

RAPPORT SPÉCIAL  
AU MINISTRE DE LA DÉFENSE NATIONALE  
SEPTEMBRE 2012

Pierre Daigle

# TÉNACITÉ DANS L'ADVERSITÉ :

ÉVALUATION DE LA PRESTATION DES SOINS OFFERTS AUX MEMBRES DES  
FORCES CANADIENNES SOUFFRANT DE TRAUMATISMES LIÉS AU STRESS  
OPÉRATIONNEL, SOINS DONT ILS ONT BESOIN ET AUXQUELS ILS ONT DROIT



## Ombudsman

Défense nationale  
et Forces canadiennes



National Defence  
and Canadian Forces

Canada

## **Ténacité dans l'adversité<sup>1</sup>**

**Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

**Septembre 2012**

*Rapport spécial*  
*Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux*  
*membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress*  
*opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

## Table des matières

<b>Sommaire .....</b>	<b>1</b>
<b>Section 1 : Contexte.....</b>	<b>5</b>
<b>Section 2 : Rapport d'étape.....</b>	<b>12</b>
<b>Section 3 : Constatations.....</b>	<b>64</b>
<b>Section 4 : Recommandations .....</b>	<b>83</b>
<b>Annexe A : Sommaire du rapport d'étape.....</b>	<b>94</b>
<b>Annexe B : Sommaire des constatations .....</b>	<b>106</b>
<b>Annexe C : Sommaire des recommandations.....</b>	<b>107</b>
<b>Notes de fin de document.....</b>	<b>109</b>

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

1 **Sommaire**

2 *Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit* est le troisième rapport de suivi publié par l'Ombudsman du ministère de la Défense nationale (MDN) et des Forces canadiennes (FC) qui porte sur l'évaluation de la capacité des FC à relever le défi que constitue le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et les autres traumatismes liés au stress opérationnel (TSO). Le présent rapport est fondé sur l'évaluation initiale réalisée au début de 2002 et sur deux rapports de suivi publiés à la fin de 2002 et de 2008. Il incluait également l'étude de cas de l'Ombudsman sur la situation de la santé mentale à Petawawa menée en 2008.

3 L'étude portait exclusivement sur les membres de la Force régulière des FC et leur famille, car une étude connexe portant précisément sur les membres de la Force de réserve et les TSO sera menée à titre de suivi de cette enquête. On s'attend à ce que cette étude soit terminée d'ici la fin de 2013. Même si les familles constituaient l'un des sujets abordés dans ce rapport, elles feront également l'objet d'une analyse plus ciblée qui est en cours d'élaboration et qui sera terminée au milieu de 2013.

4 Un examen des mesures prises par les MDN et les FC à la suite de la publication en 2008 du rapport de suivi de l'Ombudsman précédent intitulé *Un long chemin vers la guérison*, dans lequel il formulait neuf recommandations, a permis de constater que six de ces recommandations avaient été mises en œuvre, partiellement mises en œuvre ou sur le point d'être mises en œuvre, tandis que deux de ces recommandations étaient considérées comme non concluantes. Une recommandation, soit la nécessité de créer une base de données nationale qui reflète exactement le nombre de membres des FC qui souffrent de TSO, n'a pas été mise en œuvre. Un sommaire de ces recommandations est présenté à l'annexe A – *Sommaire du rapport d'étape*.

5 Plusieurs observations et préoccupations ont été relevées dans le cadre de cette évaluation des recommandations formulées en 2008. La plus importante d'entre elles est l'écart considérable qui demeure entre la *capacité visée* à offrir des soins aux membres des FC souffrant de TSO, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit, et la *capacité réelle* à leur en offrir. Cet écart est principalement attribuable à l'incapacité à atteindre le niveau de dotation autorisé de la fonction en santé mentale. Cela a eu des répercussions extrêmement importantes sur la prestation de soins de première ligne, les

**Rapport spécial**  
***Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit***

traitements et le soutien offerts aux membres des FC qui souffrent du SSPT et d'autres TSO et à leur famille.

- 6 Une autre préoccupation concerne la mesure dans laquelle un meilleur soutien offert aux familles de militaires qui doivent composer avec des proches qui souffrent de TSO est cohérent et efficace pour répondre à leurs besoins. Le rapport souligne également l'incapacité à évaluer la pertinence du financement que le MDN et les FC affectent aux besoins impératifs liés aux TSO, en plus de la difficulté à évaluer si la structure actuelle en matière de santé mentale est suffisamment solide pour répondre à la demande. Enfin, le rapport souligne le fait que, même si les opérations menées en Afghanistan ont diminué après plus d'une décennie, le fardeau associé aux TSO est encore très lourd à porter et il le demeurera encore pendant plusieurs années. Voilà le résultat d'une combinaison de la nature latente de cette affection et du fardeau de plus en plus lourd attribuable aux 20 années d'opérations menées par les FC de façon presque continue.
- 7 La principale observation faite dans le rapport *Ténacité dans l'adversité* est que bien que les FC aient la capacité réelle pour relever le défi que constituent le SSPT et les TSO, elles y parviennent en grande partie grâce à la détermination et à l'engagement des intervenants en santé mentale qui continuent d'offrir des soins de première ligne de qualité en dépit de la très lourde charge de travail qu'ils doivent assumer et des conditions difficiles dans lesquelles ils doivent travailler. Il est évident que la fonction est poussée à la limite.
- 8 La mise en œuvre des recommandations formulées dans le rapport de l'étude de cas menée en 2008 intitulée *Évaluation de l'état des services de santé mentale de la BFC Petawawa* a également été analysée en profondeur. Des sept recommandations formulées dans cette étude de cas, trois étaient considérées comme pleinement mises en œuvre et trois comme partiellement mises en œuvre. Une recommandation n'était plus pertinente. Cette évaluation est également incluse à l'annexe A.
- 9 Parmi les principales observations et préoccupations relevées au sujet de la Base des Forces canadiennes (BFC) Petawawa, nous notons entre autres une augmentation importante du nombre d'intervenants en santé mentale, même si une pénurie chronique persiste. Nous avons pu observer le défi constant que doivent relever des familles de militaires qui doivent composer avec un proche souffrant de TSO, et ce, malgré les importantes améliorations apportées aux soins et au soutien destinés à ces familles. Dans l'ensemble, tandis que la capacité réelle en matière de santé mentale de la BFC Petawawa s'est grandement améliorée, le personnel responsable de ces services doit toujours

**Rapport spécial**  
***Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit***

assumer une très lourde charge de travail, à l'image de la situation qui existe à l'échelle des FC.

- 10 En plus de donner suite aux recommandations, le rapport *Ténacité dans l'adversité* fait état d'un certain nombre de constatations clés observées au cours de l'étude. Ces constatations sont présentées à l'annexe B – *Sommaire des constatations*. Les conclusions favorables comprenaient : le passage d'un système ad hoc à une vaste capacité visée des soins des TSO, qui en est toujours à la phase de transition vers un seul système cohérent; l'engagement du leadership stratégique du MDN et des FC à l'égard de la question des TSO, faisant ainsi en sorte que le SSPT et les TSO soient acceptés comme une réalité du service militaire moderne à l'échelle des FC; le professionnalisme, la passion et le dévouement des intervenants en santé mentale du MDN et des FC qui ont permis de maintenir la capacité visée malgré les obstacles importants; la diminution des obstacles à la prestation de soins, y compris une réduction importante de la stigmatisation liée aux TSO, ce qui permet aux membres des FC de demander de l'aide et d'obtenir les soins dont ils ont besoin plus facilement; enfin, l'amélioration du soutien offert aux familles de militaires devant composer avec un proche qui souffre de TSO, lequel soutien repose sur le lien inextricable qui existe entre le traitement des TSO et les dynamiques familiales stables.
- 11 Les constatations moins favorables comprenaient : la pénurie chronique de personnel mentionnée précédemment, et ce, malgré les efforts déployés en matière de recrutement et la mise en place de mesures d'atténuation, ce qui représente un déficit de fournisseurs de soins de première ligne de 15 à 22 p. 100 afin de pouvoir continuer à répondre aux besoins des FC en matière de soins en santé mentale; la sous-traitance considérable des traitements offerts aux membres des FC qui souffrent de TSO avec les restrictions inhérentes à la sous-traitance; la mauvaise connaissance de la situation du leadership stratégique et du leadership fonctionnel quant à l'ampleur des besoins impératifs liés aux TSO, situation qui évolue au fil du temps; enfin, une approche ad hoc en ce qui concerne la mesure du rendement qualitative et systémique, ce qui a nui à l'aptitude des FC à évaluer l'efficacité de sa capacité visée en matière de TSO.
- 12 Le rapport *Ténacité dans l'adversité* conclut avec six recommandations précises, lesquelles sont résumées à l'annexe C – *Sommaire des recommandations*. La première recommandation porte sur le fait que les FC doivent continuer, en tant qu'organisation, à se concentrer sur la prestation de soins de santé, de traitements et de soutien appropriés offerts aux membres des FC qui souffrent du SSPT et d'autres TSO, et ce, malgré le ralentissement naturel découlant de la fin des opérations majeures en Afghanistan ainsi que

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

de diverses contraintes ministérielles, y compris de nouvelles compressions budgétaires.

- 13 La deuxième recommandation porte sur le fait que les FC devraient élaborer et mettre en œuvre une campagne de recrutement plus dynamique et novatrice afin de pallier la pénurie chronique de fournisseurs de soins.
- 14 La troisième recommandation incite les FC à procéder à une mesure du rendement qualitative et systémique visant à évaluer l'efficacité de leur réaction aux besoins impératifs liés au SSPT et aux TSO.
- 15 La quatrième recommandation concerne la réalisation d'une évaluation globale de la capacité réelle actuelle des FC en matière de santé mentale, dix ans après sa mise en œuvre.
- 16 La cinquième recommandation incite le leadership stratégique des FC à examiner les tensions évidentes et croissantes entre le *commandant et le clinicien* et le *commandant et l'administrateur* en ce qui concerne les soins médicaux et le soutien administratif offerts aux membres des FC qui souffrent de TSO.
- 17 Enfin, la sixième recommandation concerne une demande adressée au leadership stratégique des FC afin qu'il prenne en compte la viabilité d'une application plus moderne du principe de l'universalité du service en raison des préoccupations soulevées au sujet de l'engagement moral continu de l'organisation envers ses militaires.

*Rapport spécial*  
*Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

18 **Section 1 : Contexte**

19 « Je crois que nous avons l'un des meilleurs systèmes de soins de santé militaires parmi nos alliés et nous sommes des chefs de file en matière de soins de santé au pays. Mais nous sommes loin d'être parfaits<sup>2</sup>. » [Traduction]

– Le général Walter Natynczyk, Chef d'état-major de la Défense, mai 2012

20 Rapport initial sur le SSPT. Le 5 février 2002, l'Ombudsman du MDN et des FC a publié un rapport spécial intitulé *Traitement systémique des membres des FC atteints du SSPT*<sup>3</sup>. Ce rapport évaluait la capacité des FC à relever efficacement les défis modernes en matière de santé mentale, plus particulièrement le SSPT.

21 Le rapport contenait deux conclusions principales : 1) le SSPT était un problème très sérieux qui prenait de l'ampleur au sein des FC et 2) en général, l'approche des FC relativement aux problèmes de santé mentale, et plus précisément le SSPT, était inadéquate.

22 Ces conclusions ont été renforcées par 31 recommandations précises visant à améliorer l'aptitude du MDN et des FC à diagnostiquer, à traiter et à soigner les militaires souffrant du SSPT. Ces recommandations portaient sur la gamme de soins offerts en santé mentale, le leadership et la coordination institutionnels, le système de suivi national, la sensibilisation, l'éducation et la formation, le traitement normalisé ainsi que le stress et l'épuisement professionnel des fournisseurs de soins.

23 Premier rapport de suivi. En décembre 2002, soit 10 mois après la publication du premier rapport, l'Ombudsman a publié un premier rapport de suivi qui examinait les mesures mises en œuvre par le MDN et les FC dans la foulée des 31 recommandations<sup>4</sup>. Dans ce rapport, nous avons déterminé que de réels progrès avaient été réalisés, et ce, malgré le court laps de temps qui s'était écoulé depuis la publication du premier rapport, plus particulièrement en ce qui concerne la sensibilisation de la haute direction quant à l'importance des problèmes de santé mentale. Nous avons également souligné le peu de progrès réalisé dans des domaines clés comme la stigmatisation au sein de l'organisation, la formation, la collecte de données et la coordination à l'échelle nationale. L'Ombudsman concluait ce rapport en s'engageant à continuer à assurer le suivi des progrès réalisés par le MDN et les FC dans leur combat visant à relever le défi sans cesse grandissant que représente le SSPT.

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

- 24 Deuxième rapport de suivi. Un deuxième rapport de suivi sur le SSPT et les autres TSO intitulé *Un long chemin vers la guérison* a été publié par l'Ombudsman intérimaire en décembre 2008, soit six ans après la publication du rapport intitulé *Traitement systémique des membres des FC atteints du SSPT*<sup>5</sup>. L'objectif de ce rapport était d'effectuer le suivi des progrès réalisés par l'organisation pendant cette période décisive, où les opérations en Afghanistan étaient à leur point culminant. Pour ce qui est des progrès réalisés, l'étude soulevait la question fondamentale suivante *Les membres des FC qui souffrent du SSPT ou d'autres TSO sont-ils diagnostiqués et soignés de façon à pouvoir demeurer des membres actifs de la société canadienne, que ce soit dans les forces armées ou comme civils?*
- 25 L'Ombudsman concluait ce rapport en mentionnant que, bien que l'on ait réalisé de nombreux progrès dans toute la gamme des soins de santé de 2002 à 2008 en raison de la mise en œuvre de politiques, d'améliorations structurelles et de modifications apportées aux méthodes propres aux TSO, certains militaires « passaient toujours entre les mailles du filet » et ne recevaient pas l'attention et les soins dont ils avaient besoin.
- 26 Le rapport déterminait également les obstacles organisationnels à la prestation de soins : la proximité des centres urbains, la disponibilité des professionnels de santé mentale et l'attitude négative constante des supérieurs et des pairs envers les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. En outre, le rapport soulignait l'absence d'un réseau de soutien national coordonné pour les familles de militaires qui souffraient de TSO. Nous avons constaté que l'accès aux soins et au soutien était particulièrement difficile pour les familles vivant dans des emplacements militaires éloignés. Nous avons également souligné l'absence d'une base de données nationale permettant aux FC de faire le suivi de l'ampleur des problèmes liés au SSPT et aux TSO au fil du temps.
- 27 Le rapport fait également état d'éléments positifs, soit une amélioration en ce qui concerne le dépistage, la prévention et le traitement des problèmes de santé mentale; une capacité visée plus solide en matière de santé mentale à l'échelle locale; un dépistage prédéploiement et postdéploiement amélioré et l'ajout d'une phase de décompression postdéploiement à la suite des déploiements opérationnels. L'engagement continu du MDN et des FC à l'égard du soutien par les pairs dans le cadre du programme de Soutien social; blessures de stress opérationnel (SSBSO) a également été reconnu comme une autre étape positive pour l'organisation.
- 28 Enfin, l'annonce (qui coïncidait avec la publication du rapport *Un long chemin vers la guérison*) selon laquelle 218 professionnels de la santé et gestionnaires s'ajouteraient à la capacité réelle des FC en matière de santé mentale avant la

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

fin de mars 2009 avait été accueillie favorablement. Cette augmentation permettait de presque doubler les effectifs actuels des FC dans le domaine des soins de santé mentale. Le Bureau espérait également que cette importante augmentation des effectifs permettrait d'atténuer la pression exercée sur le système de santé des FC qui devait répondre aux besoins en matière de soins en santé mentale latents résultant des diverses missions des FC menées dans les années 1990 dans les Balkans, en Afrique, en Asie du Sud-Est et dans les Amériques, et à la nouvelle demande générée par les opérations menées actuellement en Afghanistan.

- 29 Le rapport *Un long chemin vers la guérison* comprenait neuf recommandations qui nécessitaient la mise en œuvre d'autres mesures par le MDN et les FC; plusieurs de ces mesures avaient été tirées du rapport intitulé *Traitement systémique des membres des FC atteints du SSPT* publié en 2002. L'Ombudsman intérimaire réaffirmait son engagement à faire le suivi des progrès continus réalisés par le MDN et les FC dans ce domaine.
- 30 Étude de cas de la BFC Petawawa. Pendant la même période de l'étude qui allait mener à la publication du rapport intitulé *Un long chemin vers la guérison*, en décembre 2008, le Bureau de l'Ombudsman réalisait une étude de cas parallèle, où le personnel examinait la situation à la BFC Petawawa<sup>6</sup>. L'étude, intitulée *Évaluation de l'état des services de santé mentale de la BFC Petawawa*, a été jugée nécessaire en raison d'une combinaison de facteurs, soit le rythme opérationnel exceptionnellement élevé auquel était soumise la base depuis 2002, la nature imprévisible des opérations auxquelles participaient les militaires de la base au cours de cette période, l'isolement de la base sur le plan géographique, le nombre élevé de plaintes en provenance de la base déposées au Bureau de l'Ombudsman entre 2002 et 2008 et une demande formulée par le commandant de la base à l'Ombudsman afin qu'il examine la situation qui existait là-bas.
- 31 L'étude de cas a permis de tirer trois conclusions. Tout d'abord, nous avons déterminé que la capacité visée en matière de soins en santé mentale de la BFC Petawawa et des environs souffrait d'un manque critique de ressources. Par conséquent, les militaires atteints du SSPT ou d'autres TSO avaient beaucoup de difficulté à recevoir des soins appropriés et en temps opportun, et ils devaient parfois tout simplement s'en passer. Ensuite, nous avons constaté une certaine fatigue professionnelle et relevé de nombreux cas d'épuisement professionnel parmi les intervenants en santé mentale à la BFC Petawawa en raison d'une demande excessive et d'un manque de ressources. Enfin, nous avons remarqué que le milieu de travail était négatif, parfois toxique, et que les relations entre les fournisseurs de soins primaires, les fournisseurs de soins en santé mentale et la chaîne de commandement étaient généralement très

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

mauvaises, ce qui avait des répercussions négatives sur les soins offerts aux personnes souffrant du SSPT et d'autres TSO.

- 32 Le rapport se terminait par la formulation de sept recommandations jugées nécessaires pour stabiliser la situation quant au SSPT et aux TSO à la BFC Petawawa. Les recommandations portaient sur le manque de fournisseurs de soins en santé mentale, la désorganisation de la structure de gouvernance des services de santé de la base, la détérioration des relations entre les fournisseurs, la nécessité de trouver des mesures temporaires en attendant de mettre en place des solutions à long terme et l'importance d'aider les familles de militaires souffrant de TSO à accéder aux soins et au soutien offerts.
- 33 Rapport du Comité permanent. En juin 2009, le Comité permanent de la défense nationale a publié le rapport intitulé *Pour de meilleurs soins : Services de santé offerts au personnel des Forces canadiennes, en particulier dans le cas des troubles de stress post-traumatique*<sup>7</sup>. L'étude a permis d'évaluer les soins offerts aux membres des FC souffrant de TSO à partir d'une perspective pangouvernementale. Elle comprenait un témoignage de l'Ombudsman intérimaire du MDN et des FC sur les constatations du rapport *Un long chemin vers la guérison*.
- 34 Le Comité permanent a conclu que trois problèmes principaux étaient à la source de la plupart des défis que doivent relever les FC pour prendre soin des militaires souffrant du SSPT. Tout d'abord, les personnes souffrant du SSPT ou de TSO font toujours l'objet de stigmatisation. Ensuite, l'écart entre ce qui est affirmé au niveau stratégique et ce qui se produit au sein de l'unité et de la clinique a une incidence néfaste. Enfin, la pénurie chronique de professionnels de la santé mentale nuisait à la prestation et au maintien des soins.
- 35 Le rapport intitulé *Pour de meilleurs soins* demandait à la haute direction de réaffirmer leur engagement et d'améliorer les programmes et les services offerts. Le rapport contenait 36 recommandations portant sur des thèmes tels que la pénurie de fournisseurs de soins, les soins offerts aux familles, le suivi des blessés et la réduction de la stigmatisation. Bon nombre de ces recommandations étaient très semblables à celles contenues dans le rapport *Un long chemin vers la guérison*.
- 36 Troisième rapport de suivi. Les rapports susmentionnés sont le prélude à la publication du rapport *Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*, qui constitue le troisième rapport de suivi de l'Ombudsman du

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

MDN et des FC où il évalue la réaction du MDN et des FC quant au SSPT et aux autres TSO.

- 37 Format. Le présent rapport comporte quatre sections distinctes. La première section décrit le contexte menant à la publication du présent rapport. La deuxième section contient un rapport d'étape sur les neuf recommandations contenues dans *Un long chemin vers la guérison* et les sept recommandations formulées dans l'*Évaluation de l'état des services de santé mentale de la BFC Petawawa*. La troisième section contient les constatations qui vont au-delà de ces 16 recommandations précises, et la quatrième section présente les principales recommandations qui doivent être mises en œuvre par les FC afin de pouvoir relever le défi lié aux TSO.
- 38 De plus, des sommaires du rapport d'étape (section 2), des constatations (section 3) et des recommandations (section 4) sont présentés aux annexes A, B et C.
- 39 Limites. Le présent rapport est fondé sur une recherche exhaustive. Au cours de la période de 10 mois de l'étude, 8 bases ont été visitées, 216 entrevues officielles ont été réalisées et 480 personnes ont été interrogées ou consultées, bon nombre d'entre elles plus d'une fois<sup>8</sup>. Ces personnes comprenaient des dirigeants stratégiques, des commandants et des superviseurs provenant de tous les niveaux de la chaîne de commandement du MDN et des FC, des officiers supérieurs d'état-major et des planificateurs, des professionnels et des gestionnaires de la santé, des membres du personnel de soutien administratif, des chercheurs, des experts externes et d'autres intervenants pertinents.
- 40 Des militaires ont également été interrogés. Parmi ceux-ci, il y avait des militaires souffrant du SSPT ou de TSO et des militaires en bonne santé mentale. Des membres de famille des militaires souffrant du SSPT ou d'autres TSO ont également été consultés. Les renseignements obtenus dans le cadre de ces rencontres, appuyés par plus de 650 documents de référence et autres documents, forment la base du présent rapport<sup>9</sup>. Sans exception, toutes les personnes qui ont participé à cette étude ont été respectueuses, franches et affables, y compris celles qui souffraient d'un problème de santé mentale. Le Bureau de l'Ombudsman tient à remercier sincèrement chaque personne ayant contribué à cette initiative.
- 41 Comme ce fut le cas pour les rapports précédents, le présent rapport a été élaboré avec un seul objectif en tête : fournir une description exacte et équitable de la capacité du MDN et des FC à dépister, à prévenir et à traiter le SSPT et les autres TSO. Bien que le Bureau de l'Ombudsman soit convaincu que le portrait présenté dans le présent rapport est précis et équilibré, il a dû relever dans le cadre de ce projet les défis que présentent souvent les vastes

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

études complexes. Le grand volume d'information, combiné au nombre d'intervenants, aux différentes perspectives et compétences, a donné lieu à des contradictions et à des incohérences qui n'étaient pas toujours faciles à régler. De plus, il fut impossible d'obtenir plusieurs renseignements clés et il a fallu composer avec cette réalité, et ce, même si un très grand nombre d'éléments de preuve avaient été recueillis.

42 Chaque conclusion énoncée ci-dessous s'appuie sur un fait vérifiable. Les conclusions éventuelles qui ne s'appuyaient pas sur des preuves solides ont été rejetées, peu importe leur caractère incontestable. Lorsque la conclusion cède la place à une observation ou à une préoccupation, la transition est explicitement indiquée.

