (1015)

**Cmdre H.W. Jung:** Mon budget — le budget du service de santé — est un budget ministériel géré par les hauts dirigeants.

**La présidente:** D'accord.

Monsieur Brown, nous parlions du manque de ressources humaines en santé, de la pénurie de médecins qui comprennent réellement ce que font les policiers sur le terrain; après ce que vient de dire M. Jung, avez-vous des suggestions à nous faire? Y a-t-il des choses qui pourraient nous être utiles, en tant que comité sur la santé, de savoir?

**S.é.-m. Murray Brown:** J'ai dit tout à l'heure que j'enviais la situation des militaires. Je suis conscient qu'ils doivent sans cesse bouger et se débrouiller eux-mêmes. Je ne crois pas que cette façon de faire nous conviendrait. Cependant, je crois que notre organisation a aussi de bons côtés. Nous sommes ici, tous ensemble, pour atteindre un but commun. J'espère que le comité perçoit cet esprit de collaboration aujourd'hui. Je ne suis pas venu ici en tant qu'employé et mon but n'est pas de m'en prendre à l'organisation. Je la chérie.

J'aimerais commencer par la question du budget. Nous n'avons pas de budget. Jamais des fonds n'ont été alloués à la Gendarmerie royale canadienne pour les soins de santé. Voici ce qui se passe: si les dépenses s'élevaient à tant de millions de dollars l'année dernière, il faut partir de là cette année. Ce que je demande, c'est que des fonds soient bloqués pour que personne ne puisse retirer, au cours de

l'exercice financier, des fonds prévus pour les membres. Ce serait un énorme changement.

Je crois que nous tendons en quelque sorte vers les soins holistiques et que notre ligne directrice est la gestion de cas. Je ne sais pas si notre organisation est bien avancée à cet égard, même du point de vue de la gestion de cas. Un membre a récemment participé à un programme de retour au travail. Il travaille maintenant une ou deux heures par jour, ce qui fait qu'il ne constitue plus une priorité pour les responsables de la gestion des cas. C'est tragique. Dans mes notes, je mentionne cet exemple de transition et je le qualifie de lacune administrative. Paulette a abordé le sujet admirablement.

Quand Paul, que j'ai connu quelques années avant son départ de la Nouvelle-Écosse, a fait appel aux services, il a été touché par ces grandes lacunes.

Une personne de ma division a fait une tentative de suicide. Notre bureau des services de santé ne savait même pas qu'elle faisait partie de notre division; elle venait d'y être mutée.

Nous faisons un travail médiocre. Mon intention n'est pas d'être méchant ou de critiquer. Les hommes et les femmes qui travaillent dans les postes isolés ou en région éloignée devraient être suivis pendant six mois ou un an. Ensuite, l'organisation pourrait les laisser voler de leurs propres ailes, pour le dire ainsi. Les membres sauraient au moins que l'organisation les a suivis pendant ce temps. Paulette a abordé cet aspect dans sa réponse à la question de M. Stoffer.

Si nous étions plus attentifs, plutôt que de dire que nous sommes un sur... Si je me fais une entorse à la cheville, je peux aller consulter un physiothérapeute. Dans mon organisation, je peux consulter à maintes reprises, mais si je n'ai pas d'autre blessure, je devrais consulter un médecin pour obtenir une ordonnance. Les choses n'ont pas à être si compliquées, mais elles sont ainsi dans notre organisation. Nous devons obtenir une permission pour tout. Le prix à payer pour obtenir une permission est le même que pour obtenir des services.

Existe-t-il des moyens efficaces? Oui.

J'ai hâte de travailler avec Alain, qui vient d'être nommé à son poste; sauf le respect que j'ai pour la hiérarchie, je dois dire, pour être équitable envers lui, qu'il vient tout juste d'entrer en fonction. Je le répète, il ne s'agit pas d'une critique, mais bien d'une observation. Maintenant, je ne peux pas aller voir directement l'agent en chef des ressources humaines; je dois me rabattre sur la solution de dépannage. Je vais voir comment les choses se déroulent. Alain et moi en avons parlé ce matin. Je ne peux pas aller voir directement un haut gradé, mais j'ai Alain. Nous verrons bien ce que ce poste donnera. Je suis optimiste. Je le suis parce qu'il a bien voulu venir ici aujourd'hui et qu'il a pris le temps de le faire, alors que, au départ, son nom ne figurait pas à l'ordre du jour.

Je crois sincèrement — et je l'ai dit à ces deux messieurs ce matin — que nous avons l'occasion de partir sur de nouvelles bases.

J'espère, madame la présidente, que mes explications vous aident à comprendre la situation.

• (1020)

**La présidente:** Merci, monsieur Brown.

Nous passons maintenant à notre deuxième série de questions et de réponses pour cinq minutes. Commençons avec Dr Bennett.

**L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.):** Merci beaucoup.

Je tiens à remercier tout particulièrement Mme Smith d'avoir brossé un portrait de la situation, et de nous avoir expliqué à quel point on se sent démuni lorsqu'une personne est reconnue apte à accomplir une fonction et qu'on sait que ce n'est pas le cas.

J'aimerais que nous discutions de la façon d'améliorer le continuum de soins, tout d'abord en cernant les personnes qui sont à risque, puis en offrant un soutien continu. Je ne crois pas qu'il suffise qu'une personne soit présente trois jours par semaine et que la consultation se fasse chaque fois avec une personne différente. Dans le cas de la plupart des emplois, les gens doivent dire qu'ils se portent bien et poursuivre leurs activités. Les médecins de famille — et je parle en connaissance de cause — savent reconnaître quand une personne est elle-même. En fait, il faut qu'une seule et même personne prodigue l'ensemble des soins.