43 Le temps et l'espace sont des défis inévitables dans le cadre d'une étude de cette importance. La capacité visée en matière de santé mentale du MDN et des FC continue d'évoluer, comme il se doit. Certains des renseignements recueillis au cours de l'été 2011 avaient changé au printemps 2012. Il en sera peut-être de même à l'hiver 2012 ou à l'été 2013. Par conséquent, le présent rapport est une représentation instantanée à un moment précis dans le temps, il ne peut en être autrement. Cependant, le continuum de la présente série de rapports, qui a commencé en 2002 avec la publication du rapport *Traitement systémique des membres des FC atteints du SSPT* et qui s'est poursuivi jusqu'à la publication du présent rapport de suivi, donne un aperçu clair et révélateur du chemin parcouru par le MDN et les FC en ce qui concerne sa capacité visée en matière de santé mentale au fil du temps. Par conséquent, la valeur des constatations et des conclusions contenues dans le présent rapport se prolongera au-delà de la période de publication.

44 La terminologie est importante dans le cadre d'une analyse aussi complexe que celle-ci. Aux fins de clarté, le terme **capacité visée** se rapporte à l'*aptitude recherchée afin d'atteindre un effet désiré conformément à des normes et dans des conditions précises*, alors que le terme secondaire **capacité réelle** se rapporte à l'*aptitude réelle visant à atteindre un effet désiré conformément à des normes et dans des conditions précises*<sup>10</sup>. Autrement dit, la *capacité visée* correspond à ce qui est prévu, structuré et visé, tandis que la *capacité réelle* correspond à ce qui est concret et déjà en place et qui produit des résultats. Cette distinction est essentielle à l'analyse qui suit.

45 La présente étude porte exclusivement sur les membres de la Force régulière souffrant de TSO et leur famille. L'exclusion des membres de la Force de réserve est intentionnelle. La portée de la dimension des soins offerts aux membres de la Force de réserve souffrant de TSO est suffisamment importante pour faire l'objet d'un examen distinct. Par conséquent, les soins offerts aux réservistes souffrant de TSO est le point central du prochain rapport publié par le Bureau de l'Ombudsman intitulé *Rapport sur les TSO dans la Force de réserve*, qui sera terminé d'ici la fin de 2013.

### *Rapport spécial*

## *Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

- 46 Comme il est décrit dans le présent rapport, il y a peu de méthodes prédéterminées pour évaluer la capacité visée du MDN et des FC à relever le défi que constituent le SSPT et les TSO. Lorsqu'une organisation aussi diversifiée que les FC s'attaque à un problème aussi complexe que les TSO, il ne faut pas s'attendre à obtenir des solutions simples et générales. Les événements récents, tant au pays qu'à l'étranger, ont démontré qu'il existait peu de solutions rapides pour résoudre les problèmes liés aux TSO.
- 47 En dépit des améliorations qui y ont été apportées, la capacité visée des FC en matière de santé mentale n'est pas parfaite, comme l'a admis le leadership stratégique de l'organisation, et il reste encore beaucoup de travail à accomplir. Depuis 2002, il y a eu de nombreux succès et quelques échecs, et les progrès réalisés ont parfois nécessité certains mouvements latéraux.
- 48 En fait, la seule constante qui fut maintenue est la passion et la détermination dont font preuve tous ceux qui travaillent en première ligne dans le cadre de cette initiative. Le dévouement inlassable des professionnels de la santé, des fournisseurs de soins, des gestionnaires, du personnel de bureau et des pairs, permettant d'assurer la prestation des soins, a été le seul élément constant tout au long de la présente analyse.

49 **Section 2 : Rapport d'étape**

50 **Évaluation des recommandations formulées dans le rapport *Un long chemin vers la guérison* et l'étude de cas réalisée à Petawawa (2008).**

51 *Dans certains cas, des hommes et des femmes de l'Armée de terre, de la Marine ou de la Force aérienne qui ont servi leur pays avec courage et dévouement passent à travers les mailles du système<sup>11</sup>.*

– Extrait tiré du document intitulé *Un long chemin vers la guérison*, décembre 2008.

52 **Recommandations – *Un long chemin vers la guérison***

53 **Recommandation n° 1 : Coordonnateur national des traumatismes liés au stress opérationnel**

En décembre 2008, dans *Un long chemin vers la guérison*, il était recommandé :

*Qu'un poste à temps plein de Coordonnateur national des traumatismes liés au stress opérationnel soit créé. Le titulaire de ce poste devra relever directement du Chef d'état-major de la Défense, et il sera chargé de toutes les activités relatives aux traumatismes liés au stress opérationnel, y compris la qualité et l'uniformité des soins, des diagnostics et des traitements ainsi que les programmes de formation et d'éducation dans l'ensemble des Forces canadiennes.*

Le présent examen de suivi a permis de déterminer que cette recommandation a été satisfaite.

54 **Évaluation**

55 Dans leurs réponses officielles au rapport *Un long chemin vers la guérison*, le ministre de la Défense nationale (min DN) et le Chef d'état-major de la Défense (CEMD) ont confirmé que le Chef du personnel militaire (CPM) agirait pour les Forces canadiennes (FC) à titre de responsable national chargé des activités relatives aux TSO et, à cet égard, relèverait directement du CEMD<sup>12,13</sup>. Le CPM étant l'autorité fonctionnelle responsable entre autres des services de santé, du soutien des blessés et du soutien des familles, le min DN et le CEMD ont estimé que, dans le cadre de la gestion des TSO, la création

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

d'une entité ou d'un bureau indépendant de la structure du CPM aurait pour effet de séparer les responsabilités et les obligations.

- 56 Le poste de conseiller spécial sur les TSO a été créé en mai 2008 afin de permettre au CPM de se concentrer davantage et directement sur les besoins impératifs liés aux TSO, tout en assumant son éventail de responsabilités<sup>14</sup>. Le conseiller spécial sur les TSO – un poste de lieutenant-colonel – avait pour mandat de superviser la gestion des activités non cliniques visant à faire face aux TSO, y compris le lancement d'une campagne de sensibilisation pour mieux faire connaître les TSO. Le conseiller spécial sur les TSO donnait son avis sur le budget, sur la planification des activités et sur les besoins impératifs en matière d'embauche et contribuait à l'élaboration et à la prestation d'un programme d'études sur la sensibilisation aux TSO. Par ailleurs, il appuyait et préconisait la prestation continue de soutien par les pairs et de soutien social.
- 57 La Direction de la santé mentale a été créée en janvier 2009<sup>15</sup>. Elle a pour mission de s'occuper exclusivement des activités et des programmes relatifs à la santé mentale dans les FC. En effet, il est jugé essentiel de mettre l'accent sur ces programmes et activités, compte tenu de l'ampleur et de l'intensité de la fonction de la santé mentale, liées à leur évolution dynamique durant la période postérieure à la mise en œuvre du projet Rx2000 (de 2002 à 2008). Le projet Rx2000, lancé en janvier 2000, était le projet global de réforme des Services de santé des Forces canadiennes. Ce projet était fondé sur les quatre piliers suivants : la continuité des soins, la responsabilisation, la protection sanitaire et la viabilité des ressources humaines des Services de santé.
- 58 Le nouveau Directeur – Santé mentale, un clinicien détenant le grade de colonel et relevant directement du médecin-chef adjoint, est notamment chargé :
- 59
- 60
- 61
- 62
- d'assurer des ressources cliniques suffisantes pour répondre aux besoins de traitements en santé mentale;
  - d'assurer la cohérence entre les aspects clinique, professionnel, éducatif, préventif, du soutien des pairs et du soutien familial se rapportant aux soins de santé mentale;
  - de surveiller le rendement des initiatives des FC portant sur la santé mentale, ce qui inclut la prestation de rapports sur la situation et des analyses comparatives avec les activités de nos principaux alliés;
  - de maintenir la connaissance des meilleures pratiques et de la recherche clinique concernant les problèmes de santé mentale d'intérêt aux FC;

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

- 63
- d'assurer une coordination continue avec Anciens Combattants Canada, avec certains organismes tels la Commission de la santé mentale du Canada et avec d'autres groupes ayant partie prenante;
- 64
- d'agir à titre de porte-parole idéal des FC sur les questions liées à la santé mentale.

65

En outre, le poste de conseiller en santé mentale et psychiatrie, relevant du médecin-chef, est créé au mois de janvier 2010. Le conseiller en santé mentale et psychiatrie travaille en tandem avec le Directeur – Santé mentale, auprès duquel il agit à titre de conseiller supérieur sur toutes les questions liées à la santé mentale. Par ailleurs, ce conseiller soutient le réseau professionnel et technique axé sur la santé mentale, réalise des activités de sensibilisation nationales sur la santé mentale et agit à titre de principal porte-parole sur les questions de santé mentale.

66

Étant donné la création, sur un court intervalle de temps (2009-2010), des postes de Directeur – Santé mentale et de conseiller en santé mentale et psychiatrie, et compte tenu des progrès réalisés au cours de la deuxième moitié des années 2000 en faveur de l'institutionnalisation de la pertinence des besoins impératifs liés à la santé mentale au sein des FC, le CPM a décidé, en 2011, que le poste de conseiller spécial sur les TSO n'était plus une nécessité<sup>16</sup>. En effet, à tous les échelons de la direction des FC, les niveaux de connaissance et d'engagement relativement à la santé mentale ont été jugés définitifs, et par conséquent considérés comme ne dépendant plus d'un champion actif – un rôle que le conseiller spécial sur les TSO avait assumé avec compétence depuis la création du poste. De plus, le chevauchement des responsabilités du conseiller spécial sur les TSO, du Directeur – Santé mentale et du conseiller en santé mentale et psychiatrie a été considéré comme une occasion de rationaliser la structure sans risquer de provoquer une chute de rendement. Par conséquent, à compter de la période active des affectations de 2012, le poste de conseiller spécial sur les TSO ne sera plus pourvu.

67

La fonction de conseiller supérieur sur les TSO s'est indéniablement avérée un soutien efficace pour le leadership du ministère de la Défense nationale (MDN) et des FC et a permis d'assurer la cohérence et la coordination des efforts déployés en matière de santé mentale. Même si la voie empruntée pour atteindre ces objectifs n'était pas celle préconisée dans la recommandation du rapport *Un long chemin vers la guérison*, le résultat souhaité a été atteint. Le CPM, bénéficiant alternativement de l'appui du conseiller spécial sur les TSO, du Directeur – Santé mentale et du conseiller en santé mentale et psychiatrie (directement ou par l'entremise du médecin-chef), a transmis de manière constante sa connaissance de la situation, ses conseils et ses directives au leadership stratégique afin de permettre à ce dernier de faire des choix décisifs concernant les besoins impératifs liés aux TSO. En outre, la fonction de

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

conseiller supérieur sur les TSO a joué un rôle essentiel en permettant au MDN et aux FC de maintenir leur orientation institutionnelle axée sur les TSO<sup>17,18</sup>. La recommandation est donc considérée comme ayant été satisfaite.

**68      Préoccupations**

69      L'évolution du rôle de conseiller supérieur sur les TSO a eu pour effet de mettre en avant une préoccupation concernant l'équilibre des points de vue. En effet, la structure provisoire dans le cadre de laquelle le CPM recevait à la fois les conseils du conseiller spécial sur les TSO et ceux du Directeur – Santé mentale ou du conseiller en santé mentale permettait de proposer au leadership stratégique du MDN et des FC une combinaison de points de vue cliniques et non cliniques.

70      Entre le début des années 2000 et l'année 2012, à l'échelle institutionnelle, la pertinence des préoccupations liées à la santé mentale est devenue incontestable au sein du MDN et des FC. Cependant, le rôle de conseiller spécial sur les TSO allait plus loin que cette fonction promotionnelle. Ce rôle était crucial d'un point de vue éducatif, mais également dans le cadre des partenariats et des approches non cliniques du traitement, y compris le soutien social par les pairs. La décision de ne pas renouveler le mandat du conseiller spécial sur les TSO pourrait limiter l'étendue des conseils que le CPM reçoit des « opérateurs » non cliniques, étant donné que le Directeur – Santé mentale et le conseiller en santé mentale et psychiatrie abordent les besoins impératifs liés aux TSO par le prisme des cliniciens<sup>19</sup>.

71      Si les FC persistent à suivre l'approche mixte qui consiste à tirer parti à la fois des moyens cliniques et non cliniques pour aborder les besoins impératifs liés aux TSO – comme elles s'y sont engagées en 2001 avec la création du programme de SSBSO, engagement qu'elles ont réaffirmé à maintes reprises depuis – la décision de réduire la fonction de conseiller supérieur à un point de vue unique n'est peut être pas optimale. L'interaction inhérente entre cliniciens et non-cliniciens a été bénéfique pour les FC ces dernières années, en leur permettant de maintenir une approche équilibrée à l'égard du traitement du SSPT et des TSO, approche qui reposait à la fois sur des soins médicaux professionnels *et* sur un soutien social offert par les pairs. La poursuite de cette approche mixte pourrait être compromise par la suppression, parmi les postes consultatifs supérieurs, du poste de conseiller spécial sur les TSO<sup>20</sup>.

72      Le Directeur – Gestion du soutien aux blessés (D Gest SB) a été chargé d'assumer la plupart des fonctions du conseiller spécial sur les TSO, même si nous ignorons s'il sera en mesure d'accorder à ces exigences autant

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

d'attention que son prédécesseur, compte tenu de l'ampleur considérable de ses responsabilités. De plus, l'essentiel du rôle de conseiller spécial sur les TSO semble avoir été intégré, de manière officielle et non officielle, aux fonctions du Directeur – Santé mentale et du conseiller en santé mentale, ce qui pourrait limiter la participation du D Gest SB. Si ce dernier a transmis – et continuera de transmettre – au CPM ses commentaires et sa connaissance de la situation, acquise dans le cadre de ses fonctions de commandant de l'Unité interarmées de soutien du personnel, il n'est pas certain qu'il sera apte à se concentrer sur les autres aspects de la fonction de conseiller spécial sur les TSO.

73

**Recommandation n° 2 : Base de données nationale sur les TSO**

En décembre 2008, dans *Un long chemin vers la guérison*, il était recommandé :

*Que les Forces canadiennes développent une base de données qui reflète exactement le nombre de membres des FC, de la Force régulière comme de la Force de réserve, qui souffrent de maux causés par le stress.*

Le présent examen de suivi a permis de déterminer que cette recommandation n'a pas été satisfaite.

74

**Évaluation**

75

Le système mis sur pied par les FC, qui s'approche le plus d'une base de données nationale sur le SSPT et les TSO, est le Système d'information sur la santé des Forces canadiennes, une base de données électronique contenant des renseignements médicaux concernant l'ensemble des FC. Ce système a été conçu pour permettre une gestion efficace de l'information sur la santé, en vue d'appuyer la prise de décisions et d'améliorer l'efficacité opérationnelle. Il vise à fournir, de manière intégrée et automatisée, de l'information sur la santé de tous les militaires en service, membres de la Force régulière ou de la Force de réserve, qu'ils soient en garnison ou envoyés en mission dans le monde entier. Le Système d'information sur la santé des Forces canadiennes est un outil relativement nouveau puisqu'il n'est en fonction que depuis le printemps 2012, même s'il était utilisé depuis un certain temps dans sa version initiale.

76

Il existe d'importantes limites à l'utilisation du Système d'information sur la santé des Forces canadiennes pour la mise sur pied d'une base de données nationale sur les TSO. La principale limite est le rôle de ce système. À l'heure actuelle, il permet uniquement d'obtenir des renseignements de base sur l'utilisation des ressources, de mettre en relation le type de ressource et l'endroit où se trouve le patient, le type de rendez-vous et la disponibilité.

## *Rapport spécial*

### *Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

Pour obtenir un portrait à l'échelle nationale d'une maladie ou d'une blessure particulière, de TSO ou autres, des paramètres doivent être saisis de façon particulière afin d'extraire d'importants volumes de données brutes, et ces données doivent ensuite faire l'objet d'une interprétation détaillée exigeant beaucoup de travail, réalisée par l'équipe épidémiologique des Services de santé des Forces canadiennes. Si ce processus n'est pas mis en œuvre, la plupart des données restent incohérentes. Cette interprétation nécessite généralement une semaine entière de travail et dépend de la disponibilité d'un épidémiologiste<sup>21</sup>.

77 La seconde limite est liée au fait que l'intégration de notes sur la santé mentale n'a pas été envisagée lors de la conception du projet de Système d'information sur la santé des Forces canadiennes. Par conséquent, les notes émanant des fournisseurs de soins en santé mentale ne peuvent être intégrées au système dans sa configuration actuelle, et il n'existe aucune orientation ferme quant au moment où cette configuration pourrait être modifiée – si modification il y a. Techniquement parlant, il serait possible d'intégrer les notes sur la santé mentale au Système d'information sur la santé des Forces canadiennes, en modifiant les paramètres du projet, tout comme il serait possible de faire de ce système un outil d'établissement de rapports plus adapté si cela était considéré comme une priorité. Toutefois, à l'heure actuelle, aucune décision n'a été prise en ce sens. Selon les estimations d'une autorité médicale principale des FC connaissant parfaitement le Système d'information sur la santé des Forces canadiennes, si ce système venait à être modifié afin de permettre l'établissement de rapports réguliers au sujet des TSO à l'échelle des FC (et rien n'indique pour l'instant que ce sera le cas) il est peu probable que cette modification ait lieu avant 2014 ou 2015<sup>22</sup>.

78 Depuis l'an 2000, les FC ont effectué des recherches considérables sur les répercussions des problèmes de santé mentale et continuent d'étudier la question. Le rapport publié à l'automne 2011 et intitulé *Incidence cumulative du trouble de stress post-traumatique et d'autres troubles mentaux chez le personnel militaire déployé à l'appui de la mission en Afghanistan de 2001 à 2008*, réalisé par l'équipe de la Section de la santé des militaires déployés, qui fait partie de la Direction de la santé mentale, est un exemple de ces initiatives de recherche<sup>23</sup>. Mesurant le taux d'incidence des problèmes de santé mentale chez les membres du personnel des FC envoyés en mission en Afghanistan entre 2001 et 2008, cette étude fournit des estimations détaillées concernant la partie du personnel déployé pour lequel un diagnostic de TSO a été posé au cours d'une période prolongée suivant leur retour. Le rapport fournit aux FC des indications solides quant à l'ampleur des besoins impératifs liés aux TSO consécutifs au déploiement en Afghanistan et s'avère particulièrement précieux en tant qu'outil de prévision pour anticiper les besoins futurs en matière de soins. Cela concorde avec l'approche adoptée par les Services de santé des FC en matière de recherche qui privilégie d'exercer

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

une influence sur l'avenir plutôt qu'à mettre en évidence le présent ou à le comparer avec le passé.

- 79 Même si cette étude aidera les FC à prévoir l'incidence des TSO au moment d'envisager et de planifier de futurs déploiements, elle porte uniquement sur l'incidence des TSO consécutifs à la mission en Afghanistan et ne prend pas en considération l'aspect cumulatif des TSO dont souffrent les membres des FC. Par conséquent, elle ne peut servir, à l'échelle de l'institution, de point de repère unique permettant d'assurer le suivi de la question des TSO à intervalles réguliers et précis, d'autant que les TSO évoluent au fil du temps.
- 80 Les FC ont beaucoup misé sur le processus amélioré de dépistage postdéploiement comme moyen de mieux évaluer l'état de santé, y compris la santé mentale, des militaires de retour de missions opérationnelles. Par extension, ce contexte fournit un aperçu supplémentaire de l'ampleur de la question des TSO<sup>24</sup>. Cet examen, entrepris à partir de 2007, concerne tous les militaires déployés sur un théâtre d'opérations pendant au moins 60 jours et est effectué dans les 3 à 6 mois suivant leur retour. Malheureusement, le taux de participation à ce processus de dépistage n'est que de 76 p. 100, ce qui nuit à la qualité des résultats<sup>25</sup>. Un quart des militaires de retour d'un déploiement n'étant pas évalués, il existe un risque d'obtenir des résultats faussés. En outre, un certain nombre de militaires récemment déployés ont indiqué que le questionnaire était « facile à déjouer » – c'est-à-dire qu'ils étaient convaincus qu'ils pouvaient dissimuler ou taire des renseignements relatifs à leur santé mentale qu'ils ne souhaitaient pas divulguer. Cette allégation a été corroborée par plusieurs professionnels de la santé supérieurs<sup>26</sup>.
- 81 Le Sondage d'information sur la santé et les habitudes de vie des Forces canadiennes, réalisé tous les quatre ans (bien qu'après la publication du document *Un long chemin vers la guérison* le MDN se soit officiellement engagé à doubler la fréquence de ce sondage, afin qu'il ait lieu tous les deux ans à compter de 2008), porte sur l'état de santé mentale d'un vaste échantillon de membres des FC<sup>27</sup>. Il présente une autre tranche des besoins impératifs liés aux TSO, mais ne permet pas d'obtenir une représentation complète de la situation à un moment précis dans le temps.
- 82 L'organisation du CPM, de manière générale, et la Direction de la santé mentale, plus précisément, sont peu enclines à mettre en place un système de suivi plus complet des TSO. Le recensement du nombre exact de cas n'est pas jugé particulièrement utile. L'approche adoptée repose sur le principe suivant : « *si vous êtes malade, vous êtes malade* » et ce qui importe, c'est que vous receviez les soins appropriés<sup>28</sup>. La prévalence précise de chaque maladie ou blessure n'est pas considérée comme un aspect particulièrement pertinent.

## *Rapport spécial*

### *Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

- 83 De plus, en ce qui concerne le SSPT et les autres TSO, la collectivité médicale et les administrateurs du personnel des FC affirment que la situation correspond de manière générale à ce à quoi ils s'attendaient, étant donné que les TSO ne sont pas de nature épidémique et qu'ils évoluent donc selon une trajectoire assez prévisible<sup>29</sup>.
- 84 En plus des données scientifiques obtenues dans le cadre de ces divers sondages et études, les Services de santé des Forces canadiennes ont également introduit un élément pratique dans l'évaluation de l'ampleur des besoins liés aux TSO. Les temps d'attente requis pour obtenir une consultation avec un fournisseur de soins en santé mentale sont étudiés de près, dans chaque clinique, par le Directeur – Santé mentale et par le conseiller en santé mentale et psychiatrie. Ces derniers peuvent ainsi contrôler non seulement l'efficacité de chaque clinique, mais également, par extrapolation, l'efficacité du système de santé mentale dans son ensemble. Des temps d'attente courts témoignent généralement d'une capacité réelle suffisante, tandis que de longs temps d'attente sont révélateurs d'une demande excédant la capacité réelle. Des temps d'attente constamment longs peuvent donner lieu à une consultation approfondie auprès de la clinique concernée, à des visites d'aide d'état-major, à l'affectation temporaire de ressources supplémentaires, voire à une adaptation de la structure.
- 85 Une fois de plus, l'exécution semble avoir nui à l'efficacité. Jusqu'à tout récemment, la principale mesure surveillée de près par le Directeur – Santé mentale et par le conseiller en santé mentale et psychiatrie était le temps d'attente avant le *premier* rendez-vous disponible avec un fournisseur de soins en santé mentale, à savoir un psychiatre, un psychologue, un travailleur social, un conseiller en alcoolisme, toxicomanie et dépendance au jeu ou une infirmière en santé mentale. En 2012, il a été convenu que le suivi de cette mesure ne permettait pas d'évaluer correctement l'accès des patients aux soins et donnait souvent une image excessivement positive de la situation<sup>30</sup>. Par conséquent, au mois de mai 2012, le Directeur – Santé mentale a demandé aux cliniques de santé mentale de concentrer leurs observations sur le temps d'attente avant le *troisième* rendez-vous disponible, considéré par l'ensemble de la collectivité des soins de santé comme une norme bien plus fiable lorsqu'il s'agit d'évaluer l'accès des patients aux soins<sup>31</sup>.
- 86 De plus, de nombreuses cliniques de santé mentale n'ont pas été en mesure de produire de façon constante les statistiques mensuelles exigées par le Directeur – Santé mentale (statistiques qui, selon un certain nombre de fournisseurs de soins en santé mentale, comprennent plusieurs mesures d'utilité douteuse)<sup>32</sup>. Les efforts que les cliniques ont dû déployer – alors qu'elles faisaient déjà face à une charge de travail excessive – pour compiler

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

les statistiques actuelles exactes se sont avérés coûteux, d'autant plus que la plupart des cliniques ne sont pas équipées de systèmes communs de gestion de l'information ou de suivi du nombre de cas. Cette situation est en grande partie tributaire des années antérieures au projet Rx2000, années durant lesquelles les cliniques de santé mentale étaient de très petite taille, ce qui rendait bien plus facile le suivi du nombre de cas et le respect des autres exigences en matière de gestion des données. Les cliniques de santé mentale ayant connu ces dernières années une véritable explosion et atteint trois à cinq fois la taille qu'elles avaient à l'époque antérieure au projet Rx2000, leurs gestionnaires et chefs d'équipe ont généralement eu recours à des solutions locales, souvent improvisées, pour assurer la gestion de l'information. Les données indiquent que ces solutions de fortune ont connu divers degrés de réussite.

- 87 À titre d'exemple, un gestionnaire de clinique a indiqué que la seule façon pour lui de demeurer au fait du nombre de cas traités dans sa clinique consistait à interrompre, une fois par mois et pendant plusieurs jours, toutes ses activités de gestion et activités cliniques, afin de pouvoir rencontrer en personne chaque fournisseur de soins de la clinique et constituer une compilation détaillée des données relatives aux cas traités par chacun<sup>33</sup>. Cette pratique semble également avoir été adoptée dans d'autres cliniques.
- 88 En raison des difficultés que posent la gestion de données et le suivi des statistiques clés dans les cliniques, il est souvent arrivé que les rapports mensuels publiés par le Directeur – Santé mentale contiennent des renseignements périmés. Pendant la majeure partie de l'année 2011, jusqu'à un tiers des cliniques de santé mentale n'ont pas rendu compte régulièrement de leurs temps d'attente réels et de leurs autres statistiques. Depuis le mois de mars 2012, le Directeur – Santé mentale n'a reçu que 7 retours statistiques alors que les FC comptent 26 cliniques de santé mentale<sup>34</sup>.
- 89 Lorsque les cliniques n'étaient pas en mesure de fournir des statistiques à jour pour un mois donné, la pratique en vigueur consistait à entrer les dernières données fournies par cette clinique, même s'il s'agissait de données périmées. De 2010 à 2012, ces données, appelées *dernières valeurs connues*, étaient souvent périmées depuis plus de six mois, ce qui a nui à l'exactitude globale du rapport national.
- 90 En résumé, bien que le MDN et les FC disposent de nombreuses données de recherche, données informationnelles et autres données sur le SSPT et les TSO, ils ne parviennent pas à établir un portrait précis et ponctuel du problème à l'échelle de l'institution. La représentation nationale obtenue au moyen du Système d'information sur la santé des Forces canadiennes est un

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

amalgame de diverses données qui se heurtent toutes à d'importantes limites. Le rapport statistique du Directeur – Santé mentale, portant sur l'ensemble des FC, repose sur des données incomplètes et souvent périmées. Le résultat net est que l'établissement de rapports institutionnels sur l'ampleur des besoins impératifs liés aux TSO n'est ni suffisamment régulier ni suffisamment fiable pour permettre de mesurer efficacement les priorités et les ressources du MDN et des FC.

- 91 Recommandation n° 3 : Enquête sur la santé mentale de l'ensemble des FC  
En décembre 2008, dans *Un long chemin vers la guérison*, il était recommandé :  
*Que les Forces canadiennes mènent une enquête indépendante et confidentielle sur la santé mentale qui inclura à la fois les membres actifs et les anciens membres de la Force régulière et de la Force de réserve.*  
Le présent examen de suivi a permis de déterminer que cette recommandation est satisfaite.

92 **Évaluation**

- 93 Les FC se sont associées à Statistique Canada pour réaliser, en 2012, un suivi de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être – Forces canadiennes*, dont les résultats seront publiés en 2013. Il s'agira du second sondage national indépendant du genre sur la santé mentale des FC, qui fait suite à l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être – Forces canadiennes* de 2002<sup>35</sup>.
- 94 Il s'agit d'une initiative très importante. En effet, dans le cadre de l'initiative en santé mentale de Rx2000, le sondage de 2002 a été le principal élément moteur de la reconfiguration de la structure en matière de santé mentale. Ce sondage a joué un rôle de catalyseur majeur dans la mise sur pied de la structure actuelle en matière de santé mentale, de son effectif et de l'étendue géographique de ses activités.
- 95 Le suivi réalisé en 2012 donnera l'occasion de valider la capacité visée des FC en matière de santé mentale. En une décennie, les opérations prolongées et autres facteurs contemporains ont entraîné un certain nombre d'ajustements ponctuels de cette capacité. Pourtant, les piliers de la structure en matière de santé mentale de 2002, mise en place dans le cadre du projet Rx2000, demeurent en grande partie intacts. Le sondage à venir représente pour les FC une occasion capitale de valider la structure mise sur pied il y a dix ans. En effet, ce sondage mesurera l'efficacité avec laquelle cette structure permet

**Rapport spécial**  
***Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit***

d'offrir aux membres des FC souffrant du SSPT et d'autres TSO les services et programmes dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit.

96 Comme en 2002, ce sondage national permettra également aux FC de comparer leur capacité visée en matière de santé mentale avec celle dont bénéficie la population civile canadienne.

97 L'étude des données démographiques des FC reposera sur un échantillonnage aléatoire représentatif de tous les membres de la Force régulière et de la Force de réserve en service au milieu de 2012 (conformément à la recommandation). Les anciens membres des FC ne seront pas inclus dans cet échantillonnage, car ils ne relèvent pas du mandat du MDN ou des FC et sont placés sous la responsabilité d'Anciens Combattants Canada.

98 **Préoccupation**

99 L'intervalle de 10 ans écoulé entre les séries d'entrevues menées dans le cadre de cette importante enquête nationale indépendante sur la santé mentale est une source de préoccupations, particulièrement en période de grande pression organisationnelle marquée par des opérations soutenues en Afghanistan. D'importantes recherches connexes ont été réalisées par les FC au cours de cette période, tels le processus amélioré de dépistage postdéploiement, le Sondage d'information sur la santé et les habitudes de vie, réalisé périodiquement, le rapport Incidence cumulative du trouble de stress post-traumatique [...] de 2001 à 2008, l'étude de 2010-2011 portant sur l'incidence des TSO réalisée à la Base des Forces canadiennes de Gagetown, etc. Les résultats de ces recherches ont contribué à l'avancement des configurations, des méthodologies et des protocoles dans le domaine de la santé mentale. Cependant, ces contributions individuelles n'étaient pas indépendantes et n'évaluaient pas systématiquement l'ensemble de la capacité visée des FC en matière de santé mentale, contrairement à l'enquête de 2012 de Statistique Canada.

100 La décennie qui s'est écoulée entre ces deux études de référence exhaustives représente un long intervalle, d'autant plus qu'il s'agissait de l'une des périodes les plus mouvementées de l'histoire militaire canadienne. Un délai d'attente d'une décennie complète paraît démesurément long lorsqu'il s'agit de valider une capacité visée considérée comme une priorité ministérielle. Il se peut que ce délai ait limité l'aptitude des FC à apporter les ajustements nécessaires à leur capacité visée en matière de santé mentale au cours de cette phase critique.

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

101

Recommandation n° 4 : Politique d'accommodement

En décembre 2008, dans *Un long chemin vers la guérison*, il était recommandé :

*Que toute modification, officielle ou non officielle, de la politique d'accommodement ou de l'approche des Forces canadiennes à l'égard des militaires blessés qui veulent poursuivre leur carrière militaire soit appliquée équitablement à tous les militaires en difficulté, qu'ils souffrent de troubles mentaux ou de blessures physiques.*

Le présent examen de suivi a permis de déterminer que cette recommandation a été satisfaite dans la mesure du possible.

102

**Évaluation**

103

Les FC ont mis en œuvre ou amélioré un certain nombre de mesures visant à aider les militaires malades ou blessés à réintégrer leur service militaire ou à retourner à la vie civile.

104

L'officialisation, en 2011, de *Prendre soin des nôtres*, une démarche globale pour les soins du personnel malade et blessé des FC et leurs familles, fait partie de ces améliorations. Cette démarche propose une représentation cohérente de la place importante accordée par les FC aux phases de *récupération* après une maladie ou une blessure, de *réadaptation* visant à retrouver un niveau optimal de santé et de *réintégration* – au service militaire, de préférence<sup>36</sup>. *Prendre soin des nôtres* exprime clairement un engagement, de la part des FC, à fournir tous les soins et tout le soutien nécessaires aux militaires en service et à leur famille en cas de maladie ou de blessure.

105

Pour ce faire, il convient de proposer les traitements les plus récents fondés sur des données probantes et conçus pour permettre aux militaires de retrouver pleinement la santé et de reprendre leurs fonctions militaires ordinaires. Cet objectif n'est parfois pas réaliste, d'un point de vue médical, et il convient alors de viser un niveau optimal de guérison et un retour aux fonctions militaires ordinaires. Enfin, dans les situations où ce retour aux fonctions militaires ordinaires est impossible, l'objectif consiste à maximiser la guérison et à préparer le militaire concerné à sa transition vers la vie civile.

106

En ce qui concerne les délais, la directive de 2011 sur les *cas complexes* accorde aux militaires malades et blessés qui font l'objet de contraintes à l'emploi pour raisons médicales permanentes une prolongation de leur période de maintien en poste au sein des FC. Cette période peut aller jusqu'à trois ans s'ils sont considérés comme ayant des besoins complexes pendant la transition, ce qui semble être le cas pour la plupart des militaires souffrant de TSO<sup>37</sup>. Cette prolongation de la période de maintien en poste permet aux

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

militaires de bénéficier d'une période supplémentaire de traitement et de réadaptation et d'être mieux préparés à leur transition vers la vie civile.

- 107 La récente décision des FC de permettre aux militaires malades et blessés d'intégrer le Service d'administration et d'instruction des organisations de cadets ou les Rangers canadiens, en cas d'incapacité à réintégrer la Force régulière ou la Première réserve, offre à ces militaires une possibilité d'emploi supplémentaire<sup>38</sup>.
- 108 Bien que conçu à l'origine comme une mesure de transition, le *Programme de retour au travail* – programme de réadaptation professionnelle des FC – aide les militaires malades et blessés à recouvrer la santé en leur permettant de réintégrer un milieu de travail adapté et de reprendre progressivement leurs fonctions. Le programme fait appel à un ensemble d'organisations et d'entreprises du secteur privé, afin de pouvoir proposer un large éventail de possibilités de réadaptation. Les données empiriques recueillies dans le cadre de ce programme sont limitées, ce qui exclut la possibilité d'une évaluation.
- 109 Enfin, la direction ou gestion des membres des FC malades et blessés est sensiblement mieux coordonnée que par le passé. Cela s'explique principalement par la gestion efficace des cas. La gestion des cas médicaux, intégrée à la capacité visée en matière de soins primaires, joue un rôle plus important dans la continuité des soins aux patients. Par ailleurs, la coordination administrative des cas, assurée par les centres intégrés de soutien du personnel, qui relèvent de l'Unité interarmées de soutien du personnel, permet d'établir le lien entre les militaires malades et blessés et toutes les ressources médicales, professionnelles, financières et sociales pertinentes. Tandis que, récemment encore, les militaires malades et blessés devaient eux-mêmes chercher ces diverses ressources, et ce, souvent pendant des périodes durant lesquelles leur capacité à mener ces recherches était limitée, les employés des centres intégrés de soutien du personnel se chargent aujourd'hui de mettre ces ressources directement en rapport avec les militaires.
- 110 L'acceptation progressive, par une proportion croissante de militaires de la chaîne de commandement, du rôle de catalyseur joué par les centres intégrés de soutien du personnel et par l'Unité interarmées de soutien du personnel dans le processus de récupération, de réadaptation et de réintégration des militaires malades et blessés, semble servir efficacement les intérêts de ces derniers, même si les points de vue divergent encore énormément<sup>39</sup>. Certains militaires de la chaîne de commandement étaient convaincus que la structure de l'Unité interarmées de soutien du personnel fournit aux malades et aux blessés l'attention et les ressources appropriées et précises dont ils ont besoin. D'autres ont indiqué croire fermement que le fait d'écarter les militaires malades et blessés de la « structure familiale » que représentent l'unité et les pairs, et ce, au cours d'une période où ces militaires sont plus vulnérables et

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

ont davantage besoin de cette structure, constituait un abandon du principe fondamental de leadership qui veut que nous prenions soin des nôtres.

- 111 Il existe une autre pomme de discorde, qui mine la structure de l'Unité interarmées de soutien du personnel : la perte des indemnités associées au statut actif au sein d'une unité<sup>40</sup>. Le fait de se présenter pour faire une demande de soins en santé mentale et d'être ensuite affecté à l'Unité interarmées de soutien du personnel entraîne – même lorsque cette situation est provisoire – la perte du droit à l'indemnité de service en campagne, à l'indemnité du personnel navigant, à l'indemnité de service en mer ou à toute autre indemnité de ce type. Il s'agit là d'un important facteur dissuasif, puisque cela entraîne une baisse du revenu de la famille du militaire concerné.
- 112 Dans l'ensemble, les FC ont déployé des efforts concertés en faveur des militaires malades et blessés, en mettant en place un certain nombre de mesures susceptibles de leur être bénéfiques *sans* empiéter sur les politiques et principes institutionnels fondamentaux et notamment sur le principe de l'universalité du service<sup>41</sup>.
- 113 Ces mesures ne sont toutefois pas parfaites. Le fait de permettre aux militaires qui ne sont plus en mesure de répondre aux exigences liées à l'universalité du service d'intégrer le Service d'administration et d'instruction des organisations de cadets ou les Rangers canadiens ne change pas la donne, que ce soit en termes quantitatifs ou qualitatifs. Par ailleurs, si l'utilité de la période de transition de trois ans (pour les militaires admissibles), dans le cas des militaires ne pouvant être maintenus en poste au sein de la Force régulière ou de la Première réserve, est indéniable, ce délai ne fait généralement que retarder une situation toujours non désirée et importune : la libération des FC en raison d'une blessure ou d'une maladie et, par conséquent, la fin d'une carrière et la perte éventuelle d'un moyen de subsistance.
- 114 **Préoccupation**
- 115 Des éléments de preuve répétitifs, provenant de diverses sources, donnent à penser qu'il existe une tension institutionnelle fondamentale et croissante entre l'obligation de respecter le principe de l'universalité du service et l'obligation morale de longue date des FC de prendre soin des personnes dont elles mettent la vie en danger<sup>42</sup>. (Cette tension est étudiée de manière plus approfondie à la section 4). Les mesures décrites précédemment semblent avoir exploité tout l'espace disponible en marge du principe de l'universalité du service. Il paraît impossible d'aller plus avant sans entrer directement en conflit avec ce principe.

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

116      **Observations**

117      La divergence des points de vue concernant le concept de l'Unité interarmées de soutien du personnel est compréhensible, dans la mesure où il s'agit d'une structure nouvelle et novatrice intégrée à une structure déjà vaste et complexe. Dans de nombreux emplacements, cette intégration n'en est qu'à ses débuts, et son acceptation culturelle n'est pas encore ancrée partout de façon uniforme.

118      Un deuxième phénomène a été observé, à savoir la perception dominante au sein des échelons inférieurs des FC, selon laquelle les militaires qui souffrent de problèmes de santé mentale sont libérés par les FC plus rapidement que ceux qui souffrent de blessures physiques<sup>43</sup>. Cette perception a été remarquée à plusieurs reprises, auprès de diverses sources. Selon une analyse des données disponibles, cette perception est inexacte, et le scénario inverse est en réalité le plus courant. Les militaires souffrant de TSO et susceptibles d'être libérés sont souvent considérés comme des « cas complexes » et, à ce titre, peuvent bénéficier d'une partie ou de la totalité de la période de transition de trois ans. En outre, l'examen administratif qui permet de déterminer si le militaire peut être maintenu en service ou doit être libéré ne peut être entrepris tant que l'autorité médicale compétente n'a pas établi de pronostic fiable sur la santé et la capacité fonctionnelle du militaire concerné. Compte tenu de la complexité des TSO, cette période de stabilisation, indispensable pour pouvoir établir un pronostic définitif, est généralement plus longue que dans le cas de blessures physiques. Par conséquent, la période globale précédant la libération des FC pour raisons médicales semble généralement plus longue dans le cas de membres souffrant de problèmes de santé mentale, même si cela n'a pas encore été officiellement mesuré par les FC<sup>44</sup>.

119      Aucun élément de preuve concret n'est venu confirmer la possibilité que les FC soient plus enclines à libérer ceux de leurs membres souffrant de problèmes de santé mentale permanents que ceux qui souffrent de blessures physiques permanentes. La philosophie selon laquelle « *une blessure est une blessure* » semble régir le processus de gestion du personnel, à commencer par le rôle du D Gest SB qui, en tant que commandant de l'Unité interarmées de soutien du personnel, est théoriquement responsable de la gestion de tous les militaires malades et blessés qui se sont vu assigner une deuxième catégorie médicale temporaire ou une catégorie médicale permanente.

120      De plus, l'engagement verbal pris par l'ancien CEMD, visant à maintenir en poste de façon permanente les militaires malades ou blessés dont les problèmes sont attribuables à des opérations de déploiement, a suscité une frustration palpable chez certains militaires souffrant de TSO<sup>45</sup>. Il ne s'agit pas

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

ici de débattre du bien-fondé de cette déclaration, mais le fait est que certains militaires ont le sentiment que l'organisation a manqué à sa promesse.

121 Enfin, l'expression « retour à la vie civile » est parfois employée par les dirigeants et administrateurs des FC. Cette expression dénature complètement la réalité à laquelle font face la plupart des militaires qui souffrent de TSO et ne sont plus aptes au service. Même si les données démographiques évoluent, aujourd'hui encore la majorité des membres des FC se sont enrôlés dans les forces armées au début de l'âge adulte et leurs fonctions en tant que marin, soldat ou aviateur sont tout ce qu'ils connaissent. Leur carrière militaire est la seule carrière à leur actif et elle constitue également une part importante de leur identité. Par conséquent, la notion de « retour à la vie civile » est toujours plus complexe et cathartique que l'expression le laisse entendre<sup>46</sup>. La plupart du temps, il s'agit plutôt d'une *arrivée* dans la vie civile adulte que d'un *retour*, avec toutes les incertitudes et les appréhensions que cela entraîne.

122 En outre, le sentiment d'être privé d'une part importante de son identité, sentiment inhérent à une libération des FC, peut être aussi difficile à gérer que les effets à long terme de la blessure ou de la maladie ayant entraîné la libération. Cela semble être particulièrement le cas lorsque la décision de quitter les FC est imposée au militaire en raison de blessures qu'il a subies ou d'une maladie qu'il a contractée dans l'exercice de ses fonctions. Le sentiment de perte qui en résulte et qui vient s'ajouter à des blessures permanentes limitant souvent les possibilités d'entreprendre une carrière civile ou de jouir d'une certaine qualité de vie de manière générale, peut être dévastateur pour les militaires souffrant de TSO et libérés des FC.

123 **Recommandation n° 5 : Politique de reclassement**

En décembre 2008, dans *Un long chemin vers la guérison*, il était recommandé :

*Que les règles concernant le reclassement soient modifiées pour accommoder, de façon efficace, les militaires diagnostiqués comme souffrant du syndrome de stress post-traumatique ou d'autres traumatismes liés au stress opérationnel qui pourraient poursuivre leur carrière s'ils étaient transférés dans un autre groupe professionnel militaire.*

Le présent examen de suivi a permis de déterminer que cette recommandation a été satisfaite dans la mesure du possible.

124 **Évaluation**

125 Aucun changement important n'a été apporté à la politique ou à la méthode de reclassement concernant les membres des FC considérés comme inaptes au

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

travail ou non déployables en raison des TSO dont ils souffrent. L'obstacle au changement est l'immutabilité du principe de l'universalité du service. Au sein de l'actuelle structure des groupes professionnels militaires, il n'existe aucune option viable qui permette de transférer d'un groupe professionnel à un autre les militaires malades ou blessés qui ne sont plus en mesure de respecter le principe de l'universalité du service.

- 126 En ce qui concerne le reclassement et comme il a été suggéré à plusieurs reprises, il existe peu d'éléments de preuve qui indiquent que les membres des FC souffrant de TSO ne sont pas traités de manière équitable par rapport aux membres du personnel souffrant de blessures physiques. Certains membres auxquels des contraintes à l'emploi pour raisons médicales ou des catégories médicales temporaires avaient été attribuées, en raison du SSPT ou d'autres TSO dont ils souffraient, ont réagi au traitement et ont suffisamment progressé pour voir leurs contraintes à l'emploi levées et leurs catégories médicales rétablies. Ils ont ainsi été en mesure de reprendre leurs fonctions normales<sup>47</sup>.
- 127 D'un point de vue structurel et procédural, les FC ont instauré, officialisé ou amélioré un certain nombre de mesures visant à aider les militaires blessés ou malades dans leur processus de récupération, de réadaptation et de réintégration. Ces mesures ont permis d'améliorer la gouvernance des militaires malades et blessés, d'un point de vue médical comme d'un point de vue administratif. L'amélioration de la gouvernance a eu une double incidence. Cela a permis, d'une part, d'accroître les possibilités d'atteindre un niveau optimal de récupération, de réadaptation et de réintégration des fonctions militaires ordinaires au sein du groupe professionnel d'origine ou dans un nouveau groupe. D'autre part, cette amélioration a permis d'adopter une approche plus délibérée, par laquelle les militaires ont davantage la possibilité de démontrer qu'ils ont atteint un niveau acceptable de récupération ou de réadaptation, ce qui accroît la probabilité qu'ils réintègrent leurs fonctions.
- 128 D'un point de vue médical, ces améliorations structurelles et procédurales comprennent la mise sur pied de sept centres de soutien pour trauma et stress opérationnels (CSTSO), répartis dans tout le Canada. Ces centres ont été créés pour répondre à l'augmentation de la demande de soins en santé mentale, demande essentiellement alimentée par les personnes souffrant de TSO. Le traitement clinique, l'éducation et la formation sur la résilience ainsi que le soutien psychologique, émotionnel et spirituel fournis par ces centres permettent aux patients de bénéficier d'un ensemble de soins plus cohérent et plus complet, qui améliorent leurs chances d'atteindre un niveau optimal de récupération, de réadaptation et de réintégration.
- 129 En 2008-2009, la mise au point et le perfectionnement d'un protocole normalisé de diagnostic des TSO a également contribué à l'amélioration du

## *Rapport spécial*

### *Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

processus de récupération, de réadaptation et de réintégration, en donnant lieu à l'établissement de critères communs pour l'ensemble des FC, critères utilisés pour traiter et soigner plus efficacement les militaires souffrant de TSO. Le processus de récupération, de réadaptation et de réintégration est également appuyé par une gestion plus professionnelle des cas médicaux.

130 D'un point de vue administratif, la mise sur pied et l'acceptation progressive de la structure de l'Unité interarmées de soutien du personnel et des centres intégrés de soutien du personnel semblent donner lieu à une meilleure gestion des militaires malades et blessés, même si, comme indiqué précédemment, la structure de l'Unité interarmées de soutien du personnel suscite encore de nombreux débats.

131 Ces mesures étant pour la plupart relativement récentes, il est impossible d'affirmer catégoriquement qu'elles contribuent ou contribueront à l'accroissement des taux de réintégration et de maintien en poste des militaires souffrant de TSO. Toutefois, des éléments de preuve isolés et empiriques portent à croire que cela pourrait être le cas.