Nous devrions peut-être aussi discuter de la façon dont les habitants du Nunavut arrivent à faire des consultations en santé mentale par voie électronique. Pour pouvoir toujours consulter la même personne — même si on utilise Skype —, il faudrait avoir recours à la technologie utilisée par nos ressources humaines les plus importantes, celles du domaine de la santé, pour fournir des services connexes.

Madame Smith, même si vous avez eu des problèmes avec la psychologue clinicienne, il reste qu'un grand nombre de mes amis m'ont dit qu'il n'y a toujours pas de psychologues cliniciens en uniforme dans l'armée, même après l'incident du colonel Williams de la base de Trenton. Même si on dispose de psychologues en fonction, sans psychologues cliniciens, qui utilisent les outils similaires aux outils utilisés dans les cas de fractures d'os qu'a décrits Mme Smith... Il existe des outils pour diagnostiquer ce genre de troubles. Je crois que l'armée du Canada est la seule à ne pas avoir de psychologues cliniciens. Apparemment, nous ne procédons pas comme la force aérienne des États-Unis. Nous ne soumettons pas nos pilotes à une évaluation psychologique préalable, semble-t-il.

Je veux savoir comment nous pouvons les aider. Certains d'entre nous luttons depuis très longtemps pour une autre cause: les soldats, tout particulièrement ceux des forces armées, qui sont mutés dans différentes régions du pays reçoivent des soins, mais leur famille n'y ont pas droit. D'après mon expérience en tant que médecin de famille, si la femme ou les enfants ne rapportent pas les troubles des autres ou les leurs, il est difficile de savoir ce qui se passe.

Docteur Jung, que faut-il faire pour que les militaires et leurs familles reçoivent des services de la plus grande qualité qui soit?

**Cmdre H.W. Jung:** En ce qui concerne les psychologues cliniciens, vous avez raison de dire que nous n'en avons pas, mais nous en engageons en tant qu'employés civils; dans le cas des déploiements, il faut obligatoirement porter un uniforme. Comme des psychiatres, des infirmières en santé mentale, des travailleurs sociaux et des aumôniers sont déployés, c'est uniquement sur les lieux des opérations militaires que nous avons besoin de psychologues pour les soins actifs. La situation est grandement attribuable aux contraintes imposées à la taille de la force, ce qui ne risque pas de changer dans les années à venir. Mais comme je l'ai dit, nos équipes en santé mentale comprennent des psychologues civils qui peuvent offrir les thérapies nécessaires et faire une sélection.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Dites-vous que les personnes déployées ne font pas l'objet d'une surveillance continue? Si une personne vit une mauvaise expérience, aucune évaluation n'est faite avant son retour à la maison?

**Cmdre H.W. Jung:** Non. Premièrement, si une personne souffre d'une quelconque maladie, qu'elle soit physique ou mentale, nous avons...

**L'hon. Carolyn Bennett:** Mais ce n'est pas encore une maladie. La personne a tout simplement vécu une expérience terrible. Ce n'est pas une maladie tant qu'elle n'a pas déclaré qu'elle est malade.

Pour ce qui est des évaluations, nous faisons un meilleur travail avec les gens qui sont de retour à la maison. Mais sur les lieux des opérations militaires, les psychologues cliniciens pourraient-ils faire de la prévention — par exemple adopter une approche prospective?

• (1025)

**Cmdre H.W. Jung:** Avant les déploiements, nous soumettons toutes les personnes concernées à un examen pour nous assurer qu'elles ont la stabilité physique et mentale nécessaire pour être déployées. Cet examen préalable au déploiement comprend une évaluation psychologique.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Malheureusement, ce n'est pas le cas à la GRC.

**S.é.-m. Murray Brown:** Ce n'était pas le cas de Paul Smith et de sa femme après leur réinstallation dans le Nord. Est-ce que ce genre de situation se produit? Oui, évidemment. Nous avons découvert il y a quelque temps que les officiers n'avaient pas été soumis à une évaluation avant leur départ. Nous avons remédié à cette lacune. Voilà ce à quoi nous avons travaillé. Je peux fournir la correspondance adressée à la haute direction ultérieurement.

**L'hon. Carolyn Bennett:** Madame la présidente, si vous le permettez...

**La présidente:** Votre temps est écoulé, docteur Bennett. Je suis désolée.

**L'hon. Carolyn Bennett:** J'aimerais seulement savoir si le Dr Jung est en mesure d'estimer la différence entre le montant du budget actuel, qui couvre uniquement les soldats, et celui d'un budget qui couvrirait les soldats et leurs familles.

**Cmdre H.W. Jung:** C'est une tâche très difficile. Le montant du deuxième budget serait énormément plus élevé. Je vous le garantis. Il suffit de regarder le régime TRICARE aux États-Unis. C'est une tâche considérable.

**La présidente:** Merci, docteur Jung.

Je cède maintenant la parole à Mme McLeod.

**Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC):** Merci, madame la présidente.

Je tiens à m'excuser d'avoir raté le témoignage. Je vais lire le hantsard pour prendre connaissance de tous les renseignements que vous avez donnés.

C'est l'une des choses sur lesquelles je souhaite me concentrer. J'ai déjà été infirmière. À mes tout débuts, j'ai eu le privilège de travailler avec un médecin qui avait auparavant traité des militaires. Il travaillait dans une collectivité rurale et appliquait bon nombre des concepts qu'il avait appris. C'est l'une des rares équipes de soins de santé primaires solides et efficaces que j'aie vues. Dans nos conversations et celles avec d'autres personnes qui avaient auparavant observé son travail, nous avons beaucoup discuté des adjoints de médecin et des occasions qui pourraient s'offrir à eux. Pourriez-vous nous décrire brièvement leur rôle et leur formation? On en a fait mention à bien des reprises.

**Cmdre H.W. Jung:** Le poste d'adjoint de médecin a pris naissance dans le milieu militaire au Canada il y a plus de 40 ans. La création de ce poste visait strictement à répondre à un besoin. On ne pouvait jamais envoyer de médecins où que ce soit. Les navires peuvent transporter un petit nombre de personnes. Nous ne pouvions pas déployer de médecins, et bien des unités militaires se trouvent très loin. De plus, il fallait être soldat. Le terme « adjoint de médecin » — qui désigne en l'occurrence un secouriste paramédical — est apparu dans le milieu militaire pendant la Première Guerre mondiale, à l'époque des brancardiers et des autres secouristes du même genre. La nécessité de fournir des soins actifs là où il n'y avait aucun médecin ni aucun autre fournisseur de soins de santé a donné naissance aux adjoints de médecin. Ces adjoints étaient formés par des militaires de façon à avoir les compétences requises dans le domaine médical pour prodiguer des soins intensifs aux patients, le temps qu'ils soient transportés jusqu'à un établissement où travaillent des médecins ou des chirurgiens.

Ce rôle a pris de l'ampleur au fil des ans; les adjoints de médecin prodiguent maintenant des soins primaires et non plus seulement des soins actifs. Pourquoi, dans l'armée, laisserions-nous les médecins s'occuper des patients qui ont un rhume ou une simple entorse alors qu'il est possible de consacrer davantage de temps aux cas plus complexes? Le rôle des adjoints de médecin a tout simplement évolué. Au fond, on tire profit au maximum des services des médecins: alors qu'un médecin seul pourrait traiter, disons, 100 patients, avec un adjoint, il pourrait peut-être superviser le traitement de 180 patients.

Il y a également les infirmières praticiennes qui travaillent à ce titre dans nos cliniques, mais qui ont suivi une formation d'infirmière, donc la situation est légèrement différente. Les infirmières et les infirmières praticiennes ne viennent pas du même milieu, mais elles travaillent toutes dans la même unité de soins. Elles fournissent des services similaires dans différents contextes et elles n'ont pas les mêmes antécédents. Mais il y a suffisamment de place pour les deux dans notre système.

**Mme Cathy McLeod:** Vous avez parlé d'un léger manque d'efficacité, mais avez-vous vraiment évalué l'efficacité de l'équipe de soins primaires qui fonctionne selon un « modèle de capitation », pour le dire ainsi? Avez-vous évalué l'efficacité de quelque façon que ce soit et avez-vous fait des comparaisons?

**Cmdre H.W. Jung:** Je veux préciser mes propos quand je dis que l'efficacité va diminuer avec le modèle collaboratif. Cela veut seulement dire que les patients ne peuvent pas défiler aussi rapidement. Ce qui ne veut pas dire que les soins donnés sont bons. Du point de vue de l'efficacité, notre budget de soins de santé vient d'être entièrement examiné par les services d'experts-conseils du gouvernement, et il s'avère que, par rapport aux coûts, nous sommes plus efficaces par personne et par unité de service que le secteur civil de soins de santé, qui utilise les données de l'ICIS. Je veux seulement être prudent à ce sujet. Le manque d'efficacité tient au fait que le rythme des consultations est moins rapide. Cependant, nous nous occupons des patients.

•(1030)

**La présidente:** Vous avez encore une minute, madame McLeod.

**Mme Cathy McLeod:** Très bien.

J'apprécie vos commentaires sur l'efficacité.

J'ai deux autres questions. Je vais vous les poser. La première porte sur les résultats. Avez-vous fait des recherches sur les résultats?

J'ai récemment assisté à une activité où, je crois, vous avez reçu un prix en santé mentale pour certains travaux en cours de réalisation. Est-ce un nouveau concept? J'aimerais que vous répondiez brièvement à cette question.

**Cmdre H.W. Jung:** Comme vous le savez, la mesure des résultats est en quelque sorte le Saint Graal du secteur des soins de santé. Les résultats sont très difficiles à gérer. Nous en aurons une meilleure idée dès que la dernière phase de notre système électronique sur la santé sera en place. Nous serons alors capables d'extraire des données pour savoir si, oui ou non, nous obtenons de bons résultats pour ce qui est de l'hypertension, du diabète, etc. C'est à venir.

Pour ce qui est du taux de satisfaction et des impressions des médecins en général, je crois que nous avons obtenu d'excellents résultats, en particulier dans le domaine de la santé mentale. Je crois que nous avons fait d'énormes progrès au cours des dernières années en ce qui concerne les soins de santé mentale. J'oserais même dire que j'estime que les Forces canadiennes sont un exemple à suivre au Canada pour leurs soins de santé mentale holistiques, intégrés et multidisciplinaires.