#### 132 **Préoccupations**

133 Une partie de l'effectif des échelons inférieurs des FC croit qu'en vertu de la politique récemment mise en œuvre, un militaire affecté à l'Unité interarmées de soutien du personnel et rattaché à un centre intégré de soutien du personnel, après s'être vu assigner une deuxième catégorie médicale temporaire, a ensuite peu de chances de réintégrer son unité d'appartenance et de reprendre ses fonctions militaires ordinaires<sup>48</sup>. Autrement dit, certains estiment que l'affectation à un centre intégré de soutien du personnel représente le début de la fin pour ce qui est de la carrière. Tant qu'elle persistera, cette perception restera un véritable obstacle aux soins.

134 Il existe une seconde source de préoccupations, à savoir la réticence de certains membres de la chaîne de commandement qui s'opposent à l'approche de l'Unité interarmées de soutien du personnel pour ce qui est de la gestion des militaires gravement malades ou blessés ou ceux qui n'ont pas encore adopté cette approche<sup>49</sup>. Si le leadership stratégique des FC ne règle pas rapidement ce désaccord, il n'est pas certain que l'approche actuelle soit une réussite au niveau institutionnel.

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

135

Recommandation n° 6 : Ressource nationale d'aide aux familles

En décembre 2008, dans *Un long chemin vers la guérison*, il était recommandé :

*Que les Forces canadiennes établissent et fournissent les ressources nécessaires à une organisation nationale qui sera chargée de travailler avec les organismes externes et avec tous les niveaux de gouvernement, au besoin, pour faire en sorte que les familles des militaires et chacun de leurs membres aient accès à toute la gamme des soins et des services dont ils ont besoin.*

Le présent examen de suivi a permis de déterminer que cette recommandation a été satisfaite en partie.

136

**Évaluation**

137

En 2010, la Direction – Qualité de vie a été rétablie après avoir été abolie l'année précédente. Le mandat renouvelé de la Direction consiste à contribuer à ce que les forces soient prêtes à l'action en répondant aux besoins particuliers des familles de militaires et en atténuant les inconvénients inhérents au service militaire<sup>50</sup>. Un élément clé de ce mandat est de s'attaquer aux difficultés et aux stress liés à de fréquentes réinstallations et à des absences prolongées, notamment dans le cadre de déploiements opérationnels.

138

L'une des principales responsabilités de la Direction – Qualité de vie est de faciliter l'accès des familles à des soins, du soutien et des possibilités externes, en particulier dans les domaines clés des soins de santé, de la garde d'enfants, et, de plus en plus, des services aux aînés, ainsi que dans les secteurs de l'éducation et de l'emploi. Pour ce faire, il convient d'établir et de promouvoir des relations auprès des entités appropriées et d'en tirer parti en vue d'améliorer l'accès des familles de militaires à ces services, ce qui est en accord avec la recommandation<sup>51</sup>.

139

Il ne faut pas minimiser la complexité liée à la prestation des soins aux familles de militaires, particulièrement en ce qui a trait aux territoires de compétence. Le MDN et les FC reconnaissent leurs responsabilités en matière de politiques et leur obligation morale de fournir du soutien et des services aux familles de militaires en vue de composer avec les stress particuliers de la vie militaire, et ils semblent résolus de s'en acquitter. Toutefois, la plupart des domaines clés concernés (à savoir, les soins médicaux, l'éducation, le soutien aux familles visant les enfants et les aînés, le maintien de l'emploi, y compris les équivalences professionnelles, la reconnaissance professionnelle et l'ancienneté), relèvent en grande partie d'entités publiques ou privées et s'inscrivent en dehors du cadre de responsabilités du gouvernement fédéral. En conséquence, les solutions aux besoins impératifs des familles des

## *Rapport spécial*

### *Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

militaires sont rarement simples et demandent généralement des efforts considérables.

140 La Direction – Qualité de vie jouit d'une relation symbiotique avec la Direction du soutien aux familles des militaires, principalement axée sur la prestation de services liés à des programmes et initiatives destinés aux familles de militaires.

141 Sous sa nouvelle forme, l'efficacité de la Direction – Qualité de vie est peu concluante en ce moment. Très peu de temps s'est écoulé depuis que la Direction a été remise sur pied au milieu de 2010, particulièrement compte tenu de la complexité de son mandat.

#### 142 **Préoccupations**

143 L'une des principales préoccupations concernant le soutien des familles des militaires à l'échelle nationale est l'effectif actuel de la Direction – Qualité de vie. Au moment de son démantèlement en 2009, la Direction comptait 25 employés pour réaliser le mandat qui lui était confié. À l'heure actuelle, la Direction ne compte que 10 employés pour accomplir sa nouvelle mission, différente, mais non moins difficile à exécuter que la précédente. Seuls 4 des 10 postes au sein de la Direction – Qualité de vie sont couverts par le financement de base<sup>52</sup>. Il est quasi certain que ce financement est insuffisant pour exécuter le mandat qui a été confié à la Direction.

144 La question des délais figure aussi au chapitre des préoccupations. En effet, en 2012, les structures nationales de coordination du MDN et des FC fournissant des services aux familles de militaires sont toujours en transformation, plus d'une décennie après l'engagement en matière d'opérations prolongées en Afghanistan. Comme susmentionné, la Direction – Qualité de vie a été démantelée en 2009 et remise sur pied en 2010. Ce renversement a entraîné perturbation et confusion. De plus, l'actuelle structure de la Direction – Qualité de vie et de la Direction du soutien aux familles des militaires semble être en transition, chaque Direction fonctionnant en principe de façon autonome, tout en relevant du même directeur<sup>53</sup>. Les faits ne permettent pas d'affirmer avec certitude s'il s'agissait là d'une mesure temporaire ou d'une transition vers une plus importante transformation organisationnelle. Quoiqu'il en soit, cette situation a donné lieu à de l'incertitude, à une époque où les rôles de la Direction – Qualité de vie et de la Direction du soutien aux familles des militaires sont essentiels et requièrent stabilité et cohérence.

145 La cohérence est aussi un aspect problématique. L'un des facteurs à l'origine de la remise sur pied de la Direction – Qualité de vie était la préoccupation selon laquelle le leadership stratégique des FC appuyant les familles de militaires et leur offrant des services pouvait manquer de cohérence.

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

L'éventail d'initiatives axées sur la famille mises en œuvre depuis 2008 est considérable. Bien que toute action visant à aider les familles soit admirable, nous pouvons nous demander si les nombreuses initiatives récentes sont bel et bien compatibles et complémentaires. Nous ne savons pas exactement à ce stade si la Direction – Qualité de vie sera chargée d'assurer la cohérence de l'ensemble des activités et des services aux familles, ce qui s'avère toutefois un besoin criant.

146 Une préoccupation connexe exprimée à maintes reprises par les militaires en service actif, les familles et les centres de ressources pour les familles des militaires a trait au manque de communication. Les faits laissent entendre que de nombreux militaires et leur conjoint ou conjointe ne sont pas au courant des différents programmes et services qui s'offrent à eux, et ce, particulièrement dans le cas des militaires qui habitent à l'extérieur de la base<sup>54</sup>. Si les initiatives à l'intention des familles ne parviennent pas à établir un lien avec celles-ci, il faut s'interroger sur la valeur restreinte de leur utilité.

147 Notons que le Centre de ressources pour les familles des militaires, d'où provient la majorité de l'information sur les programmes et les services offerts aux familles, a fait état de difficultés liées à l'obtention de renseignements des unités qui sont nécessaires afin de rejoindre les familles<sup>55</sup>. De toute évidence, si les centres de ressources pour les familles des militaires ne sont pas correctement habilités et équipés en vue de communiquer efficacement, il leur est très difficile de rejoindre les personnes pouvant avoir recours à leurs services.

148 Selon la présente étude, les membres des FC peuvent eux-mêmes constituer un obstacle à la communication. Que ce soit pour protéger leur famille de leur affection, ou encore, par simple omission ou négligence, ceux-ci manquent de transmettre des renseignements essentiels à la cellule familiale. Un haut gradé des FC a fait remarquer que, même si les familles sont mieux informées qu'elles ne l'étaient jusqu'à tout récemment, les FC ne les perçoivent toujours pas comme les personnes de confiance qu'elles sont réellement. Par conséquent, il y a encore trop d'information qui est transmise aux militaires actifs au lieu d'être communiquée directement aux familles; cette information ne se rend donc pas aux membres de la famille.

149 **Observation**

150 Dans sa réponse de février 2009 au rapport *Un long chemin vers la guérison*, le ministre de la Défense nationale avait qualifié le Secrétariat des familles de ressource centrale du MDN et des FC pour ce qui est de l'aptitude à soutenir les familles de militaires, mais le Secrétariat a connu une très brève existence<sup>56</sup>. Son mandat semble avoir été intégré à celui de la Direction –

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

Qualité de vie, pour appuyer le Conseil national pour les familles des militaires.

151 **Recommandation n° 7 : Financement approprié**

En décembre 2008, dans *Un long chemin vers la guérison*, il était recommandé :

*Que les Forces canadiennes affectent suffisamment d'argent, d'un bout à l'autre du pays, au dépistage, à la prévention et au traitement du syndrome de stress post-traumatique et des autres traumatismes liés au stress opérationnel.*

Le présent examen de suivi a permis de déterminer que cette recommandation a été satisfaite de façon non concluante.

152 **Évaluation**

153 En raison du nombre de variables en jeu, il est difficile de déterminer précisément quels investissements passés et à venir ont été réalisés par le MDN et les FC en vue de répondre aux besoins essentiels liés au SSPT et aux TSO. La variable principale est que les investissements propres aux soins et aux traitements donnés aux membres souffrant de TSO ne sont pas séparés du financement global pour la santé mentale et ne peuvent être déterminés avec précision. En outre, une part importante des coûts liés à la santé mentale, attribuable aux soins fournis aux militaires souffrant du SSPT et d'autres TSO, comme la formation et le soutien aux familles, n'est pas prise en compte par le système financier comme relevant de la fonction de la santé mentale<sup>57</sup>.

154 La somme allouée à la santé mentale par le MDN et les FC pour l'année financière 2012-2013 est de 38,6 millions de dollars, ce qui représente un peu moins de 10 % de l'ensemble du budget des soins de santé des FC et 0,2 % de l'ensemble du budget du MDN<sup>58</sup>. Cela exclut la solde militaire, ainsi que les coûts liés à la reconnaissance professionnelle et à l'autorisation d'exercer, aux activités de commandement et de contrôle, à la formation professionnelle continue du personnel civil et militaire, ainsi que diverses dépenses auxiliaires. Cet engagement a été maintenu au cours des deux dernières années. Les dépenses annuelles globales ont augmenté cumulativement de plus de 100 millions de dollars sur la période de cinq ans s'étendant de l'année financière 2007-2008 à 2012-2013<sup>59</sup>.

155 Cet engagement accru en soins de santé mentale a permis d'acquérir la capacité visée pour dépister, prévenir et soigner le SSPT et les autres TSO dans l'ensemble des FC. La structure est composée de 26 cliniques de santé mentale se trouvant un peu partout au Canada ainsi que de sept CSTSO axés sur les victimes de TSO. Le personnel des FC en santé mentale est également déployé dans le cadre d'opérations d'envergure pour la prévention, les soins et les traitements.

## *Rapport spécial*

### *Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

- 156 Tous les fournisseurs de soins mettent en œuvre le modèle de prestation de services en santé mentale, comprenant des protocoles normalisés d'évaluation et de traitement spécialement adaptés à la nature des TSO et aux défis qu'ils représentent.
- 157 Seulement quelques technologies modernes contribuent à la capacité visée des FC en soins de santé mentale, comme l'initiative en matière de télémédecine et le système de réadaptation assistée par ordinateur. Un réseau professionnel technique interne a également été mis sur pied afin de tirer parti des pratiques exemplaires et des leçons retenues. Il a pour but d'augmenter l'expertise, l'expérience et la profondeur des connaissances de chaque fournisseur de soins.
- 158 L'éducation et la formation ont été des éléments importants au chapitre des efforts réalisés par les FC en matière de santé mentale, en vue d'augmenter la résilience, d'améliorer la prévention et de réduire les obstacles aux soins. Parmi ces efforts, on compte le programme *En route vers la préparation mentale*. Le MDN et les FC mènent, à l'interne et en partenariat avec des alliés et organisations universitaires et professionnelles du domaine de la médecine, des recherches en vue de bien comprendre l'incidence des besoins impératifs en matière de santé mentale de façon générale, et des TSO en particulier, sur la force de combat d'aujourd'hui et de demain.
- 159 Même si les progrès réalisés sont considérables, ceux-ci ne constituent pas une mesure du caractère approprié du niveau de financement actuel. En effet, à l'heure actuelle, il n'est pas possible de déterminer si le financement accordé aux soins de santé mentale est approprié.
- 160 Cela est principalement attribuable à la pénurie chronique de personnel de la capacité visée en santé mentale des FC. En 2005, le MDN a annoncé l'approbation d'une augmentation du nombre de fournisseurs de soins en santé mentale et du personnel de soutien intégré, faisant passer l'effectif de 229 à 447. Cela représentait une hausse de l'effectif de 95 % et donnait lieu à un engagement financier de 98 millions de dollars au cours de la période de cinq ans s'étendant de 2005 à 2009, pendant laquelle l'augmentation devait se produire<sup>60</sup>.
- 161 L'augmentation de l'effectif en santé mentale découle du projet Rx2000, qui a été en grande partie influencé par les résultats de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être – Forces canadiennes de 2002 (Statistique Canada)*. Cette analyse a établi la structure optimale d'une activité stable des FC à 447 fournisseurs de soins et employés

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

de soutien intégrés. L'augmentation de l'effectif n'est *pas* liée aux opérations prolongées en Afghanistan, malgré qu'elle coïncide avec cette période.

- 162 Malheureusement, les FC n'ont pas été en mesure d'atteindre l'objectif prévu de dotation de 447 employés au cours de la période escomptée de 2005 à 2009, et ce, malgré les fonds protégés. Le délai a été prolongé jusqu'à 2010, mais l'objectif n'a toujours pas été atteint. En effet, au premier semestre de 2012, l'effectif de 447 praticiens en santé mentale et employés de soutien n'avait pas été atteint, et l'on ne prévoit pas pouvoir l'atteindre dans un avenir prévisible<sup>61</sup>. Une pénurie de personnel assez considérable persiste pour les raisons énoncées dans la prochaine recommandation.
- 163 Plus précisément, le niveau de dotation des FC en soins de santé mentale varie de 350 à 378 employés depuis plus de deux ans. Ce niveau a fluctué d'un mois à l'autre, sans toutefois dépasser sa limite supérieure<sup>62</sup>. Par conséquent, les FC accusent un manque d'effectif de l'ordre de 15 à 22 % sous le niveau jugé nécessaire pour exécuter son programme de santé mentale en période d'état stable.
- 164 Ce manque chronique de personnel a mis à rude épreuve le système de soins en santé mentale et s'avère un des défis les plus urgents à relever. En présence d'une demande importante, complexe et incessante dans un avenir prévisible, le fait de fonctionner avec un effectif moyen tout juste supérieur aux trois quarts ou aux quatre cinquièmes de l'effectif autorisé dans l'ensemble de la structure exerce une pression sur les professionnels de la santé mentale lors de l'exécution de leur mandat. De surcroît, ce manque de l'ordre de 15 à 22 % est vraisemblablement plus élevé en réalité, compte tenu des exigences en temps réel et latentes découlant d'une décennie d'opérations en Afghanistan, qui ont certainement dépassé celles qui avaient été prévues dans le cadre de la modélisation de la capacité visée à l'état stable pour la période postérieure à la mise en œuvre du projet Rx2000<sup>63</sup>.
- 165 Jusqu'à ce que la pénurie chronique de personnel soit réglée, elle continuera de nuire à l'efficacité de la capacité réelle en santé mentale et empêchera toute évaluation détaillée de la pertinence du financement dans son ensemble pour le traitement du SSPT et d'autres TSO. Tant et aussi longtemps qu'une proportion considérable de la structure de soins en santé mentale accusera un manque de personnel pour des raisons autres que le financement, comme c'est actuellement le cas, il sera impossible d'attribuer avec certitude les réussites ou les lacunes de la capacité visée à un facteur en particulier, y compris le financement.

**Rapport spécial**  
***Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit***

**166      Préoccupations**

167      Malgré la croissance rapide de la fonction actuelle des FC en matière de santé mentale vers une capacité visée complète essentiellement alimentée par du financement de base et du financement supplémentaire, plusieurs facteurs montrent des difficultés de financement. Il est à noter que les faits ne permettent pas de déterminer clairement si ces difficultés de financement sont le résultat d'un financement globalement insuffisant, ou encore, s'il s'agit d'un signe qu'il existe des défis à relever en ce qui concerne l'affectation des fonds. Ces difficultés présagent néanmoins un certain degré de contrainte de financement.

168      Plusieurs préoccupations ont récemment été soulevées dans le cadre du processus de planification des activités de l'actuelle Direction de la santé mentale à l'égard du financement en cours d'année financière. Dans l'ensemble, l'allocation budgétaire de la Direction de la santé mentale a été jugée insuffisante, conformément à ce qui était prévu, et plusieurs activités et initiatives clés de la Direction de la santé mentale ont été définies comme potentiellement vulnérables si le niveau de financement prévu n'était pas augmenté dans les plus brefs délais. Cette liste comprend la dotation de la Direction de la santé mentale, dont 11 de ses 27 postes sont toujours à pouvoir, en raison d'un manque de financement (contrairement au manque d'effectif chez les fournisseurs de soins généraux)<sup>64</sup>. Le défaut de combler cette pénurie de 41 % « pourrait compromettre la normalisation et la prestation des soins ».

169      Le Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes, un programme externe conçu pour offrir aux membres des FC et à leur famille des services non thérapeutiques de résolution de problèmes à court terme, a fait l'objet d'un sous-financement chronique depuis les dernières années, y compris pendant l'année financière en cours, ce qui nuit à sa capacité de s'acquitter de son mandat. L'expansion proposée du programme de télémédecine axé sur les technologies – visant à établir un lien entre les bases éloignées et les grands centres régionaux de santé mentale, dans le but de diminuer le temps d'attente pour les patients et les cliniciens – n'est pas entièrement financée pour l'année financière en cours. La formation et l'éducation sur la santé mentale sont également considérées comme sous-financées. On prévoit par ailleurs une réduction du nombre de personnes qualifiées en mesure d'élaborer un programme d'études pour les instructions de prédéploiement et assurer la prestation de l'instruction et de la sensibilisation en santé mentale lors de cours de leadership des FC et d'activités s'inscrivant dans les programmes de décompression dans un tiers lieu. Le financement accordé a été considéré comme insuffisant pour la conception d'un système de mesure des résultats

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

cliniques, lequel est crucial pour passer de mesures purement empiriques à un mélange équilibré d'évaluations qualitatives et quantitatives. Enfin, les modifications apportées au programme de traitement des dépendances, considérées comme prioritaires, ne bénéficient pas d'un financement suffisant pour l'année financière en cours<sup>65</sup>.

- 170 D'autres indicateurs de contraintes financières ont été observés à l'extérieur de la Direction de la santé mentale. Le Bureau des conférenciers conjoint, l'organisation responsable d'assurer la majeure partie de la formation de sensibilisation en santé mentale pour les membres des FC et les familles de militaires, ne reçoit pas suffisamment de financement de base, ce qui le rend vulnérable d'une année à l'autre<sup>66</sup>. La campagne de lutte contre la stigmatisation *Soyez la différence*, mise sur pied par le chef d'état-major de la Défense, a été annulée en 2011 en raison de la décision de réaffecter son financement à une autre activité. Bien que la campagne soit toujours mentionnée à l'échelle nationale, le niveau prévu de pénétration locale auprès des marins, soldats ou aviateurs n'a pas été observé dans le cadre de la présente étude. Au contraire, la plupart des militaires avec qui nous avons communiqué, dont le grade le plus haut était celui de commandant d'unité, ne connaissaient aucunement le programme.
- 171 Bon nombre de centres de ressources pour les familles des militaires, des rouages essentiels au soutien des familles, ont reçu de faibles augmentations, voire aucune augmentation du budget alloué de 2007 à 2012, malgré l'accroissement important de la demande, et plusieurs ont affirmé éprouver des difficultés de financement<sup>67</sup>. Comme il a été susmentionné, la Direction – Qualité de vie qui a été remise sur pied semble grandement manquer de personnel, n'ayant que 10 postes pourvus, dont seulement quatre étaient assurés par le financement de base à la mi-2012. En outre, au cours des dernières années financières, la Direction du soutien aux familles des militaires a dû « mettre sur pied une programmation sans frais ou peu coûteuse » en raison de contraintes financières<sup>68</sup>.
- 172 Il s'agit là de plusieurs exemples de contraintes de financement ayant des répercussions négatives sur la prestation de soins en santé mentale et sur le soutien apporté aux militaires des FC souffrant de TSO ou à leur famille. Ces contraintes sont toutes susceptibles de compromettre ces soins et ce soutien.
- 173 Abstraction faite du déficit de personnel, la capacité d'évaluer si les ressources liées aux efforts en santé mentale sont suffisantes est directement liée à la capacité des FC d'évaluer son rendement. Malheureusement, la mesure du rendement de la capacité visée des FC en matière de santé mentale est très limitée. À l'heure actuelle, la validation de la capacité visée est presque exclusivement fondée sur des données empiriques, offrant seulement une

## Rapport spécial

### *Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

perspective quantitative du rendement. Des mesures comme le temps d'attente pour les différentes consultations et la fréquence de celles-ci font l'objet d'un suivi et d'une surveillance à l'échelle nationale, ce qui suscite des difficultés considérables et ne se fait pas avec l'exactitude requise, comme nous l'expliquons en détail dans la recommandation n° 2.

174 Les mesures portant sur la *qualité* des soins et les résultats des traitements, telles que plusieurs sondages auprès des patients de cliniques distinctes, ont été réalisées de manière sporadique à l'échelle locale<sup>69</sup>. Par conséquent, leur valeur ne touchait que l'obtention de brefs aperçus de l'efficacité de la fonction des FC en matière de santé mentale, limitée dans le temps et dans l'espace. L'extrapolation de ces résultats à l'échelle institutionnelle n'était pas viable.

175 Le leadership fonctionnel a reconnu l'importance de réaliser des mesures du rendement qualitatives et systémiques de la capacité réelle des FC en matière de SSPT et de TSO<sup>70</sup>. On reconnaît aisément que, à l'heure actuelle, la gestion de la fonction des FC en matière de santé mentale est essentiellement axée sur des chiffres. En conséquence, la Direction de la santé mentale va de l'avant avec plusieurs outils de mesure des résultats. Toutefois, il faudra au moins un an, voire plusieurs années avant que de tels outils soient entièrement mis en œuvre et qu'une évaluation qualitative du rendement à l'échelle de l'organisation soit réalisée.

#### 176 **Observations**

177 En l'absence d'un effectif plus complet de la capacité visée *et* de l'aptitude à confirmer son efficacité sur le plan qualitatif pour ce qui est de la prestation de soins aux membres des FC souffrant du SSPT et d'autres TSO, dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit, le leadership stratégique du MDN et des FC n'est pas en mesure de déterminer avec certitude si le niveau de financement actuel attribué aux activités liées aux soins en matière de santé mentale est suffisant. Les affirmations catégoriques selon lesquelles le niveau de financement actuel est satisfaisant pour offrir les soins requis ne peuvent être recevables à l'heure actuelle aux termes d'une analyse globale, du moins pas tant que le niveau de dotation en personnel ne se rapprochera de l'effectif autorisé *et* que les mesures qualitatives et systémiques du rendement seront mises en œuvre.

178 Sur le même thème, un message qui est régulièrement communiqué quant à la capacité visée des FC en matière de santé mentale est que *les membres des FC peuvent avoir accès à des soins de santé mentale plus facilement que la population civile*<sup>71</sup>. Bien qu'en apparence convaincante, cette affirmation demeure difficilement mesurable. Tant et aussi longtemps que le gouvernement du Canada continuera de mettre la vie des membres des FC en

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

danger pour protéger la population canadienne et les intérêts du pays et, ce faisant, les assujettira eux et leur famille au stress mental et aux conséquences des opérations militaires modernes, il demeurera moralement obligé de fournir aux militaires et à leur famille une capacité visée de soins mieux adaptés à leurs besoins que celle des citoyens ordinaires.