Pour ce qui est de notre modèle, nous l'envisageons comme une approche sur trois fronts. Il faut avoir un réseau de soins de santé mentale approprié et efficace. Si vous ne pouvez donner de bons soins, qui ira vous consulter? Deuxièmement, vous devez avoir un leadership positif. Le leadership est, à plusieurs égards, le fondement de la culture des organisations militaires. Comme vous le savez, nous avons accompli énormément en matière de formation pour obtenir cette qualité de leadership. Le Chef d'état-major de la Défense a récemment lancé la campagne « Soyez la différence ». Les questions de santé mentale y sont discutées ouvertement, plus qu'elles ne l'ont jamais été dans aucune autre organisation au Canada, je crois. Le troisième volet est le fait d'avoir des membres ou des patients informés et engagés.

Vous devez les avoir tous les trois. Si vous voulez, c'est comme un tabouret à trois pattes. Si l'une d'elles est trop courte, il va basculer. Je crois qu'actuellement nous travaillons à la fois sur les trois fronts.

**La présidente:** Merci, monsieur Jung.

Nous allons maintenant entendre M. Dufour.

[Français]

**M. Nicolas Dufour (Repentigny, BQ):** Merci beaucoup, madame la présidente.

D'abord, permettez-moi de remercier les témoins d'être présents aujourd'hui, particulièrement la GRC et l'Armée pour tout le travail qu'elles font. Votre présence est un apport inestimable pour le comité. J'adresse aussi un remerciement particulier à Mme Smith, car je sais que ce n'est pas nécessairement facile pour elle.

Depuis le début de la séance du comité, on a parlé énormément de prévention. Je pense que c'est vraiment le mot clé, lorsque survient un quelconque problème post-traumatique ou psychologique. Il va sans dire qu'il y a, premièrement, un manque de fonds et de ressources, particulièrement à la GRC. On ne vous donne peut-être pas tous les moyens nécessaires pour pouvoir mettre en application des idées qui, pour vous, sont fondamentales ou toutes les ressources qui pourraient être très utiles pour vous.

Par rapport à cela, j'aimerais entendre M. Tousignant — d'ailleurs, félicitations pour votre nouvelle nomination. Concernant la réponse que M. Brown a donnée plus tôt à notre présidente, j'aimerais connaître votre opinion.

**Surint. pr. Alain Tousignant:** On parle de budget. En 2008-2009, la GRC a dépensé approximativement 70 millions de dollars pour le traitement des employés. C'est de l'argent sur lequel on n'a aucun contrôle. C'est de l'argent utilisé pour le traitement de tous nos membres. On a un budget qu'on contrôle un peu plus à notre centre de politiques nationales, qui est sous la gouverne de M. Boughen. Le centre s'occupe de mettre les projets et initiatives en place pour essayer de répondre aux besoins dont on discute ce matin, tant en santé mentale qu'en santé physique.

Évidemment, si on parle du Bureau de la santé, on parle vraiment d'une approche à trois aspects: la santé mentale, la santé physique et aussi la santé dans l'environnement de travail. Ce sont les trois aspects qu'on essaie de cibler avec les budgets alloués. Je peux vous assurer que, des budgets qu'on contrôle, spécialement à l'interne, tout l'argent est dépensé; rien n'est retourné. On essaie de maximiser les initiatives qu'on peut mettre sur pied avec les budgets qui nous sont alloués.

Évidemment, on est en concurrence avec les autres budgets de la GRC, tant pour les opérations que pour les ressources humaines. C'est toujours un exercice d'équilibriste de consacrer les budgets qui seront alloués chaque année. Durant l'année, on a une possibilité, par l'entremise d'une analyse de rentabilisation, d'aller chercher des fonds qui sont peut-être en surplus, mais encore là c'est basé sur les priorités et l'acceptation de l'analyse. C'est un peu la manière dont on procède avec nos budgets.

• (1035)

**M. Nicolas Dufour:** On a parlé beaucoup de prévention. Mme Smith nous disait qu'il y avait une espèce de mur de la honte à devoir franchir avant, par exemple, de pouvoir parler à un psychologue ou d'avoir recours à des outils pour s'en sortir. On a beaucoup parlé d'obstacles. J'aimerais savoir, selon vous, à la GRC à quoi ressemblent ces obstacles qui empêchent vos policiers d'aller parler à des psychologues.

[Traduction]

**La présidente:** Madame Smith, avez-vous des commentaires à faire à ce sujet, ou monsieur Tousignant?

**Mme Paulette Smith:** En tant qu'épouse, et pour avoir observé mon mari — nous avons été mariés pendant cinq ans et demi, et je ne suis pas membre de la GRC moi-même, bien entendu —, je trouve que leur formation les rend vraiment stoïques. Je crois qu'ils ont l'impression — je vais reprendre le terme employé par M. Brown dans son exposé tout à l'heure — qu'ils doivent prendre sur eux, que d'exprimer des pensées au-delà de leurs fonctions est un signe de faiblesse, et que ça montre que vous n'êtes peut-être pas capable de faire face à une situation.

Cela devient un peu plus difficile quand vous mesurez six pieds trois et pesez 265 livres, comparativement à quelqu'un de plus petit. Aussi, vos supérieurs, votre sergent d'état-major, vos superviseurs immédiats et le personnel de votre détachement peuvent vous en demander un peu plus parce que vous êtes une personne imposante et que vous avez tendance à bien gérer les situations par rapport à d'autres. Vous vous plaignez rarement parce que ce n'est pas dans votre nature. J'ajouterais que mon mari venait d'une famille de militaires. Son père était colonel, donc il savait tout ce qu'impliquait la vie militaire et ce que signifiait le port de l'uniforme. Il était très fier d'être membre de la GRC. Je sais que je ne l'ai jamais dit, mais il était vraiment très fier. Même à la fin, il l'était encore.