179 Dans la foulée de la réduction des opérations en Afghanistan, et en raison des importantes contraintes financières au sein du gouvernement fédéral, il est possible que les pressions visant à réduire la capacité visée en matière de santé mentale se concrétisent. La nature latente des TSO durant la période qui suit des opérations majeures, et la probabilité historique que la prochaine opération importante des FC ait lieu dans un avenir rapproché et qu'elle soit susceptible de nécessiter une capacité réelle en santé mentale solide, ne devrait pas être perdue de vue au moment de réagir à ces pressions.

180 Recommandation n° 8 : Fournisseurs de soins en santé mentale supplémentaires

En décembre 2008, dans *Un long chemin vers la guérison*, il était recommandé :

*Que les Forces canadiennes suivent la situation et évaluent le besoin d'embaucher d'autres professionnels de la santé mentale si la demande de services dans ce domaine continue d'augmenter.*

Le présent examen de suivi a permis de déterminer que cette recommandation a été satisfaite de façon non concluante.

181 **Évaluation**

182 La recommandation est jugée non concluante parce qu'il n'est tout simplement pas possible de déterminer si l'état final de 447 fournisseurs de soins en santé mentale et employés de soutien intégrés au sein FC constitue l'effectif en activité adéquat *jusqu'à* ce que le niveau de dotation soit atteint et que les résultats conséquents soient évalués.

183 Comme il est indiqué, non seulement la pleine dotation n'a pas été atteinte, mais elle a en plus plafonné à un niveau variant de 350 à 378 employés, ce qui est 15 à 22 % sous le niveau de dotation financé. Il s'agit bien entendu d'une moyenne. Un examen approfondi des chiffres révèle qu'au sein de certaines bases et escadres des FC hautement sollicitées, surtout celles qui sont mises à l'épreuve par des facteurs géographiques, les pourcentages sont encore plus problématiques. La BFC Petawawa en est un exemple. Bien que présentant des besoins criants en soins de santé mentale, tant sur le plan qualitatif que quantitatif, la BFC Petawawa mène ses activités tout en accusant un manque de fournisseurs de soins en santé mentale de 25 % par rapport à l'effectif

## *Rapport spécial*

### *Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

autorisé, et ce, depuis 2008. La BFC Valcartier est dans la même situation, menant ses activités en disposant de la moitié de l'effectif autorisé en matière de soins en santé mentale pour une partie de la période de 2008 à 2012<sup>72</sup>.

- 184 Il s'agit de graves lacunes, surtout si l'on considère que la capacité réelle approuvée était fondée sur le projet Rx2000 et non sur les opérations menées en Afghanistan. En conséquence, celle-ci était destinée à fournir aux FC une capacité visée à l'état stable en mesure de composer avec l'augmentation cyclique des opérations et de la renforcer au cours des accalmies<sup>73</sup>. Les faits suggèrent fortement qu'offrir du soutien en matière de santé mentale en vue d'opérations prolongées en Afghanistan pendant une décennie, tout en disposant d'un effectif de 15 à 22 % inférieur à l'état stable, a grandement nui à la capacité visée.
- 185 En outre, le caractère clairement latent des TSO signifie que cette demande soutenue se maintiendra dans un avenir prévisible. Les événements récents montrent que les besoins liés à ce caractère latent pourraient bien s'étendre jusqu'à la prochaine importante opération des FC. Cela signifie que bien peu de répit est à l'horizon pour la capacité visée des FC en matière de soins en santé mentale qui dispose d'effectifs insuffisants.
- 186 Il existe un grand nombre de raisons pour lesquelles cette pénurie de personnel persiste et plusieurs échappent au contrôle du MDN et des FC. La principale raison est celle de la pénurie relative de professionnels de la santé mentale dans l'ensemble du pays. Tous les grands systèmes de soins de santé au pays peinent à embaucher et à maintenir en poste ces praticiens rares et de grande valeur. S'ajoute à ce problème le désavantage concurrentiel du MDN lorsqu'il s'agit d'attirer ces professionnels. Les lignes directrices en matière d'embauche à la fonction publique sont lourdes et complexes, et le temps qu'il faut pour repérer et embaucher un civil professionnel de la santé dépasse souvent la période durant laquelle ces professionnels sont disponibles. De plus, la rémunération des professionnels de la médecine plafonne à des taux nettement inférieurs à ceux qu'ils peuvent obtenir ailleurs.
- 187 Les limites géographiques de certaines des zones cibles des FC, où les besoins sont les plus criants, posent également problème. Un certain nombre de bases et d'escadres des FC ne sont pas nécessairement les choix les plus attrayants pour les professionnels de la santé disposant de plusieurs options de carrière.
- 188 Nous entendons dire que la portée des services de soins en santé mentale des FC constitue un attrait pour certains professionnels de la santé mentale, ce qui est probablement vrai. Cependant, il semble également que l'une des raisons pour lesquelles la structure en matière de soins en santé mentale manque de personnel est qu'elle se trouve dans un cercle vicieux, au sens où les

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

contraintes et les stress causés par un environnement professionnel où la demande surpasse constamment la capacité réelle ont une incidence négative sur le recrutement de nouveaux professionnels et le maintien en poste de ceux déjà affectés, ce qui ajoute à la pénurie d'effectifs.

- 189 La formation de ressources internes constitue une partie de la solution, mais la période nécessaire à la formation interne de professionnels de la santé mentale est très longue, c'est pourquoi il ne s'agit là d'une solution ni rapide ni facile.
- 190 Les chiffres ne rendent compte que d'une facette de la situation. L'instabilité de l'effectif exacerbe la pénurie chronique de personnel. Les périodes d'opérations intensives engendrent l'accroissement des déplacements au sein du personnel, particulièrement pour les militaires. Des affectations, des déploiements, des formations et des tâches liées aux opérations, tous plus fréquents, ont donné lieu à une instabilité accrue dans certains emplacements. De nombreux cas de rotations à intervalles de deux ans entre les gestionnaires et chefs d'équipe des cliniques en santé mentale ont été observés, avec des déploiements de six mois entre celles-ci (en plus des engagements liés à la période de préparation, de décompression et de congé postdéploiement de 3 à 6 mois)<sup>74</sup>. En outre, les exigences opérationnelles et en matière de formation combinées à la propension des praticiens militaires d'occuper des rôles de supervision ou de direction ont donné lieu à la nécessité de considérer les fournisseurs de soins militaires comme des ressources à mi-temps par opposition à des ressources à temps plein. En pratique, ce fait n'est pas toujours pris en compte, ce qui creuse davantage l'écart entre le nombre réel de praticiens et de postes permanents.
- 191 En général, les éléments de preuve recueillis dans le cadre de cette étude suggèrent fortement que la pénurie de personnel et l'instabilité ont généré un énorme fardeau sur la capacité réelle en santé mentale.
- 192 Les résultats ont été prévisibles. Les intervenants de soins de première ligne et les cadres supérieurs ont affirmé que les temps d'attente pour les consultations avec les fournisseurs de soins en santé mentale sont plus importants qu'ils ne devraient l'être. Cela augmente la frustration et l'anxiété chez certains des patients, aggravant souvent leur état de santé<sup>75</sup>. Cela fait aussi augmenter le besoin de soutien clinique pour gérer les temps d'attente accrus et dans certains cas pour l'obtention de soins d'urgence. Cette situation s'est ajoutée à la charge de travail déjà considérable.
- 193 De plus, dans certains cas, les consultations des patients sont écourtées en raison des contraintes liées à l'offre et la demande. De la même façon, les intervalles entre les consultations de suivi sont parfois plus longs que ne le souhaitent les intervenants de soins, en raison de l'importante charge de travail

## *Rapport spécial*

### *Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

qu'ils traitent au quotidien. Cette combinaison de temps d'attente accrus, de séances plus courtes ou d'intervalles plus longs entre les consultations a des répercussions néfastes sur la qualité des soins.

194 La pénurie chronique de personnel a également eu des répercussions négatives sur la continuité des soins en santé mentale<sup>76</sup>. La prestation de soins axée sur l'équipe est aussi touchée, car la charge de travail trop importante empêche souvent les fournisseurs de soins de consulter leurs collègues au sujet des patients, ce qui nuit aux bienfaits de l'approche de prestation de soins axée sur l'équipe, tant pour le patient que pour le fournisseur de soins.

195 En outre, le manque de ressources cliniques a généralement donné lieu à une plus grande propension à la sous-traitance des traitements<sup>77</sup>, ce qui a compliqué la continuité des soins en raison des liens fragiles que certains professionnels externes entretiennent avec les fournisseurs de soins en santé mentale des FC et les employés de soutien dans le cadre des traitements offerts au personnel des FC.

196 Enfin, l'aspect géographique est aussi problématique, surtout pour les membres des FC situés dans des endroits isolés où l'accès aux soins en santé mentale est limité, en raison du faible nombre de professionnels de la santé externes. Dans certains cas, la sous-traitance de soins externes pour les membres des FC souffrant de TSO a engendré une réduction de l'accès des familles à ces mêmes fournisseurs de soins<sup>78</sup>. Cette concurrence non désirée entre le militaire et sa famille est évidemment contre-productive.

#### 197 **Préoccupations**

198 La pénurie chronique de personnel en santé mentale persiste depuis plus de 5 ans, et il est difficile de prévoir combien de temps il faudra encore pour doter les 60 à 90 postes qui demeurent vacants. Bien qu'il soit naïf de croire qu'il existe une solution miracle pour remédier rapidement à cette pénurie, l'organisation ne doit pas se résigner au constat selon lequel peu de choses peuvent être accomplies. Il s'agit d'une préoccupation majeure.

199 Les solutions sont complexes et nécessiteront certainement d'innovation et de dynamisme. Elles pourraient même nécessiter le changement de paradigmes adoptés depuis longtemps. Pour ce faire, le leadership stratégique des FC devra y accorder une importance accrue. Les éléments de preuve recueillis dans le cadre de cette enquête indiquent qu'en dépit de l'importance souvent exprimée de trouver des solutions au déficit de personnel en santé mentale, les mesures mises en place ou prévues semblent assez conventionnelles et peu probables de produire des résultats concluants dans les conditions actuelles<sup>79</sup>.

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

- 200 Les FC ont l'obligation morale de fournir aux militaires des soins en santé mentale complets et adaptés au fait que leur vie est constamment mise en danger. Les comparaisons superflues avec les civils ayant accès aux soins en santé mentale sont insuffisantes. Un immense élan de leadership et une innovation visant la résolution de l'impasse dans le recrutement des fournisseurs de soins en santé mentale sont requis. Il convient d'atteindre le seuil de 447 fournisseurs de soins ou au minimum, de s'en approcher, et ce, le plus tôt possible.
- 201 Une préoccupation secondaire entendue à répétition par de nombreux enquêteurs de la part des cliniques de santé mentale était qu'il manquait non seulement de professionnels de soins et de gestionnaires, mais aussi de personnel de bureau, soit de commis et de réceptionnistes. Cette lacune a souvent nécessité que les fournisseurs de soins fassent des appels téléphoniques, coordonnent les rendez-vous ou exécutent des tâches administratives semblables, empiétant ainsi sur leur calendrier de consultations déjà surchargé. Même s'il n'a pas été possible de quantifier l'étendue de cette pénurie (le personnel de bureau n'est pas pris en compte dans la capacité visée en matière de santé mentale se situant à 447 fournisseurs de soins, ce qui rend plus difficile d'effectuer le suivi des chiffres prévus et réels), il s'agissait d'une préoccupation exprimée par plusieurs cliniques de santé mentale et centres de soutien pour trauma et stress opérationnels interrogés dans la présente étude.
- 202 Il n'est pas possible de remédier au problème de dotation en fournisseurs de soins en allouant simplement des fonds, et ce, pour les raisons susmentionnées. Toutefois, il est difficile de comprendre pourquoi il y a des pénuries répétées de postes de commis et de réceptionnistes alors qu'ils sont plus faciles à doter. Pour régler ce problème, le financement doit être suffisant.
- 203 **Observation**
- 204 Malgré la pénurie chronique de personnel de l'ordre de 15 à 22 % touchant la plupart des cliniques de santé mentale et des centres de soutien pour trauma et stress opérationnels, la capacité visée s'est maintenue. Il s'agit d'un hommage sans équivoque au dévouement et à l'engagement indéfectibles des fournisseurs de soins en santé mentale et du personnel de soutien qui ont fourni des services avec loyauté au cours des dix dernières années et qui le font toujours. Ces hommes et ces femmes méritent la reconnaissance infinie de l'organisation pour leur dévouement à l'égard de leur mandat.

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

205

Recommandation n° 9 : Élaborer un programme national visant à réduire l'épuisement professionnel chez les fournisseurs de soins

En décembre 2008, dans *Un long chemin vers la guérison*, il était recommandé :

*Que les Forces canadiennes développent et mettent en œuvre une initiative ou un programme national visant spécifiquement à fournir de l'aide et à prévenir le stress et l'épuisement professionnel chez les professionnels de la santé mentale.*

Le présent examen de suivi a permis de déterminer que cette recommandation a été satisfaite en partie.

206

**Évaluation**

207

Le MDN et les FC ont maintenu une approche décentralisée selon laquelle le bien-être des fournisseurs de soins en santé mentale demeure la responsabilité de la chaîne de commandement, tout comme la prestation de soins au personnel des FC et leur bien-être, peu importe le groupe professionnel, la fonction ou le grade<sup>80</sup>.

208

Cette approche a été renforcée par une série d'instruments à l'échelle nationale qui visent à atténuer certains des facteurs de stress les plus courants propres aux fournisseurs de soins en santé mentale.

209

Trois instruments clés ont été créés ou officialisés au cours des dernières années. Le premier consiste en la mise sur pied de la Direction de la santé mentale en janvier 2009, suivi de la création du poste de conseiller en santé mentale et psychiatrie en 2010. Ce dernier agit à titre de champion institutionnel *de facto* sur le plan du mieux-être des fournisseurs de soins de l'ensemble de la communauté en santé mentale des FC, quoique les deux aident directement l'environnement de travail professionnel. Ils surveillent les fournisseurs de soins au moyen d'un suivi statistique et de rencontres régulières et personnalisées. Ce suivi sera amélioré à court terme par une collecte plus efficace des données empiriques sur les niveaux d'activité des cliniques de santé mentale, comme il est décrit à la recommandation n° 2. Cette amélioration devrait permettre au Directeur – Santé mentale et au conseiller en santé mentale et psychiatrie de répartir de façon plus structurée les charges de travail et d'ajuster les ressources en conséquence en visant l'objectif global de maintenir un environnement équilibré, sain et professionnel.

210

Le deuxième instrument est la transition vers l'approche de prestation de soins axée sur l'équipe dans laquelle de nombreux fournisseurs de soins

## *Rapport spécial*

### *Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

multidisciplinaires répondent aux divers besoins des patients dans un contexte de collaboration<sup>81</sup>. Cette approche a fourni un certain nombre d'avantages. Pour ce qui est des cliniciens, elle a permis d'alléger le fardeau des soins donnés à un patient par le même fournisseur. Cette approche a également permis de valoriser la consultation et la collaboration, de renforcer les relations de travail et de créer des environnements plus sains.

- 211 Le troisième instrument, soit l'officialisation en mai 2012 de la ligne directrice de 20 heures par semaine pour les consultations des fournisseurs de soins en santé mentale avec les patients (*temps de consultation* d'après la terminologie clinique), vise à réduire les déséquilibres de la charge de travail, limitant les conséquences telles des heures de travail prolongées, des occasions insuffisantes de consulter les membres de l'équipe, une faible préparation, des retards dans la gestion des dossiers, des consultations écourtées et une frustration des fournisseurs de soins en santé mentale.<sup>82</sup>
- 212 Une autre amélioration visant à alléger la frustration des fournisseurs de soins en santé mentale et à favoriser un environnement positif et plus cohésif correspond aux relations améliorées avec la collectivité de soins primaires. De récents efforts ont été déployés à l'échelle nationale par l'entremise du Directeur – Santé mentale et du conseiller en santé mentale et psychiatrie ainsi qu'à l'échelle locale par l'entremise des gestionnaires de clinique et des chefs d'équipe pour prendre contact avec les fournisseurs de soins primaires et accroître la compréhension commune et la cohésion<sup>83</sup>. Encore une fois, les résultats demeurent essentiellement embryonnaires à ce stade précoce, mais les efforts semblent en bonne voie.
- 213 L'accent a été également mis davantage sur la sensibilisation des fournisseurs de soins dans certains milieux de la collectivité de soins, y compris sur les avantages des soins autoadministrés, où les fournisseurs obtiennent une compréhension accrue des signes précurseurs du stress au travail et des techniques d'atténuation visant à prévenir l'épuisement professionnel. Il y a également le recours au principe de *soins par les pairs*, dans le cadre duquel les praticiens sont encouragés à prendre soin activement l'un de l'autre. Il convient de noter que de nombreux fournisseurs de soins ont fait savoir que les *soins par les pairs* étaient une mesure souvent employée avec les collègues en dernier recours en l'absence d'initiatives structurées pour réduire le stress au travail et l'épuisement professionnel.
- 214 Enfin, plusieurs initiatives locales et au sein de la collectivité sont à l'étude en vue d'une application plus étendue au sein de la structure de la santé mentale des FC. Parmi celles-ci, il y a le programme portant sur les soins donnés aux intervenants mis sur pied pour la collectivité des aumôniers. Le réseau de soutien social aux victimes de stress opérationnel a mis sur pied son

**Rapport spécial**  
***Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit***

programme de soins et de résilience, et l'Unité interarmées de soutien du personnel a récemment élaboré son propre plan de résilience.

215      **Préoccupations**

216      L'approche décrite ci-dessus est valable, et l'engagement visant l'amélioration du bien-être des fournisseurs de soins en santé mentale est considérable. Toutefois, tant et aussi longtemps que persistera la pénurie chronique de personnel en santé mentale, même les cadres de travail les plus inventifs et rigoureux en ce qui concerne les fournisseurs de soins n'arriveront pas à atténuer la principale cause d'épuisement professionnel, soit une charge de travail continuellement excessive.

217      Les données indiquent clairement qu'un grand nombre de fournisseurs de soins en santé mentale continuent d'assumer des charges de travail excessives et d'éprouver de la fatigue professionnelle, ce qui exclut la possibilité de vivre dans un environnement de travail sain et positif. Ces fournisseurs sont souvent incapables de limiter le temps de consultation à 20 heures et travaillent des heures de travail prolongées. En outre, les répercussions fréquentes de la pénurie chronique de personnel sur la qualité et la continuité des soins imposent un fardeau supplémentaire à ces fournisseurs. La pression que bon nombre d'entre eux confirment ressentir constamment ou périodiquement est considérable, minant le moral, la motivation et le milieu de travail en général<sup>84</sup>.

218      Jusqu'à ce que le MDN et les FC soient en mesure de parvenir à un meilleur équilibre entre l'offre et la demande en atteignant une dotation optimale (ou en s'y approchant), l'épuisement professionnel continuera presque assurément d'être très répandu. Cela en revanche accentuera la pénurie de personnel, car les praticiens verront leur productivité diminuer en raison de la frustration, de l'épuisement ou des deux. Pire encore, ils pourraient démissionner.

219      Une autre préoccupation est la stigmatisation parmi les fournisseurs de soins; cette hésitation parmi les intervenants en santé mentale de reconnaître les signes de fatigue professionnelle excessive ou de frustration et de demander du soutien en réponse aux signes précurseurs d'épuisement professionnel possible continue d'être problématique<sup>85</sup>. Les éléments de preuve relevés auprès d'un important échantillon de fournisseurs de soins révèlent qu'ils sont grandement réticents à se déclarer eux-mêmes en difficulté et à obtenir des conseils ou des soins. La plupart ont le sentiment qu'ils doivent endurer. Encore une fois, cette situation découle d'une pénurie chronique de personnel. En effet, les fournisseurs de soins sont parfaitement conscients qu'ils ne feraient qu'ajouter au fardeau de leurs pairs s'ils étaient incapables d'effectuer leurs tâches, ne serait-ce que pour une très courte période. Les fournisseurs de

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

soins s'inquiètent également de ne pas être présents pour leurs patients. S'ajoute à cela le sentiment que les fournisseurs de soins professionnels ne devraient pas être aux prises avec des problèmes de santé mentale, pour éviter que leurs compétences ne soient mises en cause.

- 220 De plus, bien que l'approche visant à remettre le bien-être des fournisseurs de soins entre les mains de la chaîne de commandement soit à la fois raisonnable et conforme aux pratiques militaires acceptées, il convient de se demander si les intervenants en santé mentale qui exercent des fonctions de superviseur ou de dirigeant sont convenablement équipés pour assumer leurs responsabilités de manière efficace. Le passage de la structure antérieure au projet Rx2000 à la structure postérieure a fait augmenter la demande sur la chaîne de commandement liée à la santé mentale, sans qu'elle reçoive une augmentation proportionnelle de préparation ou de formation officielles en matière de supervision et de leadership<sup>86</sup>. Les dirigeants de clinique qui auraient été chargés de cinq ou six fournisseurs de soins en santé et personnel de soutien en 2002 supervisent maintenant des équipes de 15 à 25 employés, malgré la pénurie en personnel. Cette transformation a eu lieu très rapidement, et le cadre des fournisseurs de soins militaires de la santé mentale n'a pas nécessairement été préparé de façon appropriée pour assumer des responsabilités de direction plus importantes.
- 221 À cela s'ajoutent les mouvements de personnel au sein de l'effectif en santé mentale, en particulier du personnel militaire, souvent caractérisés par des rotations tous les deux ans, entrecoupés de déploiements opérationnels. Bon nombre de postes de dirigeant de clinique ou de chef d'équipe ont servi de « porte tournante »<sup>87</sup> pendant de longues périodes, ce qui complique l'exercice d'un leadership militaire adéquat. À titre d'exemple, la clinique de santé mentale de l'une des principales bases de l'Armée de terre a eu trois différents gestionnaires de clinique en moins de quatre ans. Une autre clinique a connu pas moins de 15 différents gestionnaires sur une période de 10 ans.
- 222 Bien que l'accent soit mis, à juste titre, sur les intervenants en soins de santé mentale, les superviseurs et les dirigeants, le personnel de bureau (commis et réceptionnistes) n'est pas à l'abri de l'épuisement professionnel et il ne doit pas être négligé. Ces personnes assument souvent des responsabilités supplémentaires pour réduire la charge de travail des fournisseurs de soins, ce qui accroît leur propre charge de travail et le niveau de stress connexe<sup>88</sup>. En outre, les commis sont régulièrement le premier point de contact entre les patients (potentiels et réels) et les ressources en santé mentale. Ainsi, ils subissent souvent la frustration et la colère des patients. C'est particulièrement le cas lorsqu'ils se voient confier la tâche désagréable de communiquer des renseignements déplaisants au sujet d'importants temps d'attente ou de la disponibilité du fournisseur de soins, ou lorsqu'il s'agit de prévenir un patient

## Rapport spécial

### *Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

qu'il devra voir un autre fournisseur de soins lors de la prochaine consultation. Ces commis et réceptionnistes assument une fonction clé, et leur bien-être est important.

#### 223 **Recommandations – Étude de cas de la BFC Petawawa**

##### 224 Recommandation PETAWAWA-1 : Augmenter le nombre de fournisseurs de soins en santé mentale

En décembre 2008, dans l'étude de cas de la BFC Petawawa intitulée *Évaluation de l'état des services de santé mentale de la BFC Petawawa* il était recommandé :

*Que les Forces canadiennes prennent des mesures immédiates pour adapter le nombre de postes de fournisseurs de soins aux besoins de la Base des Forces canadiennes Petawawa en tenant compte de sa taille, de ses activités opérationnelles et de sa situation géographique.*

Le présent examen de suivi a permis de déterminer que cette recommandation a été satisfaite en partie.

#### 225 **Évaluation**

226 Toute discussion à propos de la dotation en fournisseurs de soins en santé mentale doit porter sur deux aspects : les effectifs autorisés (les postes créés et financés) et les effectifs en activité (les postes réellement pourvus).

227 Deux employés à temps plein se sont ajoutés aux effectifs autorisés de fournisseurs de soins en santé mentale et d'employés de soutien à la BFC Petawawa de 2008 à 2012<sup>89</sup>, ce qui représente une augmentation de 6,5 % de l'effectif total.

228 Cette croissance doit être prise en compte dans le contexte plus large de l'augmentation du personnel en soins de santé mentale de la BFC Petawawa durant la période postérieure à la mise en œuvre du projet Rx2000 (début des années 2000 à 2008). Au cours de cette période, le nombre des effectifs autorisés de fournisseurs de soins en santé mentale et d'employés de soutien a augmenté de 150 %, passant de 12,7 à 31,7 intervenants, ce qui constitue incontestablement une croissance importante.

229 L'augmentation des effectifs en activité (capacité réelle sur le terrain) est plus pertinente et spectaculaire. Le nombre d'intervenants en santé mentale et d'employés de soutien en activité à la BFC Petawawa a triplé, passant de 6 à 18,1 intervenants entre le début de l'an 2000 et 2008. Il a ensuite connu une autre augmentation, de l'ordre de 40 %, de 2008 à 2012.

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

- 230 Finalement, d'après une analyse de la proportion de postes pourvus par rapport aux postes permanents, la capacité visée en soins de santé mentale de la BFC Petawawa a atteint 47 % de l'effectif autorisé au cours des années suivant l'an 2000. En 2008 (au moment de l'étude de cas de la BFC Petawawa), ce pourcentage est passé à 57 %. En 2012, il a atteint 75 %.
- 231 Le nombre toujours croissant de postes permanents combiné au taux grandissant de postes pourvus a permis à la BFC Petawawa de se doter d'une capacité plus solide en matière de santé mentale en 2012, comparativement à 2002 et à 2008. L'augmentation du nombre de fournisseurs sur le terrain, passant de 6 en 2002 à 18,1 en 2008 et puis à 25,3 en 2012 est considérable.
- 232 Cela étant dit, les faits montrent clairement que l'incidence positive de cette croissance de la capacité réelle sur la prestation de soins liés au SSPT et aux TSO à la BFC Petawawa a été cumulative, compte tenu de la hausse simultanée de la demande au cours de la même période.
- 233 Les chiffres susmentionnés sont résumés dans le tableau suivant :

*Effectifs des soins en santé mentale de la BFC Petawawa*

	2000+		2008			2012		
Effectifs autorisés	Effectifs en activité	Postes vacants	Effectifs autorisés	Effectifs en activité	Postes vacants	Effectifs autorisés	Effectifs en activité	Postes vacants
<b>12,7</b> (100 %)	<b>6,0</b> (47 %)	<b>6,7</b> (53 %)	<b>31,7</b> (100 %)	<b>18,1</b> (57 %)	<b>13,6</b> (43 %)	<b>33,7</b> (100%)	<b>25,3</b> (75 %)	<b>8,4</b> (25 %)

- 234 Une analyse comparative portant sur les effectifs autorisés en santé mentale en 2012 à la BFC Petawawa par rapport à celle des bases de portée et de taille comparables, soit la BFC Valcartier, la BFC Edmonton et dans une certaine mesure, la BFC Gagetown, positionne favorablement Petawawa. Les effectifs autorisés de la BFC Valcartier et de la BFC Edmonton sont nettement plus élevés en raison de leurs responsabilités régionales, que la BFC Petawawa n'a pas.

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

235 Cette évaluation est présentée ci-dessous :

*Comparaison des établissements de soins en santé mentale – Principales bases de l'Armée de terre\**

	Edmonton**	Gagetown	Petawawa	Valcartier**
Effectifs autorisés en matière de santé mentale	<b>33,3</b>	<b>25,0</b>	<b>28,7</b>	<b>39,2</b>

\* Ces chiffres représentent seulement les cliniciens et les postes de gestion.  
 Les postes de commis (commis et réceptionnistes) ne sont pas inclus.

\*\* Représente les bases ayant des responsabilités en matière de santé mentale à l'échelle régionale

236 Il est à noter que les paramètres exhaustifs utilisés pour la période de 2008-2012 comparant la taille exacte de l'effectif, le pourcentage de l'effectif en déploiement dans le cadre d'opérations et le taux d'incidence des TSO en résultant étaient non disponibles ou dépourvus de l'uniformité nécessaire pour examiner plus profondément cette comparaison. Ainsi, il est seulement utile en tant qu'indicateur général.

237 Les gains de Petawawa sont considérables, et ce, à tous points de vue. Cependant, ils n'indiquent pas nécessairement si l'une des deux données de 2012 (effectifs autorisés ou effectifs en activité) répond aux exigences. Plus de ressources valent clairement mieux qu'un nombre inférieur, mais elles peuvent néanmoins demeurer insuffisantes. Voilà qui est fort probable compte tenu de l'augmentation importante de la demande de soins en santé mentale à Petawawa au cours de la même période, qui a augmenté considérablement au cours des dix dernières années et plus.

238 L'évaluation des effectifs autorisés suppose le même défi que celui à l'échelle nationale, mentionné dans l'analyse de la recommandation n° 8. La dotation en personnel actuelle de la BFC Petawawa demeure trop loin de ses effectifs autorisés pour évaluer avec précision si un total de 33,7 professionnels de la santé mentale et employés de soutien satisfait entièrement aux besoins de la base en matière de TSO.

239 L'absence de mesures du rendement qualitatives visant à évaluer l'efficacité de la fonction de la santé mentale de la BFC Petawawa complique également

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

la détermination du nombre de fournisseurs requis pour prendre soin des personnes de la base souffrant de TSO et de leur famille.

240 Pour ce qui est de ses effectifs en activité, bien que 25,3 fournisseurs de soins en santé mentale et employés de soutien en activité constituent clairement une amélioration notable comparativement à 18,1, une pénurie de personnel de l'ordre de 25 % des effectifs autorisés se fait toujours sentir. La différence véritable entre les *avoirs* et les *besoins* est très certainement supérieure, en raison de l'observation antérieure selon laquelle les effectifs autorisés ont été établis dans le cadre du projet Rx2000, et ce, en fonction des besoins permanents. La contribution sur le plan opérationnel de la BFC Petawawa depuis 2002 et les besoins impératifs liés à la santé mentale qui en découlent, actuels et latents, sont bel et bien loin de l'état stable. L'augmentation à 25,3 fournisseurs de soins réels est considérable, mais elle semble toujours insuffisante pour répondre à la demande de la BFC Petawawa au cours d'une période prolongée.

241 Les répercussions de ce déficit se sont fait sentir sur le terrain à la BFC Petawawa pendant la majeure partie de la dernière décennie et continueront ainsi. Elles comprennent les temps d'attente et les intervalles prolongés entre les consultations pour le patient, les charges de travail excessives des intervenants en santé mentale, la frustration et le stress des fournisseurs de soins et la sous-traitance considérable des traitements. La sous-traitance des traitements apporte un soulagement partiel en raison du manque de ressources externes dans la région de Pembroke<sup>90</sup>.

242 Bref, la capacité visée en matière de santé mentale à la BFC Petawawa a augmenté considérablement et se traduit par la prestation de soins aux militaires de la base souffrant du SSPT et d'autres TSO ainsi qu'à leur famille. Que la qualité et la continuité de ces soins correspondent aux soins dont les militaires de la BFC Petawawa ont besoin et auxquels ils ont droit demeure toutefois discutable en raison de l'écart constant entre la capacité réelle et la demande. Les preuves empiriques et expérientielles démontrent sans équivoque que malgré l'amélioration de la situation, la capacité visée en matière de santé mentale de la BFC Petawawa est soumise à des pressions considérables et constantes.

243 **Observations**

244 Les services spécialisés en santé mentale les plus difficiles à assurer à Petawawa, de même que dans plusieurs autres emplacements géographiquement isolés, sont les soins psychologiques<sup>91</sup>, et ce, principalement en raison de l'absence de psychologues au sein du personnel militaire. Le fait d'intégrer des psychologues au personnel militaire

*Rapport spécial*

*Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

augmenterait probablement le nombre de ces spécialistes aptes et disposés à servir les FC dans des endroits isolés comme Petawawa, à l'exemple des psychiatres.

245 Plus cette pénurie chronique de personnel dure longtemps sans qu'on arrive à trouver des solutions efficaces, moins l'effectif autorisé semble pertinent.

246 Recommandation PETAWAWA-2 : Mise en place d'une ressource nationale d'aide aux familles

En décembre 2008, dans l'étude de cas de la BFC Petawawa intitulée *Évaluation de l'état des services de santé mentale de la BFC Petawawa* il était recommandé :

*Que les Forces canadiennes établissent une organisation nationale qui sera chargée de travailler avec les organismes externes et avec tous les niveaux de gouvernement, au besoin, et qu'elles lui fournissent les ressources nécessaires à cette fin, pour faire en sorte que les familles des militaires et chacun de leurs membres aient accès à toute la gamme des soins et des services dont ils ont besoin.*

Le présent examen de suivi a permis de déterminer que cette recommandation a été satisfaite en partie.

247 (Remarque : Cette recommandation est identique à la recommandation n° 6 du rapport *Un long chemin vers la guérison*. Se reporter à l'analyse de la recommandation n° 6.)

248 Recommandation PETAWAWA-3 : Liaison permanente avec les familles et ressources pour les familles

En décembre 2008, dans l'étude de cas de la BFC Petawawa intitulée *Évaluation de l'état des services de santé mentale de la BFC Petawawa* il était recommandé :

*Que les Forces canadiennes fournissent les ressources permanentes qui permettraient à la Base des Forces canadiennes Petawawa de communiquer avec les organismes locaux et les administrations municipales pour déterminer et coordonner les soins offerts aux familles des militaires et à chacun de leurs membres, selon leurs besoins.*

Le présent examen de suivi a permis de déterminer que cette recommandation a été satisfaite.

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

249 **Évaluation**

250 De nombreuses ressources ont été mises en place ou améliorées à la BFC Petawawa de façon à ce que les familles des militaires souffrant de TSO puissent accéder plus facilement aux soins et au soutien offerts par des ressources externes (et internes). La ressource la plus importante parmi celles-ci est l'officier de liaison avec les familles. Créés en 2008 pour répondre aux besoins grandissants des familles concernées, les officiers de liaison avec les familles sont des travailleurs sociaux qualifiés ayant pour mandat de déterminer et de coordonner les soins devant être offerts aux familles des militaires malades et blessés à l'échelle locale. Ils présentent aux membres de la famille une vaste gamme de programmes et de ressources externes qui seraient autrement difficiles de connaître et d'utiliser. Les officiers de liaison avec les familles relèvent des centres de ressources pour les familles des militaires, mais exercent leurs activités dans les centres intégrés de soutien du personnel, mettant ainsi en rapport ces deux entités clés<sup>92</sup>.

251 Même si les bases ne devaient compter qu'un seul poste d'officier de liaison avec les familles, Petawawa a pris la décision d'en créer un deuxième en 2012. Voilà qui traduit bien la demande soutenue de la collectivité pour ce type de services et l'incidence positive de cette fonction.

252 Pour sa part, le Centre de ressources pour les familles des militaires de Petawawa continue d'offrir le soutien dont ont tant besoin les familles de la collectivité. Une récente augmentation du financement et une consolidation de certains de ses services lui ont permis d'accroître l'étendue de son offre. Cela comprend l'objectif visant à ajouter cinq employés afin de mieux servir les personnes pouvant avoir recours à ses services<sup>93</sup>.

253 Le centre intégré de soutien du personnel de Petawawa, inauguré en décembre 2008, a pour mission d'offrir des soins et du soutien cohésifs et coordonnés aux membres des FC malades et blessés ainsi qu'à leur famille. Comme il est indiqué, un grand scepticisme règne toujours parmi des éléments de la chaîne de commandement en ce qui concerne la structure de l'Unité interarmées de soutien du personnel. Certaines unités travaillent en étroite collaboration avec le Centre intégré de soutien du personnel de Petawawa, alors que d'autres unités ne le font pas.

254 Le commandant et l'état-major de la base ont joué un rôle actif dans le développement de partenariats avec des organisations externes et dans l'élargissement des possibilités de soins et de soutien pour les familles. Cette participation est assurée en majeure partie par l'équipe d'intervention dans la communauté.

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

- 255 Le soutien par les pairs joue un rôle actif visant à soutenir les familles de Petawawa et à leur donner accès aux ressources dont elles ont besoin. Les coordonnateurs de soutien par les pairs pour les familles du programme de Soutien social; blessures de stress opérationnel continuent de jouer un rôle primordial.
- 256 **Préoccupations**
- 257 Peu importe le degré d'efficacité en matière de mobilisation des ressources externes dont font preuve les officiers de liaison avec les familles, les centres de ressources pour les familles des militaires, les centres intégrés de soutien du personnel, les coordonnateurs de soutien par les pairs pour les familles, la haute direction et la collectivité des soins de santé mentale, la disponibilité des soins et du soutien externes dans des emplacements plus petits et isolés, comme Petawawa, demeurera une contrainte importante. Des services inexistantes ou offerts en quantité très limitée ne peuvent soutenir un nombre considérable de familles de militaires durant une période prolongée.
- 258 Si l'on détermine que les besoins des familles ne peuvent pas être satisfaits par des ressources externes disponibles dans un lieu géographique donné, il sera alors nécessaire de considérer des mesures pour répondre à ces besoins à l'interne.
- 259 Les coûts constituent une contrainte pour de nombreuses familles de militaires aux prises avec des TSO. Certains services externes ne sont pas couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux ou le régime de soins de santé de la fonction publique, les rendant ainsi inaccessibles à certaines familles. Les services qui sont couverts nécessitent souvent un paiement initial, ce qui peut également être prohibitif<sup>94</sup>.
- 260 L'un des obstacles les plus importants à la prestation de soins et de soutien aux familles est le conjoint ou la conjointe militaire, duquel dépend en majeure partie la transmission des renseignements et la connaissance des programmes et services disponibles. Il a été démontré que les membres des FC qui excluent leur famille lorsqu'ils sont aux prises avec le SSPT ou d'autres TSO se font souvent du tort ainsi qu'à leurs proches<sup>95</sup>.
- 261 Le transfert de la stigmatisation – c'est-à-dire la perception, parmi les militaires actifs ou leur famille, selon laquelle le fait de demander des soins aura une incidence négative sur la carrière du conjoint militaire – est un autre obstacle aux soins pour certaines familles.
- 262 Enfin, malgré l'engagement cumulatif des dirigeants locaux (commandement et personnel médical) de faciliter, à l'aide de la sensibilisation, l'accès à des

## Rapport spécial

### *Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

soins externes par les familles, il demeure que la charge de travail excessive représente régulièrement un obstacle. Lorsque la demande de consultations cliniques dépasse la capacité réelle, comme c'est souvent le cas en raison de la pénurie d'intervenants en santé mentale, la sensibilisation est souvent l'une des premières activités mise de côté ou abandonnée.

263

#### Recommandation PETAWAWA-4 : Mettre en œuvre des solutions de soins provisoires

En décembre 2008, dans l'étude de cas de la BFC Petawawa intitulée *Évaluation de l'état des services de santé mentale de la BFC Petawawa* il était recommandé :

*Que les Forces canadiennes trouvent des solutions temporaires pour dispenser un niveau adéquat de soins de santé à l'échelle locale en attendant la mise en place de solutions à long terme.*

Le présent examen de suivi a permis de déterminer que cette recommandation a été satisfaite.

264

#### **Évaluation**

265

Un certain nombre d'approches provisoires ponctuelles ont été mises en place afin d'alléger une partie du fardeau sur la capacité visée en matière de santé mentale, indiqué dans l'étude de cas de 2008.

266

Une des mesures consistait à augmenter la capacité réelle en matière de santé mentale à Petawawa en recourant à des fournisseurs de soins d'Ottawa et d'autres bases (en petites équipes et individuellement), pour de courtes périodes de soutien, ce qui a permis d'y réduire la charge de travail. Cette augmentation, combinée à l'affectation rapide de trois autres professionnels de la santé mentale à Petawawa durant la période active des affectations de 2008, a permis un certain soulagement<sup>96</sup>.

267

Une autre approche provisoire a été la création de la clinique satellite d'Ottawa. Les patients de Petawawa originaires d'Ottawa y bénéficiaient des services de deux à trois psychologues contractuels. Cela a contribué à alléger encore davantage la charge de travail liée aux soins en santé mentale de la BFC Petawawa<sup>97</sup>.

268

Le traitement des militaires souffrant du SSPT et d'autres TSO a été confié dans la mesure du possible à des professionnels externes en santé mentale dans la région, bien que le manque de ressources sur le territoire de Pembroke ait limité cette option<sup>98</sup>.

269

Le système de télémédecine a été mis en place grâce à la technologie de vidéoconférence pour offrir des traitements à distance<sup>99</sup>. Cet outil permet d'augmenter l'accès aux soins de santé, tout en réduisant le temps nécessaire

## *Rapport spécial*

### *Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

aux déplacements entre Petawawa et Ottawa et les questions de logistiques connexes.

270 L'efficacité de ces approches provisoires était variable; toutefois, les éléments de preuve indiquent que leurs effets cumulatifs étaient positifs. Cette étude n'a pas permis de quantifier avec certitude la mesure dans laquelle la pression exercée sur la capacité visée en matière de soins en santé mentale de la BFC Petawawa a été allégée.

#### 271 **Préoccupations**

272 La plupart de ces mesures ont été soumises à des contraintes inhérentes aux approches provisoires.

273 Le renforcement ponctuel de la capacité visée en matière de santé mentale par l'intermédiaire de praticiens de soutien d'autres bases présents pour une courte période a miné la cohésion de la clinique. Il a été démontré qu'il était difficile d'assurer une qualité et une continuité des soins constantes lorsque les patients sont transférés à répétition d'un fournisseur de soins à un autre. Même s'il s'agissait là d'une préoccupation majeure, la solution de rechange aurait été un temps d'attente exagérément plus long avant de recevoir des soins.

274 La clinique satellite d'Ottawa a augmenté la capacité réelle de psychologues disponibles à Petawawa, même si les déplacements à destination et en provenance d'Ottawa étaient un problème pour plusieurs patients. La base offrait un transport aux patients, mais certains l'ont évité, car il le percevait comme l'aveu public d'un problème de santé mentale. Les patients étaient libres d'utiliser leur propre véhicule, et plusieurs l'ont fait. Cependant, le voyage était souvent difficile et même dangereux, en particulier au retour, où certains patients étaient particulièrement troublés. Les enquêteurs ont été informés de plusieurs cas où des patients se rendaient compte, en cours de route, qu'ils avaient été absents mentalement durant une partie du trajet de retour en raison de l'anxiété ou de la frustration causées par la consultation<sup>100</sup>. En outre, les allers-retours se sont révélés voraces en temps et dispendieux.

275 Maintenir la cohérence et assurer la supervision des praticiens était également un problème pour la clinique satellite en raison de la séparation géographique.

276 L'augmentation de la sous-traitance des traitements a engendré des difficultés. Le manque de compréhension culturelle entre les patients militaires et les fournisseurs de soins civils a été un obstacle majeur. Également, la pertinence et la continuité des soins fournis étaient généralement beaucoup plus difficiles à garantir que pour des traitements à l'interne.

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

277 Le programme de télémédecine a atténué les problèmes liés au temps et à l'espace, bien que certains patients aient moins apprécié le cadre impersonnel. Faire part de sentiments de nature délicate à un fournisseur de soins s'affichant sur un écran de télévision était un obstacle pour certains des patients.

278 **Commentaire**

279 De récents événements liés au transfert annoncé de la clinique satellite d'Ottawa ont suscité des préoccupations dans la région de Petawawa. Des représentants du MDN ont affirmé que cette décision avait pour but d'augmenter la capacité visée locale de Petawawa, mais d'autres sont sceptiques. Comme la mise en œuvre de cette décision était toujours en cours au moment de la rédaction du présent rapport, les répercussions ou l'efficacité de ce transfert ne peuvent être évaluées.

280 Recommandation PETAWAWA-5 : Services de soutien d'aumônerie améliorés

En décembre 2008, dans l'étude de cas de la BFC Petawawa intitulée *Évaluation de l'état des services de santé mentale de la BFC Petawawa* il était recommandé :

*Que les Forces canadiennes fournissent des ressources pour obtenir de l'aide rémunérée additionnelle pour les tâches administratives et les programmes afin de permettre aux aumôniers de pourvoir de façon plus efficace aux besoins de soutien spirituel des militaires et de leur famille.*

Le présent examen de suivi a permis de déterminer que cette recommandation n'est plus valide.

281 **Évaluation**

282 L'aumônier de brigade a indiqué que son groupe dispose du personnel administratif nécessaire pour accomplir ses tâches efficacement. Du milieu des années 2000 jusqu'à l'été 2011, la disponibilité de bénévoles pour appuyer plusieurs programmes aumôniers a été grandement freinée par l'augmentation du rythme opérationnel de la BFC Petawawa, nuisant ainsi à la capacité de l'aumônerie d'exécuter ces programmes. Cette situation particulière semble toutefois être rentrée dans l'ordre depuis, éliminant par le fait même le besoin d'un financement supplémentaire.

283 **Commentaire**

284 Si le rythme opérationnel de la BFC Petawawa redevient exceptionnellement élevé durant une période prolongée, comme il l'a été pendant la majeure partie

## Rapport spécial

### *Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

de la dernière décennie, il faudra alors envisager d'obtenir un financement supplémentaire pour contrebalancer les pénuries de bénévoles de manière à soutenir les programmes d'aumônerie.

285

#### Recommandation PETAWAWA-6 : Gouvernance multidisciplinaire

En décembre 2008, dans l'étude de cas de la BFC Petawawa intitulée *Évaluation de l'état des services de santé mentale de la BFC Petawawa* il était recommandé :

*Que les Forces canadiennes mettent en place une structure de gouvernance claire, dotée de responsabilités et de mesures de reddition de comptes clairement établies, en ce qui concerne l'efficacité et l'efficacité de la prestation de soins multidisciplinaires aux militaires et aux familles de la BFC Petawawa.*

Le présent examen de suivi a permis de déterminer que cette recommandation a été satisfaite en partie.

286

#### ** valuation**

287

Il semble que la structure de gouvernance des soins multidisciplinaires de la BFC Petawawa se soit considérablement améliorée.

288

La création, en 2008, du poste de Directeur – Santé mentale a joué un rôle important de catalyseur. Ce poste a permis d'instaurer un point de contact structurel à partir duquel une gouvernance efficace pouvait être exercée<sup>101</sup>.

289

L'ouverture récente du Centre de soutien pour trauma et stress opérationnels de Petawawa, au milieu de 2011, devrait accroître la cohésion structurelle nécessaire en vue d'une gouvernance solide, même s'il est encore trop tôt pour en évaluer les répercussions.

290

Des initiatives nationales ont également porté fruit. La nomination du Directeur – Santé mentale et du conseiller en santé mentale et psychiatrie a permis d'améliorer la surveillance de la prestation de services cohérents en matière de santé mentale dans l'ensemble des FC. La compréhension et le respect des limites de la pratique professionnelle ont été un point important et récurrent à l'échelle nationale : les soins interdisciplinaires constituaient le thème central de l'atelier inaugural des FC sur la santé mentale en 2009, et la gouvernance a été un point central des ateliers nationaux subséquents.

291

Les visites d'aide d'état-major de la Direction de la santé mentale, effectuées par des équipes techniques de professionnels en santé mentale, ont permis d'évaluer, sur place, les forces et les faiblesses de la prestation de soins multidisciplinaires d'un certain nombre de cliniques de partout au pays depuis 2009. La BFC Petawawa a reçu une visite d'aide d'état-major de la Direction de la santé mentale en avril 2012, le deuxième examen du genre au

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

cours des cinq dernières années. La visite portait principalement sur l'évaluation de la gouvernance<sup>102</sup>.