J'ai l'impression que les membres ont ça en eux, pour ainsi dire. C'est dans leur formation et c'est ce qu'on leur montre chaque jour. C'est tout simplement comme ça dans l'organisation. Vous devez être

fort et montrer votre force, parce que vous protégez les autres. Nous oublions que, derrière les uniformes, il y a des pères et des fils, et qu'ils ont des enfants et des sentiments.

Ils peuvent voir un enfant de 18 mois recevoir des soins de réanimation et mourir par la suite, et reconduire d'urgence ses parents à 150 kilomètres à l'heure un dimanche soir. Mais aucun traitement ne leur est offert, aucun suivi. Ils peuvent trouver une jeune fille de 19 ans qui a été assassinée cruellement, mettre sa dépouille dans un sac mortuaire, et passer plus de deux ans à travailler avec une unité des crimes graves alors que ce n'est même pas leur travail, et ils ne reçoivent aucun soutien. Ils ont besoin d'aide, et nous avons besoin que vous les aidiez. Les membres pleurent à leur façon, ils disent qu'ils ont besoin d'aide, et je crois que la seule façon de les aider est de leur accorder du financement.

Ils doivent pouvoir se sentir à l'aise quand ils parlent à leurs supérieurs. Ils doivent avoir des conférences où on leur dit à quoi ils seront exposés, et à quoi ils pourraient faire face au cours de leur carrière. Ça devrait être à la base de leur formation et on devrait leur dire: « Les gars, les filles, voici ce qu'il en est. Voici le travail et ce qu'il comporte. Vous verrez des choses que les gens ordinaires ne verront jamais dans leur quotidien. Mais nous serons là pour vous soutenir et nous prendrons soin de vous, comme il se doit. C'est ce que nous avons prévu pour vous. Si vous vivez des émotions inhabituelles ou si vous vous demandez pourquoi vous n'arrivez pas à dormir ou à manger, n'hésitez pas à venir nous voir et à nous en parler. Dites ce que vous avez sur le coeur. » C'est tout ce que ça prend. C'est de la prévention.

• (1040)

**La présidente:** Madame Smith, permettez-moi de prendre un instant pour vous dire que votre témoignage devant notre comité est d'une importance capitale, parce qu'il nous ouvre les yeux à tous sur ce qui se passe dans les corps de police, dans l'armée, et dans d'autres unités semblables. Je sais que c'est très difficile pour vous, mais nous l'apprécions énormément.

Nous écouterons maintenant M. Davidson.

**Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC):** Merci, madame la présidente.

J'aimerais moi aussi remercier nos témoins et les prier de m'excuser d'avoir manqué leurs déclarations préliminaires. Comme ma collègue, je me rattraperai en lisant le hansard.

À Mme Smith j'aimerais dire que je comprends sa peine, car j'ai perdu un ami très cher qui était policier et qui n'a pas reçu l'attention dont il avait besoin. Il s'occupait d'unités en civil, et c'est un monde très dur où un soutien est nécessaire.

J'ai aussi un mari et un fils qui travaillent pour les services d'incendie, dans les équipes d'urgence. Je comprends donc les tensions que connaissent les familles et l'aide dont elles peuvent avoir besoin pour essayer de vivre avec les difficultés que leurs proches endurent pratiquement chaque jour.

Je suis très heureuse que vous ayez pu venir aujourd'hui pour témoigner devant notre comité, et je vous en remercie.

J'aimerais maintenant poser une ou deux questions à Mmes Bax et Flett, du ministère des Anciens Combattants.

Je constate que vous faites partie du Partenariat fédéral pour les soins de santé, et je m'en réjouis. Je ne voudrais pas vous faire répéter ce que vous avez dit au début de la réunion et que j'ai raté, mais pourriez-vous me donner quelques détails à ce sujet?

Le ministère des Anciens Combattants est remanié en profondeur et change rapidement. Je veux parler de l'évolution des effectifs et de ce qu'on avait l'habitude de voir offert aux anciens combattants. De nos jours, la donne a complètement changé.

Pourriez-vous nous parler des défis que cela représente? Va-t-on connaître des pénuries d'un autre ordre, dans des spécialités différentes, ou bien les choses vont-elles rester à peu près les mêmes?

**Mme Hilary Flett:** S'agissant de la nature des pénuries, si on compare l'étude de 2007 et la situation actuelle, le nombre de postes permanents, de durée indéterminée, à pourvoir n'a pas vraiment changé, en partie à cause du mode de prestation de services retenu par les ministères, comme l'exemple que vous avez donné propre à Anciens Combattants Canada. Ce ministère a décidé de signer un contrat avec une tierce partie pour les centres de soins aux victimes de stress opérationnel, si bien que le nombre de médecins et d'infirmiers de district dont il a besoin reste le même; c'est la même chose pour les autres médecins de la fonction publique et les autres ministères.

Pour répondre à votre question, je dirai qu'en ce qui concerne les pénuries, la situation n'a pas changé depuis trois ans.

**Mme Patricia Davidson:** Bien. Pourriez-vous alors m'expliquer un peu mieux comment le Partenariat fédéral pour les soins de santé vous a aidé à optimiser l'éventail de professionnels dont vous avez besoin? En quoi cela a été positif pour votre ministère?

• (1045)

**Mme Janet Bax:** Madame la présidente, je me dois de préciser à la députée que, même si nous sommes logés dans les locaux du ministère des Anciens Combattants, nous n'en faisons pas partie. Nous sommes un partenariat de sept ministères, et nous ne nous occupons pas de prestation de services directs. Notre rôle consiste à favoriser la collaboration. Grâce au Bureau des ressources humaines en santé, les problèmes que connaissent tous nos partenaires pour le recrutement de médecins, de psychiatres, de psychologues, d'infirmiers et d'autres professionnels de la santé sont mis en commun, si bien que les solutions qui ont donné des résultats pour l'un des partenaires peuvent être utilisées par un autre partenaire. Mais notre raison d'être, ce sont les économies d'échelle, et nous ne nous occupons pas de prestation de services pour la GRC ni le ministère des Anciens Combattants.

Madame la présidente, il est important que les députés comprennent bien la nature du partenariat. À la suite de l'étude qui a été faite en 2007, notre rôle consiste à aider les ministères à régler des problèmes.

**La présidente:** Merci, madame Flett, d'avoir apporté cette précision. Mme Davidson et plusieurs membres du comité n'ont pas eu la chance d'entendre les déclarations préliminaires. Merci d'avoir précisé cela. Il y a donc sept partenariats pour cette initiative de ressources humaines en santé.

Je vais maintenant donner la parole à Mmes Murray et Duncan, qui vont se partager les cinq minutes.

**Mme Joyce Murray:** Merci, madame la présidente. Je sais que Mme Duncan a des questions à poser au sujet de ce témoignage très important.

J'aimerais avoir le consentement unanime du comité sur la motion suivante:

Que, de l'avis de ce comité, l'initiative du gouvernement pour le G8 en matière de santé de la mère et de l'enfant dans les régions pauvres doit inclure tout l'éventail des options de planification familiale, ainsi que de santé sexuelle et génésique, y

compris la contraception, et ce, conformément à la politique des gouvernements libéraux et conservateurs antérieurs, ainsi qu'à celle de tous les autres gouvernements du G8 l'année dernière à L'Aquila, en Italie;

Que l'approche du gouvernement du Canada doit se fonder sur des bases scientifiques, qui démontrent que l'éducation et la planification familiale peuvent permettre d'éviter jusqu'à une mort liée à la maternité sur trois; Que le gouvernement du Canada...

**La présidente:** Je dois vous interrompre, madame Murray, parce que...

**Mme Joyce Murray:** Permettez-moi de terminer la lecture de ma motion.

**La présidente:** Non, car pour une motion, vous devez donner un préavis de 48 heures, à moins qu'il y ait consentement unanime...

**Mme Joyce Murray:** « ... que le gouvernement... »

**La présidente:** Je vous prie de vous arrêter. Nous devons nous assurer d'avoir le consentement unanime du comité pour continuer.

**Mme Joyce Murray:** Permettez-moi de terminer la lecture de ma motion, madame la présidente.

« ... que le gouvernement du Canada... »

**La présidente:** Y a-t-il consentement unanime pour que cette motion puisse être présentée?

**Mme Joyce Murray:** « ... devrait s'abstenir de promouvoir les mêmes idéologies de droite déficientes... »

**La présidente:** Y a-t-il consentement unanime?

**Des voix:** Non.

**La présidente:** Nous allons maintenant...

Madame Murray, avez-vous une question? Je vais repartir le chronomètre à zéro.

**Mme Joyce Murray:** Merci.

**La présidente:** Madame Duncan, vous avez la parole.

**Une voix:** Il n'y avait pas consentement unanime?

**Une voix:** Non.

**Mme Kirsty Duncan (Etobicoke-Nord, Lib.):** Merci, madame la présidente, et merci à vous tous.

C'est bien que M. Stoffer ait eu une pensée pour tout le monde.

J'aimerais personnellement m'adresser à Mme Smith. Ça a dû être une journée très difficile pour vous. Vous avez eu énormément de courage, et je vous remercie de nous avoir parlé de votre mari. Je vais garder l'image en mémoire: le doux géant au magnifique sourire. Merci.

**Des voix:** Bien dit!

**Mme Kirsty Duncan:** Toute cette question me préoccupe beaucoup, et j'aimerais savoir combien de professionnels en santé mentale sont actuellement employés par la GRC.

**Insp. Rich Boughen:** Il y en a environ 14, un par division, plus ou moins. Mais, je vous le rappelle, ce ne sont pas des psychologues qui soignent les gens. Ce sont plutôt des professionnels qui suivent l'évolution de la situation en ce qui concerne les opérations civiles, les unités intégrées sur l'exploitation des enfants et l'évaluation des gens dans des zones à haut risque.

•(1050)

**Mme Kirsty Duncan:** Donc, 14 psychologues pour combien d'agents de la GRC?

**Insp. Rich Boughen:** Pour environ 19 000.

Les traitements se font au niveau communautaire, en santé mentale comme en santé physique.

**Mme Kirsty Duncan:** C'est effarant. Sur ces 14, combien sont psychologues cliniciens?

**Insp. Rich Boughen:** Je n'ai pas ce renseignement avec moi.

**Mme Kirsty Duncan:** Combien enregistre-t-on de victimes de stress opérationnel chaque année?

**Insp. Rich Boughen:** Nous n'avons pas cette information. Tout comme le sergent d'état-major Brown, je peux vous dire qu'il y a un certain nombre de personnes qui ont demandé une pension au ministère des Anciens Combattants en raison d'une blessure de stress opérationnel, mais je n'ai pas le nombre exact de personnes qui ont été diagnostiquées comme ayant ce genre de blessure.

**Mme Kirsty Duncan:** Fait-on un suivi dans ce domaine? Quelle est la tendance?

**Insp. Rich Boughen:** Pour l'instant, nos systèmes ne nous permettent pas de le faire.

**Mme Kirsty Duncan:** D'accord.

Pouvez-vous nous expliquer ce qui se passe à partir du moment où quelqu'un déclare qu'il ne se sent pas bien?