292 D'un point de vue pratique, la stabilisation du rôle de la gestion de cas médicaux a une incidence positive sur la cohésion fonctionnelle puisqu'elle fournit un point central de coordination de la prestation de soins en santé mentale. Cela a permis de surmonter certains obstacles à une gouvernance efficace.

293 Le protocole normalisé d'évaluation et de traitement des TSO, amélioré en 2011, est un autre facteur digne de mention contribuant à la cohésion et à la gouvernance fonctionnelles. Il a augmenté la cohésion des pratiques chez les professionnels de la santé mentale et leur équipe en simplifiant les exigences en matière de gouvernance.

294 En dernier lieu, les travaux des gestionnaires de clinique et des chefs d'équipe visant à améliorer la connaissance des rôles et des fonctions ont considérablement réduit les frictions qui, jusqu'à tout récemment, minaient encore le leadership, la gestion et la cohérence de la prestation de soins de santé multidisciplinaires à Petawawa et ailleurs.

295 Comme cela a été confirmé dans le cadre d'une récente visite d'aide d'état-major de la Direction de la santé mentale, au milieu de 2012, des frictions subsistent au sein de la gouvernance en matière de soins multidisciplinaires à Petawawa, ce qui justifie une attention soutenue. Cependant, les cloisonnements dont fait état le rapport *Un long chemin vers la guérison* (2008) sont moins importants en 2012.

296 **Préoccupations**

297 L'une des principales causes de tension touchant la gouvernance est la pénurie chronique de personnel. Peu importe le degré de cohésion entre les structures de gouvernance et l'efficacité des dirigeants nommés, une pénurie chronique de fournisseurs de soins en santé mentale sera source de défis pour la gouvernance. Tant que l'équipe de soins en santé mentale de Petawawa manquera de personnel dans une proportion de plus de 25 % sous le niveau de dotation autorisé, la gouvernance risque d'être problématique.

298 Comme susmentionné, la création du Centre de soutien pour trauma et stress opérationnels devrait constituer une part importante des solutions de gouvernance, même si sa mise sur pied a été problématique. Les annonces entourant son ouverture en juin 2011 étaient décousues; plusieurs intervenants de Petawawa ont été informés de la conversion très peu de temps avant celle-ci. Certains praticiens croyaient que la mise sur pied du Centre de soutien pour trauma et stress opérationnels était ni plus ni moins un

### *Rapport spécial*

## *Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

changement de nom pour *montrer* une progression plutôt que pour *réaliser* des progrès. En effet, ils craignaient que les attentes et les responsabilités accrues du nouveau Centre de soutien pour trauma et stress opérationnels ne soient pas accompagnées d'une augmentation proportionnelle des ressources, notamment d'intervenants en santé mentale et de formation pertinente. Certaines de ces perceptions persistent toujours, minant le moral des fournisseurs de soins et empêchant vraisemblablement le Centre de soutien pour trauma et stress opérationnels d'atteindre son plein potentiel.

299 Une autre préoccupation est liée à la fonction de médecin-chef de la base ou de l'escadre. Plus précisément, nous avons constaté que leur importance à titre de conseillers principaux dans l'ensemble des bases et des escadres des FC a diminué au cours des dernières années pour deux raisons. Premièrement, les médecins-chefs des bases et des escadres sont généralement beaucoup moins expérimentés et souvent beaucoup plus jeunes que leurs prédécesseurs, à l'époque du projet Rx2000. Le manque d'ancienneté qui en découle rend difficile l'exécution efficace de leur rôle consultatif. Deuxièmement, le taux de roulement des médecins-chefs des bases et des escadres est trop élevé depuis 2002, ce qui rend leur intégration difficile et nuit à leur capacité à s'investir dans leurs rôles et responsabilités. Cette capacité réduite à agir à titre de conseillers principaux semble faire en sorte que les médecins-chefs des bases et des escadres participent moins efficacement à la dynamique des soins multidisciplinaires, y compris agir à titre d'intermédiaire au besoin.

### 300 **Observations**

301 Les difficultés liées à la gouvernance des soins interdisciplinaires auxquelles se bute continuellement la BFC Petawawa ne sont ni propres à cette dernière ni entièrement inexplicables. En effet, la croissance rapide de toute capacité visée engendre des problèmes de direction et de gestion, surtout dans un service aussi complexe que celui des soins en santé mentale, qui comporte de nombreuses interdépendances et subtilités.

302 Comme il a été mentionné dans des rapports précédents, certaines difficultés ont été relevées quant aux approches et aux personnalités de chacun, ce qui a nui à la gouvernance des soins en santé mentale à Petawawa. Le climat professionnel s'est considérablement amélioré lorsque ces problèmes de personnel ont été pris en charge. Toutefois, le problème de gouvernance touchant les soins en santé mentale à Petawawa allait au-delà d'un simple désaccord entre quelques fournisseurs de soins. Ces fournisseurs faisaient partie du problème; ils ne constituaient pas l'ensemble de ce dernier.

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

303

Recommandation PETAWAWA-7 : Relations entre les fournisseurs de soins

En décembre 2008, dans l'étude de cas de la BFC Petawawa intitulée *Évaluation de l'état des services de santé mentale de la BFC Petawawa* il était recommandé :

*Que les Forces canadiennes prennent des mesures positives pour aider les membres des collectivités de fournisseurs de soins de la Base de Petawawa à rebâtir les relations interpersonnelles et entre les diverses spécialités, afin qu'elles soient empreintes de courtoisie, de respect, de confiance et d'un esprit de collaboration et d'entraide.*

Le présent examen de suivi a permis de déterminer que cette recommandation a été satisfaite.

304

**Évaluation**

305

Le manque de confiance et de respect au sein de la collectivité des fournisseurs de soins de Petawawa qui prévalait en 2008 n'a pas été observé en 2011-2012. Dans l'ensemble, l'environnement de travail semblait professionnel et empreint de respect.

306

Seule exception, plusieurs intervenants en santé mentale ont évoqué des tensions émanant de certains professionnels de soins primaires. Dans certains cas, le jugement professionnel des fournisseurs de soins en santé mentale n'est pas respecté ou est carrément rejeté par les fournisseurs de soins primaires<sup>103</sup>. Il a été impossible d'évaluer avec précision la véracité de telles allégations. Dans l'ensemble, il était évident que le milieu de travail des professionnels des soins de santé à Petawawa est plus sain qu'en 2007-2008.

307

Un certain nombre de facteurs ont contribué à cette amélioration. L'un d'entre eux est le retrait rapide du personnel jugé responsable d'avoir créé ces problèmes relationnels, ou d'y avoir contribué. Un autre est l'accent mis sur les soins interdisciplinaires à l'échelle nationale<sup>104</sup>.

308

Au même titre que les besoins impératifs de gouvernance, la sensibilisation des fournisseurs de soins, en particulier des chefs d'équipe et des gestionnaires de clinique, semble contribuer à l'amélioration de la perception et des relations. À cette fin, diverses initiatives de sensibilisation locales conjointes ont été mises en œuvre à Petawawa, comme la journée de la santé mentale de la brigade<sup>105</sup>.

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

**309      Préoccupations**

310      La pénurie chronique de personnel et la forte demande constante de soins constituent un mélange malsain qui engendre de la fatigue, de la frustration et du stress et qui mine les relations professionnelles. Les dirigeants en matière de santé mentale devront demeurer attentifs aux relations professionnelles tant qu'une importante disparité demeurera entre les effectifs réels et autorisés.

311      La pénurie chronique de personnel limite la capacité des fournisseurs d'investir dans des activités de rayonnement auprès de la communauté de pratique, lesquelles sont jugées essentielles à la cohésion des relations.

312      Le taux de roulement élevé, problème chronique de la capacité visée en santé mentale de la BFC Petawawa pour la majeure partie de la dernière décennie, est tout aussi nuisible aux relations professionnelles positives. De nombreux praticiens, plus particulièrement ceux ayant un rôle de leadership et qui sont sujets à un taux de roulement beaucoup plus élevé en raison de mutations, de déploiements, d'instructions et de l'attribution des tâches, n'ont tout simplement pas le temps d'établir et d'entretenir des relations professionnelles fructueuses, ou d'en tirer parti.

**313      Observations**

314      Il y aura toujours des frictions professionnelles entre les fournisseurs de soins primaires et les intervenants en santé mentale en raison du volet « santé au travail » des soins de santé au sein des FC. Ultimement, ce sont les fournisseurs de soins primaires qui sont responsables de l'équilibre entre l'obtention de résultats optimaux en matière de santé et la prestation de soins nécessaires pour assurer la réintégration aux fonctions militaires ordinaires. Cela est inévitable et nécessaire. Ce sont les tensions émanant d'autres sources qui méritent qu'on s'y attarde.

315      Enfin, les tensions entre les fournisseurs de soins primaires et de santé mentale ne sont pas propres à la BFC Petawawa ou aux FC; le problème semble présent partout dans les soins de santé en Amérique du Nord. Tout comme les autres stigmatisations, ce problème est partiellement générationnel. Les omnipraticiens qui sortent aujourd'hui des écoles de médecine possèdent des connaissances accrues en santé mentale; ils sont ainsi plus à même de traiter des troubles mentaux courants. Ce fait consolidera inévitablement les relations entre les fournisseurs de soins primaires et de santé mentale<sup>106</sup>.

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

- 316 Conclusion sur les recommandations de l'étude de cas de la BFC Petawawa
- 317 Il importe de mettre l'accent sur deux commentaires avant de clore ce sujet : Premièrement, la situation à la BFC Petawawa n'est pas unique, comme on s'y attendait fortement en 2007-2008, période pendant laquelle étaient menés la recherche et le développement du cadre d'examen du deuxième rapport de suivi *Un long chemin vers la guérison*. Les éléments de preuve du présent rapport, relevés en 2011-2012, montrent que la situation à Petawawa est semblable à celle de plusieurs autres bases comparables.
- 318 Cela ne veut pas dire que tout va parfaitement bien. Comme il a été expliqué précédemment, la capacité réelle en santé mentale à la BFC Petawawa fonctionne; elle fournit des soins et du soutien aux militaires souffrant de TSO et à leur famille. Toutefois, il n'est pas possible de déterminer clairement si elle s'acquitte de ses tâches suffisamment bien.
- 319 De plus, la capacité réelle en santé mentale de la BFC Petawawa montre des signes de fatigue. Il semble improbable que le contexte de travail actuel puisse être maintenu indéfiniment.
- 320 Comme pour la capacité visée en matière de santé mentale à l'échelle des FC, les soins en santé mentale à Petawawa sont nettement supérieurs aux niveaux de 2002 et 2008, même si des défis fondamentaux persistent.
- 321 Deuxièmement, il importe de noter que, au même titre que la capacité visée en matière de santé mentale, la plupart des problèmes auxquels fait face Petawawa sont directement attribuables à une *pénurie chronique de fournisseurs de soins*, ou considérablement exacerbés par celle-ci. Si le MDN et les FC peuvent éliminer ou atténuer cette pénurie de personnel, une grande partie du stress et des obstacles liés aux soins de santé mentale à la BFC Petawawa diminueront de façon quasi certaine.

*Rapport spécial*  
*Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

322 **Section 3 : Constatations**

323 **Au-delà des recommandations du rapport *Un long chemin vers la guérison***

324 « Si elles ne sont pas modifiées volontairement, les choses ont spontanément tendance à s'aggraver. »

– Francis Bacon, philosophe et homme d'État anglais  
(1561-1626)

325 **CONSTATATION : Vaste capacité visée en matière de prestation des soins pour les traumatismes liés au stress opérationnel**

326 Il est indéniable que la capacité visée des Forces canadiennes (FC) en matière de soins en santé mentale qui s'occupe des militaires souffrant du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et d'autres traumatismes liés au stress opérationnel (TSO) s'est améliorée depuis son évaluation, en 2008, dans le cadre du rapport intitulé *Un long chemin vers la guérison*. Il est tout aussi évident que cette capacité visée est de loin supérieure à celle observée au moment de sa première évaluation, en 2002, dans le cadre du rapport intitulé *Traitement systémique des membres des FC atteints du SSPT*.

327 La capacité visée actuelle des FC en matière de soins en santé mentale commence avec les militaires eux-mêmes. Maintenant, dès le début de leur carrière, les marins, les soldats et les aviateurs canadiens sont informés des problèmes de santé mentale inhérents au service militaire moderne et reçoivent une formation à ce sujet. Cette instruction se poursuit tout au long de la carrière des militaires, tant dans le cadre de la formation professionnelle que du perfectionnement professionnel, de même que lors de l'instruction propre aux missions<sup>107</sup>. Le résultat est double. Tout d'abord, les militaires sont mieux équipés pour comprendre ce qu'eux-mêmes, leurs pairs et leurs subordonnés peuvent vivre sur le plan de la santé mentale au fil d'une carrière. De plus, la stigmatisation associée aux blessures et maladies mentales est moins grande de sorte que les militaires hésitent moins à demander de l'aide. Ce n'est donc pas le fruit du hasard que le militaire d'aujourd'hui est plus mature et mieux informé en ce qui concerne le SSPT et les autres TSO.

328 Pour établir leur capacité visée à offrir aux militaires souffrant de TSO les soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit, les FC ont maintenant intégré des services en matière de santé mentale dans chaque garnison et élément déployé d'importance. Les petits organismes et les déploiements qui n'ont accès à aucune ressource en matière de santé mentale à l'interne

## *Rapport spécial*

### *Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

disposent de ressources offrant des soins primaires qui peuvent communiquer avec des professionnels de la santé mentale. Le réseau actuel formé de 38 cliniques de soins primaires, de 26 cliniques de santé mentale, dont 5 cliniques régionales, et de 7 centres de soutien pour trauma et stress opérationnels, auxquels s'ajoutent des éléments déployés de soins primaires et de santé mentale adaptés aux missions, procure aux FC une vaste couverture géographique, de sorte que chaque militaire en service peut accéder à des soins de santé mentale professionnels<sup>108</sup>.

- 329 De plus, les diverses structures multidisciplinaires de soins en santé mentale regroupent des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux, des infirmiers en santé mentale, des conseillers en alcoolisme, en toxicomanie et en dépendance au jeu et des aumôniers des services de santé. Ainsi, toutes les spécialités pertinentes sont mises à contribution dans la prestation de soins aux membres des FC souffrant de TSO. Cette diversité est au cœur de l'approche de prestation de soins des FC axée sur l'équipe à l'égard des traitements complets fondés sur des données probantes liés au SSPT et aux TSO.
- 330 Des technologies modernes ont été ajoutées à la structure en vue de réduire les contraintes de temps et d'espace et de fournir aux patients des conditions favorables à l'atteinte de résultats positifs en matière de santé.
- 331 Des recherches innovatrices mesurant l'incidence des TSO dans les zones opérationnelles modernes et portant sur des domaines d'études connexes aident à orienter l'avenir des FC et permet au leadership stratégique de mieux comprendre les répercussions des blessures et maladies mentales dans un avenir à plus ou moins long terme.
- 332 La structure de soins en santé mentale des FC comprend également un élément social non clinique qui fournit un soutien émotionnel, des comportements favorisant la recherche de traitements et de l'aide pour s'adapter à leur affection et aux conséquences de celle-ci sur leur carrière et leur vie. Depuis le début des années 2000, ce soutien par les pairs, offert principalement dans le contexte du réseau de Soutien social; blessures de stress opérationnel, joue un rôle essentiel dans l'approche globale des FC en ce qui concerne le SSPT et les autres TSO.
- 333 Les FC comprennent mieux le lien entre un militaire souffrant de TSO, les répercussions d'une telle condition sur sa famille et les perspectives d'obtenir des résultats de santé optimaux. Par conséquent, les FC ont déployé des efforts concertés pour élargir la portée du soutien et des services offerts aux familles qui doivent composer avec des personnes souffrant de TSO.

## *Rapport spécial*

### *Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

- 334 Comme c'est le cas pour la plupart des changements organisationnels mis en œuvre rapidement, maintenir la cohérence s'est révélé un défi de taille pour la capacité visée des FC en matière de santé mentale. En créant la Direction de la santé mentale et le poste de conseiller en santé mentale et psychiatrie en 2009 et 2010, le ministère de la Défense nationale (MDN) et les FC ont pu regrouper en un seul endroit la fonction de soins en santé mentale. Cette initiative a entraîné la transition des fonctions, toujours en cours selon la présente analyse, aux termes de laquelle 26 points de services seront regroupés en un seul système global.
- 335 La capacité visée des FC en matière de soins en santé mentale est structurée de façon à offrir aux militaires souffrant de SSPT et d'autres TSO les soins globaux intégrés dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit. D'abord vue comme un « système ad hoc » en 2008, cette capacité a évolué pour devenir une capacité offrant des soins complets.
- 336 Cependant, le présent rapport l'a souligné à de multiples reprises : nous observons toujours un important écart entre la *capacité visée* et la *capacité réelle* relative à la prestation de ces soins. L'incapacité persistante à doter tous les postes de la structure de soins en santé mentale des FC qui sont approuvés et financés, lui fournissant ainsi les ressources spécifiquement conçues pour celle-ci, continue d'exercer d'énormes pressions sur le système, particulièrement sur les fournisseurs de soins et le personnel de soutien qui en assurent le fonctionnement. Ces pressions nuisent à la qualité et à la continuité des soins que le MDN s'engage à fournir, soins dont les membres des FC ont besoin et auxquels ils ont droit.
- 337 **CONSTATATION : Engagement du leadership stratégique**
- 338 L'accroissement marqué de la structure de soins en santé mentale des FC de 2002 à 2012, lié en grande partie à la demande liée au SSPT et aux autres TSO, n'aurait pu être réalisé sans l'engagement ferme du leadership stratégique de l'institution<sup>109</sup>. Qu'une organisation aussi traditionnelle que les FC aient pu institutionnaliser les besoins impératifs liés aux soins de santé mentale inhérents à un service militaire moderne en une seule décennie témoigne de cet engagement.
- 339 Il en est de même de la décision de presque doubler d'un seul coup le nombre de praticiens en santé mentale et le personnel de soutien au sein des FC. Une croissance aussi radicale dans un environnement faisant constamment face à des contraintes en matière de ressources ne pouvait survenir que sous l'effet d'un leadership déterminé en matière de TSO.

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

- 340 Le Chef d'état-major de la Défense a été un fervent défenseur de la question relative aux TSO. Il en a fait un principe fondamental de son leadership, tant pour assurer la prestation systémique de soins adéquats que pour éliminer les obstacles empêchant les membres des FC d'obtenir ces soins, qu'il s'agisse d'obstacles liés aux institutions ou aux perceptions. Il a également fait en sorte que les membres des FC souffrant de TSO par suite d'opérations antérieures à 2001 ne soient pas négligés dans les efforts déployés pour surmonter les défis inhérents à la décennie passée en Afghanistan<sup>110</sup>.
- 341 De nombreux chefs du personnel militaire ont milité pour l'établissement de soins plus complets pour les membres des FC souffrant de TSO. La portée du changement structurel et fonctionnel au sein de la collectivité des soins de santé mentale des FC de même que les compromis qu'un tel changement entraîne invariablement n'auraient pu être réalisés sans un profond engagement<sup>111</sup>.
- 342 En dépit de cet engagement, de nombreux défis importants en matière de leadership stratégique ont dû être surmontés. Le soutien offert aux familles s'est amélioré, mais nécessite une réflexion supplémentaire. Les soins fournis aux réservistes (l'objet d'une analyse indépendante à venir réalisée par le Bureau de l'Ombudsman) semblent avoir été inconstants comparativement à ceux offerts aux membres de la Force régulière. Dans un contexte de réduction des dépenses, les contraintes financières soulignées plus tôt, qui ont rendu vulnérables bon nombre de programmes et d'initiatives d'importance en matière de TSO au sein des FC, mettent en évidence le leadership du MDN et des FC relativement à la question. Il convient d'ajouter que deux des intervenants clés de l'institution dans la prestation de soins et de soutien aux membres des FC souffrant de TSO et à leur famille, soit la Direction de la santé mentale et la Direction – Qualité de vie, manquent visiblement de personnel et de fonds, sans compter que cette dernière fait toujours l'objet d'un roulement de personnel.
- 343 Certes, ces enjeux sont tous importants, mais les deux préoccupations les plus urgentes du leadership stratégique liées aux TSO sont d'abord le manque de progrès réalisés quant à la pénurie chronique de professionnels de la santé mentale depuis 2008, puis l'absence d'une mesure de rendement qualitative concernant l'efficacité des FC dans la prestation des soins aux militaires souffrant de TSO, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit. Ces enjeux sont fondamentaux et ont une incidence décisive sur la capacité réelle des FC à offrir des services en matière de SSPT et de TSO.
- 344 Un troisième enjeu important en matière de leadership se profile à l'horizon : l'institution devra continuer de se concentrer sur les TSO à court et à moyen terme. La pause opérationnelle en vigueur à la suite d'une décennie

## *Rapport spécial*

### *Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

d'opérations prolongées en Afghanistan et de deux décennies d'opérations presque ininterrompues dans des zones dangereuses partout au monde est plus que nécessaire. L'épuisement que cette cadence opérationnelle a fait subir aux membres des FC et à leur famille est palpable. Toutefois, en ce qui concerne les TSO, les FC ne ralentissent pas la cadence, compte tenu de la nature latente et de l'effet cumulatif du SSPT et des autres TSO.

345 Ainsi, la collectivité des soins de santé mentale demeure fermement dans le feu de l'action et le restera pendant encore un certain temps malgré l'accalmie que les FC connaissent après la mission en Afghanistan, les pauses opérationnelles étant rarement de réelles pauses en raison des retards dans l'attribution des missions, l'instruction et les priorités de perfectionnement professionnel. À la lumière de la plupart des estimations retenues, il faudra attendre au milieu des années 2010<sup>112</sup> pour observer un ralentissement dans la cadence opérationnelle relative aux TSO découlant des missions en Afghanistan. D'ici là, le rythme restera soutenu. Si l'on se fie aux dernières années, le Canada pourrait, d'ici là ou peu de temps après, s'engager dans de nouvelles opérations.

346 Le défi qui attend le leadership stratégique du MDN et des FC consiste donc à maintenir l'intensité des efforts déployés en matière de TSO et de santé mentale pendant une période où de nombreux autres domaines liés aux opérations militaires ont jusqu'à un certain point réduit leurs activités.

#### 347 **CONSTATATION : Professionnalisme, passion et dévouement des fournisseurs de soins**

348 Devant la demande (tant quantitative que qualitative) constamment élevée et l'insuffisance chronique des ressources (le déficit atteint en moyenne 20 % des effectifs en état stable, et, en chiffres réels, cette proportion est probablement beaucoup plus élevée en raison des missions en Afghanistan), seuls le professionnalisme, la passion et le dévouement des fournisseurs de soins militaires et civils au sein des FC ont permis au système de soins en santé mentale des FC de fonctionner.

349 Ces praticiens ont continué d'*assurer le fonctionnement du système* malgré une charge de travail constamment excessive, des cas d'une complexité toujours plus grande, une clientèle souvent désespérée et déçue, un leadership local en transition et un roulement du personnel. Leur dévouement envers leurs patients et leur professionnalisme ont été exceptionnels.

350 De toute évidence, ce dévouement n'a pas été sans conséquence sur la vie professionnelle et personnelle de nombreux intervenants en santé. Le stress et la fatigue, des relations de travail tendues et des tensions au travail, des limites

## *Rapport spécial*

### *Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

de pratique floues et l'épuisement des fournisseurs de soins ne sont que quelques-uns des obstacles qu'ont surmonté ou que doivent surmonter de nombreux fournisseurs de soins en santé mentale et membres du personnel de bureau. En raison de la charge de travail lourde, ces situations ont eu un effet multiplicateur et ont accru le niveau de stress. De plus, ils ont presque assurément contribué à la pénurie de personnel qui mine la capacité visée.