**Insp. Rich Boughen:** Si un membre régulier décide de déclarer sa situation, il ou elle peut s'adresser à son représentant du Programme d'aide aux membres et aux employés, le PAME, qui est habilité à l'aiguiller vers un professionnel en fonction de la nature du problème, par exemple la consultation familiale ou autre. Les représentants du PAME disposent de listes de noms de fournisseurs dans le secteur où ils se trouvent. Nous offrons aussi un programme d'aumônerie.

Une personne en proie à une difficulté qui s'adresse à un superviseur peut être priée, selon la nature du problème, de consulter le médecin chef afin de se faire évaluer par un médecin désigné.

**Mme Kirsty Duncan:** Quelles sont les qualifications des personnes qui donnent le Programme d'aide aux employés? Sont-elles capables de distinguer entre une personne en crise...?

**Insp. Rich Boughen:** Je ne suis pas entièrement sûr de la nature de leur formation à l'heure actuelle. Je l'ai suivie il y a 15 ans, alors qu'elle consistait en un cours de trois jours. On vous enseignait à ne pas jouer au conseiller, à faire de l'écoute active et à apprendre, de façon très sommaire, à évaluer la situation et à classer le problème — par exemple trouble conjugal, automutilation, problème financier —, puis à trouver les outils disponibles dans une région donnée pour communiquer des noms aux intéressés ou fixer des rendez-vous.

**Mme Kirsty Duncan:** A-t-on procédé à une analyse des carences? La famille de Mme Smith est allée chercher de l'aide, et a dû en demander à de multiples reprises. Elle est passée entre les mailles du filet. A-t-on fait une analyse des carences pour veiller, dans la mesure du possible, à ce que cela ne se reproduise pas?

**Insp. Rich Boughen:** Dans la mesure du possible... Les processus et procédures sont une chose, mais ce que Mme Smith apporte à la discussion, c'est le côté humain de ces processus et procédures quand ils ne fonctionnent pas comme prévu. Ce que nous avons fait, c'est réaffirmer une réalité: tous les membres déployés dans des secteurs éloignés ou isolés doivent subir une évaluation psycholo-

gique en fonction du MMPI-2, ainsi qu'une évaluation de suivi avec un psychologue. Cette réalité s'applique à tout membre adulte de la famille âgé de plus de 16 ans.

**La présidente:** Merci infiniment.

Monsieur Duncan, merci pour ces questions très perspicaces.

La parole est maintenant à M. Rickford

**M. Greg Rickford (Kenora, PCC):** Merci, madame la présidente.

J'apprécie beaucoup les questions posées par mon collègue; il me paraît important de comprendre certaines des façons d'agir et de faire des gens.

Pour me présenter un peu, je suis un infirmier autorisé qui a vécu et travaillé huit ans dans des collectivités des premières nations isolées et éloignées au Canada, entre autres dans le Nord-Ouest de l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, la Colombie-Britannique et un peu partout dans l'Arctique. Je possède une riche compréhension de l'expérience vécue par ceux qui acceptent une affectation dans ces collectivités. Je dois vous dire aussi, madame Smith, que je compte des amis proches dans la GRC et que je partage certaines de vos préoccupations, notamment sur la culture de stoïcisme que vous mentionnez, et la ligne mince qui sépare la bravoure de la capacité d'exprimer certaines des scènes auxquelles on assiste. Un peu à l'image de la GRC, les infirmiers font l'expérience de toute une variété de situations. Bien entendu, il existe toujours un point de rencontre entre nos problèmes personnels et professionnels, et le contre-transfert entre les deux.

Cela dit, mes questions concerneront peut-être davantage le programme de mieux-être mentionné par M. Tousignant. Je veux toucher brièvement les expériences des infirmiers dans le Nord et les façons dont ils ont appris à réagir. Il me semble, si je me reporte aux propos de Mme Smith, que les façons d'aborder les urgences ou les situations traumatiques comportent peut-être des faiblesses structurelles qui empêchent les agents de s'exprimer à ce sujet. Permettez-moi de faire un peu de lumière sur notre propre expérience: nous sommes obligés, en fait, de prendre part à des programmes ou séances de débriefage au téléphone, ou avec un conseiller si la situation l'exige. Il va de soi que les intéressés sont évalués selon une échelle, mais elle peut s'avérer très subjective et individuelle, c'est-à-dire fondée sur les événements auxquels la personne a assisté et sur sa façon d'y réagir.

Dans d'autres scénarios, en outre, un débriefage de groupe est obligatoire — en l'occurrence, en présence de l'unité au complet. Tout le personnel infirmier du poste se réunit pour discuter de ce qui est arrivé. On traite non seulement de l'incident même, mais aussi de l'interaction dans le groupe et de ce qu'on aurait pu mieux faire. Ce scénario se reproduit inmanquablement sur place ou dans un autre poste infirmier, et la plupart d'entre nous déménageons d'un poste à l'autre au cours de notre carrière. Cette façon de procéder est inscrite dans notre mode de fonctionnement, ce qui je crois est un élément essentiel.

Un autre élément essentiel est la confidentialité, soit la capacité véritable du membre, ou en l'occurrence de l'infirmier, de faire des divulgations en toute confiance, parce que ce genre de chose peut déclencher ou mettre en lumière des problèmes dans votre autre vie. Comme je l'ai dit, j'ai discuté du lien entre ces situations et l'incidence de la consommation d'alcool — peut-être pas lorsqu'on est encore dans la communauté, mais certainement sous forme d'épisodes d'enivrement après son départ — ou les problèmes d'adaptation sociale avec la famille ou les grands groupes par la suite.

Au risque de m'étendre trop longuement, je me demande simplement si vous avez tenu compte de certaines de ces caractéristiques dans le programme de mieux-être ou, plus fondamentalement, de certaines autres qui s'y rattachent. J'estime que ce sont les éléments les plus importants qui nous permettent de traverser nos épreuves. Je ne suis pas parfaitement à l'aise dans une thérapie de groupe, bien que j'en aie fait l'expérience à une reprise, mais je veux faire part à mes collègues d'au moins un cas — une fusillade qui s'était soldée par un meurtre — où elle s'est révélée plus productive pour notre dynamique de groupe qu'une thérapie individuelle. Je m'arrête ici et vous pourrez peut-être simplement en discuter.

● (1055)

**Surint. pr. Alain Tousignant:** Je formulerai quelques observations et je suis certain que l'inspecteur Boughen vous fournira des détails supplémentaires.

Certains éléments sont obligatoires. Il faut assister à des séances obligatoires avant, durant et après l'exercice de fonctions très spécialisées. Si, par exemple, je me reporte à certains épisodes tragiques où des membres ont perdu la vie dans l'exercice de leurs fonctions, un débriefage est organisé après coup avec les employés qui travaillent sur place, afin d'essayer de s'occuper des problèmes que vous mentionnez. Il est certain que des étapes obligatoires doivent être suivies, selon la nature des fonctions. Nous travaillons actuellement à un projet pilote, lancé par M. Boughen, qui porte sur certains des problèmes que vous évoquez.

Je crois que je laisserai Rich vous donner des précisions

**Insp. Rich Boughen:** Merci.

Vous avez raison au sujet de la gestion du stress à la suite de certains incidents critiques, comme une fusillade; je crois d'ailleurs que nous savons assez bien assumer cette gestion. Ce que nous n'assumons pas bien et dont nous avons besoin actuellement, comme l'a mentionné le surintendant principal Tousignant, est illustré par les projets pilotes lancés en janvier de cette année. Deux seront exécutés, dont l'un a commencé hier et se poursuit aujourd'hui et demain sur l'île de Vancouver. Nous nous penchons sur un sujet mentionné par Mme Smith, soit l'effet cumulatif de tout le stress que

nous vivons et des tragédies auxquelles nous assistons tous les jours. Une éducation psychologique sera donnée par la même occasion.

Pour emprunter une expression de l'armée, à mesure que nous avançons dans la vie, nous ramassons toutes sortes de pierres que nous mettons dans notre sac à dos. Ce sac devient parfois trop lourd. Nous mettons donc à l'essai ces programmes, destinés à nous délester de quelques pierres en parlant des éléments de notre vie professionnelle qui sont à l'origine de toutes ces émotions. Nous sommes appelés sur la scène d'événements tragiques, comme des accidents de la route — vous êtes infirmier, donc vous le savez aussi bien que nous — qui sont totalement anormaux dans le monde de tous les jours. Mais quand nous avons une réaction normale, nous pensons qu'elle est anormale, parce que nous mesurons six pieds trois, que nous portons l'uniforme ou que tout le monde cherche un soutien auprès de nous — et nous ne laissons donc jamais transparaître nos sentiments. Sur la scène d'un accident où plane la mort et la destruction, nous dressons entre nous et le monde un mur de plexiglas, alors que la réaction naturelle serait sans doute de s'asseoir sur le trottoir avec tout le monde et de pleurer. Mais cette réaction est inacceptable dans notre monde, parce qu'elle va à l'encontre de la raison de notre embauche.

● (1100)

**M. Greg Rickford:** Elle n'est pas plus acceptable pour des infirmiers de cinq pieds quatre ou de tout juste cinq pieds. Je crois qu'il faut bien préciser, pour tous ceux d'entre nous qui pourraient ne pas être...

**La présidente:** Je suis obligée de mettre un terme à cette discussion, parce qu'un autre comité viendra bientôt occuper cette salle.

Je sais que c'est la première comparution de la GRC devant le Comité de la santé. Je vous remercie de votre présence, et je remercie également les représentants de l'armée et des anciens combattants d'être venus. J'estime qu'il s'est révélé utile, et même extrêmement utile, de présenter à notre comité les difficultés éprouvées dans les coulisses par l'armée, la GRC et les autres personnes engagées dans des professions à risque élevé. Notre comité vous remercie profondément de votre présence parmi nous aujourd'hui. Merci.

La séance est levée.







**POSTE  MAIL**

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

**Poste-lettre**

**Lettermail**

**1782711  
Ottawa**

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à :  
Les Éditions et Services de dépôt  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5*

*If undelivered, return COVER ONLY to:  
Publishing and Depository Services  
Public Works and Government Services Canada  
Ottawa, Ontario K1A 0S5*

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

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

On peut obtenir des copies supplémentaires en écrivant à : Les Éditions et Services de dépôt  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5  
Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943  
Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757  
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca  
<http://publications.gc.ca>

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

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

### SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

Additional copies may be obtained from: Publishing and Depository Services  
Public Works and Government Services Canada  
Ottawa, Ontario K1A 0S5  
Telephone: 613-941-5995 or 1-800-635-7943  
Fax: 613-954-5779 or 1-800-565-7757  
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca  
<http://publications.gc.ca>

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