351 Il ne faut pas sous-estimer que le fait de constamment fonctionner à plein régime ou presque avec des effectifs réduits a une incidence sur le moral des fournisseurs de soins. La frustration ressentie par les professionnels de la santé mentale, qui savaient ou sentaient que l'environnement tendu nuisait aux soins offerts aux patients<sup>113</sup>, a été documentée. Notons, par exemple, les soins de soutien qu'il a fallu donner à certains patients pour leur permettre de tenir bon jusqu'à leur première consultation. Si les temps d'attente étaient plus raisonnables, une grande partie de ces soins, qui ne servent qu'à gagner du temps jusqu'à ce que le patient obtienne un traitement adapté à son problème, deviendraient inutiles. De plus, en raison du milieu clinique tendu, les praticiens font face à une autre frustration, celle de sous-traiter une bonne part des traitements, tout en tenant compte des limites décrites précédemment.

#### 352 **CONSTATATION : Réduction des obstacles à la prestation de soins**

353 Les obstacles à la prestation de soins destinés aux membres des FC souffrant de SSPT et d'autres TSO semblent beaucoup moins importants par rapport à 2008, mais surtout par rapport à 2002.

354 Le plus grand changement observé concerne la stigmatisation par les pairs et les supérieurs, c'est-à-dire les perceptions négatives des supérieurs immédiats et des collègues envers les militaires qui tentent d'obtenir de l'aide pour régler un problème de santé mentale. Les intervenants en santé mentale, la chaîne de commandement à tous les niveaux et, ce qui importe le plus, les militaires eux-mêmes, tant ceux souffrant de TSO que ceux qui n'en souffrent pas, confirment cette nouvelle ouverture d'esprit. Selon un haut gradé des FC, « le fait de souffrir d'un traumatisme lié au stress opérationnel n'est plus considéré comme un signe de faiblesse. »

355 Pour autant, la stigmatisation par les pairs et les superviseurs n'a pas complètement disparu. L'enquête a mis au jour des cas survenus dans les dernières années où des militaires ont été dénigrés ou ouvertement ostracisés en raison de TSO. Des incidents semblables surviennent probablement encore. En outre, des notions ressassées telles que la *marche de la honte* semblent persister dans certains milieux, bien que ces pratiques semblent de plus en plus isolées. Il n'est donc pas étonnant que certains membres des FC se rendent aux cliniques de santé mentale des bases avec l'intention de consulter, restent dans leur véhicule à réfléchir, puis repartent sans mettre le pied à l'intérieur. D'après les témoignages recueillis, cette situation est fréquente.

## *Rapport spécial*

### *Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

- 356 Bien qu'il n'ait pas été possible de mener une analyse empirique sur la question de la stigmatisation, tout indique qu'au cours d'une bonne partie de la dernière décennie, les FC ont fait d'importants progrès quant à la mise en œuvre d'un changement générationnel. Cela dit, la stigmatisation par les superviseurs et les pairs doit de toute évidence faire l'objet d'une attention continue.
- 357 Il est tout aussi évident que, peu importe les bons résultats obtenus par les FC pour ce qui est d'accroître la sensibilisation des militaires à l'égard des TSO et de réduire la stigmatisation, il est peu probable que celle-ci disparaisse complètement. Dans un contexte militaire, il existera toujours une partie de l'effectif qui ne peut tout simplement pas admettre qu'un guerrier puisse succomber à une défaillance mentale. Il est donc d'autant plus important de faire preuve de diligence continue à l'égard de la stigmatisation.
- 358 Au chapitre des améliorations, mentionnons l'accès aux soins, qui est meilleur qu'il ne l'était. Auparavant, il était difficile de parler de ses problèmes et de demander de l'aide. Cela ne semble plus aussi difficile aujourd'hui. Les éléments de preuve, en grande partie empiriques, laissent croire que, dans la plupart des installations des FC, il est plus facile et moins intimidant qu'avant de rencontrer des professionnels de la santé mentale<sup>114</sup>.
- 359 Le programme de Soutien social; blessures de stress opérationnel offert par les pairs a favorisé l'accès aux soins en encourageant continuellement les militaires souffrant de TSO à s'adresser à des professionnels. L'inclusion de composantes familiales dans la formation sur la résilience constitue une avancée récente<sup>115</sup>. Il s'agit d'appuyer les familles qui aident leurs proches militaires à reconnaître qu'ils ont besoin d'aide. Ce programme n'a pas encore été pleinement mis en œuvre ni évalué.
- 360 Dans l'ensemble, tout porte à croire que les obstacles majeurs à l'accès aux soins sont moins répandus qu'en 2008. Cette constatation est étayée par la rétroaction des fournisseurs de soins de première ligne. Selon ces intervenants, les militaires souffrant de SSPT et d'autres TSO cherchent à obtenir des soins et un traitement beaucoup plus tôt dans la période de latence comparativement à ce qui était observé dans les années 1990, où les militaires attendaient jusqu'à 5,5 ans pour obtenir des soins liés aux TSO<sup>116</sup>. Cela pourrait bien indiquer que les militaires ont moins peur de parler de leurs problèmes qu'auparavant. Il convient de noter que les FC comptent mener une recherche détaillée sur la nouvelle période de latence dans un avenir proche.
- 361 Cela dit, la stigmatisation demeure un obstacle pour les membres des FC qui souhaitent obtenir des soins en temps opportun. Comme pour toute affection ou blessure invisible, le scepticisme persiste quant à la motivation réelle des militaires qui tentent d'obtenir des soins de santé mentale. Certains éléments de preuve laissent supposer que les dirigeants intermédiaires au niveau des

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

unités et des sous-unités, tant des officiers que des militaires du rang, ont tendance à entretenir cette stigmatisation, particulièrement lorsqu'il s'agit de leurs subordonnés<sup>117</sup>.

- 362 Un obstacle de taille à l'accès aux soins demeure la *peur* de nuire à sa carrière militaire ou même de causer la fin de celle-ci en parlant d'une blessure ou d'une maladie mentale. Le processus d'évaluation du rendement est extrêmement concurrentiel, et bien souvent un seul point distingue un candidat d'un autre. Les militaires ont donc le sentiment qu'une contrainte pour raisons médicales, même temporaire, puisse les empêcher d'obtenir une promotion ou une nomination<sup>118</sup>.
- 363 Plus important encore, certains militaires (particulièrement au sein de l'Armée de terre) croient qu'un diagnostic de SSPT ou de tout autre TSO est synonyme de suicide professionnel. Ces personnes ont l'impression qu'un militaire souffrant d'un problème de santé mentale ou d'une contrainte perd toute utilité au sein des FC, et ce, en dépit du fait que ces dernières années, certains militaires souffrant de TSO ont bien réagi au traitement et ont réintégré leur unité sans restriction. La peur de nuire à sa carrière et d'éventuellement compromettre son moyen de subsistance semble très répandue; en effet, de nombreuses personnes ont indiqué que cette peur était un obstacle à l'obtention de soins en santé mentale<sup>119</sup>.
- 364 L'auto-stigmatisation est un aussi un obstacle à l'accès aux soins. Certes, un grand nombre de superviseurs et de pairs semblent désormais comprendre que les TSO sont une conséquence inhérente du service militaire moderne. Or, nombreux sont ceux qui refusent d'admettre qu'ils peuvent eux-mêmes souffrir de cette affection : *les TSO n'arrivent qu'aux autres*. Encore une fois, cette tendance a été principalement observée au sein de l'Armée de terre. Un leadership continu, la sensibilisation et la formation permettront d'éliminer l'auto-stigmatisation.
- 365 La structure des indemnités des FC est un autre élément important qui tend à décourager les militaires à obtenir des soins et des conseils liés à une TSO. Pour obtenir des indemnités telles que l'indemnité de service en campagne, l'indemnité de service en mer et l'indemnité du personnel navigant, un militaire doit exécuter activement ses tâches au sein de l'unité. La plupart du temps, les militaires affectés à l'Unité interarmées de soutien du personnel, même temporairement, n'ont plus droit à ces indemnités<sup>120</sup>. En raison du rythme opérationnel soutenu observé au cours des vingt dernières années, de nombreux militaires dépendent maintenant de ces indemnités et n'ont pas les moyens de s'en passer. Les militaires se montrent donc réticents à parler de leur problème, et il est probable que cette situation persiste.
- 366 La langue constitue un autre obstacle. Les militaires affectés dans des régions où leur langue seconde est prédominante ont trouvé difficile d'obtenir des

### *Rapport spécial*

## ***Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit***

soins de santé mentale dans leur langue maternelle. Il s'agit d'un aspect important puisque, contrairement au fait de décrire une blessure au genou ou à l'épaule, parler de préoccupations liées à la santé mentale est bien souvent difficile, même dans des conditions idéales. Le faire dans sa langue seconde, particulièrement si on ne maîtrise pas celle-ci parfaitement, est d'autant plus difficile. Il est fort probable que, dans ces circonstances, certains membres évitent de demander des soins.

### **367      CONSTATATION : Amélioration du soutien aux familles**

368      Les FC ont fait certains progrès pour ce qui est de répondre aux besoins des familles qui doivent composer avec des membres des FC souffrant de TSO. Essentiellement, l'organisation reconnaît que les familles des militaires, déjà soumises à des pressions considérables pour accéder à des niveaux acceptables de soins médicaux et de soutien en raison des réinstallations fréquentes et de la vie dans des zones géographiques isolées, connaissent un stress supplémentaire durant les périodes d'opérations prolongées. Cette situation est encore plus éprouvante pour les familles des militaires souffrant de TSO. Par conséquent, ces familles ont besoin d'attention, de soutien et de coordination supplémentaires.

369      Il ne faut pas sous-estimer la complexité inhérente au soutien des familles. Les FC n'ont aucun mandat à proprement dit en matière de soins médicaux offerts aux civils, lesquels sont pris en charge par les services de santé provinciaux. Toutefois, les FC reconnaissent leur obligation morale de fournir soins et soutien aux familles dont les besoins sont accentués du fait qu'elles doivent s'occuper d'un proche militaire souffrant de SSPT ou de tout autre TSO.

370      Outre cette obligation, il faut tenir compte de la réalité opérationnelle pragmatique selon laquelle le succès du traitement d'un militaire souffrant de TSO repose souvent sur un milieu familial sain et positif. De traiter un membre des FC sans aider sa famille à composer avec le TSO dont il souffre réduit la possibilité pour ce militaire de reprendre des fonctions militaires ordinaires.

371      L'engagement des FC envers les familles a été officialisé en 2008 dans *L'engagement des Forces canadiennes à l'endroit des familles*, qui oriente l'organisation pour toutes les questions liées aux familles des militaires<sup>121</sup>. Ce document établit les fondements sociaux et moraux des politiques, des programmes et des services liés aux familles des militaires.

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

- 372 **Le défi de l'institution consiste à traduire cet engagement moral en mesures efficaces.**
- 373 En réponse au défi accru qui attend les familles, le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes a élaboré, en 2007, la politique *Soutien aux familles axé sur le militaire*. Celle-ci a été révisée en mai 2011<sup>122</sup>. Cette politique a permis au système de santé militaire d'offrir aux familles un certain nombre de services de santé qui ont un lien avec le traitement et les soins offerts aux membres des FC souffrant de TSO, notamment des services de psycho-éducation de même que des services de psychothérapie conjugale ou familiale.
- 374 Il faut souligner que ce soutien médical n'est efficace que si les militaires souffrant de TSO cherchent eux-mêmes à obtenir de l'aide. Si, pour une raison quelconque, un militaire souffrant de TSO ne cherche pas à se faire soigner, les membres de sa famille ne pourront accéder au soutien offert par le système de santé des FC. En raison de cette condition préalable, les familles ne peuvent obtenir aucun soutien, ce qui entraîne de grandes frustrations chez les familles<sup>123</sup>.
- 375 En ce qui concerne le soutien non médical offert aux familles des militaires souffrant de TSO, les aumôniers continuent d'offrir un soutien et des soins précieux, comme ils l'ont toujours fait. De plus, le programme de Soutien social; blessures de stress opérationnel dispose maintenant d'intervenants du soutien par les pairs pour les familles dans toutes les grandes installations militaires. Ces intervenants aident les familles côtoyant un militaire souffrant d'un TSO.
- 376 Les centres de ressources pour les familles des militaires, qui se trouvent dans chacune des bases et des escadres, continuent d'offrir une gamme de services à toutes les familles des militaires. Le *Programme de services aux familles des militaires*, mis en œuvre récemment, est destiné aux familles des militaires malades et blessés et vise à aider ceux-ci à rester en contact avec leur famille et à continuer d'obtenir le soutien de celle-ci en cette période de nécessité accrue<sup>124</sup>. Dans le cadre de ce programme, des services de sensibilisation, d'orientation et de relève sont offerts.
- 377 Selon des militaires souffrant de TSO et leur famille, l'une des mesures les plus efficaces à l'égard du soutien aux familles a été la création, en 2008, des officiers de liaison avec les familles. Ces travailleurs sociaux, qui relèvent des centres de ressources pour les familles des militaires, mais qui exercent leurs activités dans les centres intégrés de soutien du personnel, possèdent les qualifications nécessaires pour offrir aux familles des militaires malades et blessés des soins adaptés, dans le cadre du processus *de récupération, de*

### *Rapport spécial*

## *Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

*réadaptation et de réintégration.* Il semble que les officiers de liaison avec les familles ont une incidence importante sur les familles des militaires souffrant d'un TSO.

- 378 Le Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes, qui offre aux membres des FC et à leur famille des consultations confidentielles hors site avec des fournisseurs de soins civils, est accessible aux militaires ainsi qu'à leur famille<sup>125</sup>. Même si ce programme ne vise qu'à offrir des consultations à court terme pour régler les problèmes de stress, l'accès rapide et la séparation entre les mécanismes officiels et les chaînes de commandement sont des aspects attrayants. Ce service n'est toutefois pas sans faille. Notons entre autres la frustration des familles, qui doivent expliquer les réalités de la vie au sein des FC à des praticiens qui connaissent mal le milieu militaire et les défis uniques auxquels doivent faire face les familles des militaires. À la lumière des données recueillies, le personnel des FC et les familles suivent une moyenne de 3,5 séances, alors que le nombre maximal autorisé est de six à huit séances<sup>126</sup>. Selon les commentaires reçus, nombreux sont ceux qui ont abandonné le programme sans suivre le nombre maximal de séances parce qu'ils avaient l'impression que le fournisseur de soins ne saisissait pas adéquatement leurs besoins. Quant à ceux qui ont continué de bénéficier du service, ils ont éprouvé une certaine frustration, car le nombre de séances était limité, bien qu'en théorie, il est possible d'obtenir des séances supplémentaires dans des circonstances exceptionnelles. Enfin, la situation générale du programme est précaire. En effet, le programme n'est pas entièrement financé et ne l'est pas depuis plusieurs années, comme il est indiqué à la recommandation n° 7.
- 379 Les FC ont également pris des mesures pour mieux comprendre et intégrer les préoccupations des familles des militaires au niveau du leadership stratégique. De ce fait, elles ont créé le Conseil national pour les familles des militaires, un organisme consultatif donnant une voix aux familles des militaires auprès du leadership stratégique des FC par l'intermédiaire d'organisations de la haute direction, comme le Conseil des Forces armées<sup>127</sup>. Le Conseil national pour les familles des militaires offre au Chef d'état-major de la Défense, au Chef du personnel militaire ainsi qu'aux autres principaux dirigeants un regard unique sur les défis que doivent relever les familles des militaires, y compris les familles des militaires souffrant d'un TSO.
- 380 Il ne fait aucun doute que les FC considèrent maintenant les familles différemment. Il est toutefois difficile de dire si les FC en ont fait assez pour appuyer les familles. Les données disponibles indiquent que, même si les familles des militaires, particulièrement les familles des militaires souffrant de TSO, jouissent d'un plus grand nombre de services et de programmes, elles

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

continuent à éprouver des difficultés et à souffrir. Les renseignements empiriques à cet égard étaient à la fois nombreux et frappants.

381 En outre, certaines préoccupations sont exprimées quant à la cohérence générale des nombreux programmes, entités et ressources qui ont été mis en place pour aider les familles au cours des cinq dernières années. La mise sur pied d'initiatives axées sur les familles semble avoir été une véritable industrie pendant cette période. Ainsi, les personnes concernées ont, à juste titre, exprimé leurs préoccupations sur la façon dont les divers éléments se complètent et répondent vraiment aux besoins des familles des militaires.

382 Par rapport à 2002 et à 2008, le MDN et les FC comprennent mieux les familles des militaires et leur offrent un meilleur soutien. Il reste toutefois à déterminer si *un meilleur soutien* est synonyme de *soutien suffisant*.

383 La question sera examinée de manière plus approfondie dans le prochain examen systémique du Bureau de l'Ombudsman, qui portera sur les défis auxquels doivent faire face les familles des militaires. Cet examen prendra fin en 2013.

384 **CONSTATATION : Pénurie chronique de personnel**

385

*« La situation est simple : nous manquons de personnel et nous sommes surchargés » [traduction].*

– Fournisseur de soins en santé mentale des FC, 2011

386 La pénurie de personnel qui persiste au sein de la capacité visée des FC en matière de santé mentale a été décrite en détail dans les recommandations n<sup>o</sup> 7 et n<sup>o</sup> 8, et est évoquée tout le long du présent rapport. Ce n'est pas une coïncidence; la pénurie de personnel est sans contredit l'obstacle le plus important à la prestation de soins et de traitements exhaustifs de grande qualité aux membres des FC souffrant de SSPT ou d'autres TSO.

387 Plus précisément, la pénurie de personnel a une incidence sur les principaux enjeux suivants :

388 • la qualité des soins;

389 • la continuité des soins;

390 • le moral, la fatigue et l'épuisement professionnel des fournisseurs de soins;

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

- 391 • le leadership et la gestion des fournisseurs de soins;
- 392 • la gestion des renseignements et des données;
- 393 • le soutien opportun aux familles;
- 394 • la gouvernance en matière de santé mentale;
- 395 • les relations professionnelles;
- 396 • la sensibilisation et la recherche locale et tactique;
- 397 • la mesure du rendement systémique.

398 La différence de 15 à 22 % (de 350 à 378 contre 447) entre les effectifs autorisés et les effectifs en activité (comme il a été expliqué, cette proportion, en chiffres réels, est presque assurément plus élevée) a une incidence sur la structure de soins en santé mentale des FC. Ces données ont été de nouveau confirmées à l'atelier 2012 sur la santé mentale (mai 2012), au cours duquel 17 cliniques ont présenté les trois défis les plus importants<sup>128</sup> qu'elles devaient relever. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous :

399	Importance du défi lié à la dotation en soins de santé mentale	Nombre de cliniques de santé mentale
	Le défi le plus important	10 des 17 cliniques participantes
	Deuxième défi en importance	4 des 17 cliniques participantes
	Troisième défi en importance	2 des 17 cliniques participantes
	Pas parmi les trois principaux défis	1 des 17 cliniques participantes

400 Comme le montre le tableau, parmi les 17 cliniques participantes, 16 ont indiqué que la dotation était l'une des principales priorités (10 ont indiqué qu'il s'agissait de la priorité la plus importante). Une seule clinique ne considérait pas la dotation comme l'un de ses trois principaux défis.

401 Les FC ne sont pas restées insensibles à cette situation. Des mesures d'atténuation, comme la sous-traitance de la prestation de traitements à grande échelle et recourir davantage aux fournisseurs de soins primaires, ont été prises. Ce ne sont cependant que des solutions partielles. Il faut mettre en œuvre des solutions permanentes.

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

- 402 Le MDN et les FC tentent activement de trouver d'autres fournisseurs de soins en mettant en œuvre plusieurs initiatives, mais celles-ci n'ont donné que peu de résultats au cours des dernières années. Depuis 2010, les effectifs des FC en matière de santé mentale stagnent sous la barre des 380 intervenants, bien en deçà du nombre visé, soit 447 praticiens.
- 403 Nous l'avons mentionné, il n'existe aucune solution rapide : les causes profondes de cette pénurie chronique de personnel sont tout simplement trop complexes. Cependant, certains éléments de l'institution semblent s'être résignés à l'idée que le problème de dotation persistera indéfiniment. À titre d'exemple, sur les 27 objectifs établis dans la planification de la campagne actuelle de la Direction de la santé mentale, seuls deux objectifs portent sur la pénurie de personnel, et il s'agit des 14<sup>e</sup> et 25<sup>e</sup> en ordre de priorité<sup>129</sup>. De plus, les mesures correctives en cours ou prévues par le MDN et les FC ne semblent pas assez novatrices ou assez fortes pour produire des résultats concluants.
- 404 Si nous ne trouvons pas bientôt des solutions fermes, les temps d'attente et les intervalles entre les consultations continueront d'être plus longs qu'ils ne devraient, tout comme la durée des consultations continuera de diminuer. C'est sans compter que les FC devront continuer à sous-traiter la majeure partie des traitements liés aux TSO.
- 405 Il a été souligné à la recommandation n<sup>o</sup> 7 qu'un certain nombre de dirigeants et de représentants des FC, lorsqu'ils abordent la question de la pénurie de personnel, comparent régulièrement l'accès aux soins de santé mentale par les membres des FC et à l'accès du reste des Canadiens. Un haut dirigeant a récemment déclaré ceci : « *Ce serait bien de pouvoir augmenter le nombre d'intervenants en santé mentale. Il convient toutefois de noter que les temps d'attente des membres des FC sont inférieurs à ceux de la population civile* » [traduction].<sup>130</sup> En effet, il n'est pas exagéré de croire que cette comparaison, fréquente, a en quelque sorte conforté les FC quant à leur capacité réelle en matière de santé mentale *malgré* la pénurie de personnel.
- 406 Or, il s'agit d'une comparaison pour le moins trompeuse. En effet, tant que le gouvernement du Canada continuera de déployer des militaires dans des zones dangereuses, comme ce fut le cas pendant l'essentiel des vingt dernières années, il a l'obligation de leur fournir des soins médicaux proportionnels à leur fonction. Tout lien avec l'accès aux soins de santé mentale par les civils est complètement mal à propos et n'est en aucun cas une preuve de l'efficacité de la capacité réelle des FC en matière de santé mentale.

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

407      **CONSTATATION : Sous-traitance considérable des traitements**

408      L'une des incidences les plus notables de la pénurie chronique de personnel en santé mentale est la nécessité de sous-traiter une part considérable des traitements offerts aux militaires souffrant de TSO. Bien que les FC ne connaissent pas précisément la proportion que représente la part sous-traitée (ce qui, en soi, est déroutant), les données recueillies auprès des diverses cliniques et des divers praticiens laissent croire qu'elle est importante<sup>131</sup>. Plusieurs cliniciens principaux estiment que la portion de soins sous-traités est « trop élevée ».

409      La sous-traitance des traitements est un choix pragmatique que l'organisation a fait. Compte tenu des effectifs en place, cette solution est jugée préférable aux délais sensiblement plus longs qu'entraînerait la prestation interne de tous les traitements liés aux TSO.

410      D'un point de vue clinique, la sous-traitance du *traitement* est privilégiée à la sous-traitance de l'*évaluation* en raison de l'importance d'établir des diagnostics uniformes en matière de TSO<sup>132</sup>. Le protocole d'évaluation normalisé mis en place par les FC, lequel établit un cadre commun à l'échelle de l'institution, permet d'atteindre l'uniformité souhaitée. Toutefois, l'établissement de tous les diagnostics à l'interne oblige les FC à sous-traiter la plupart des traitements subséquents.

411      Or, la sous-traitance des traitements entraîne un certain nombre de problèmes. Notons entre autres la continuité des soins. Les fournisseurs de soins en santé mentale externes doivent fournir une rétroaction régulière au praticien superviseur du militaire, habituellement au moins une fois toutes les dix consultations. Toutefois, dans la pratique, cette exigence n'est pas toujours respectée, car tous les fournisseurs de soins ne sont pas disposés à prendre le temps de fournir une telle rétroaction. De plus, les intervenants des FC sont souvent réticents à exercer de la pression sur les fournisseurs de soins pour obtenir cette rétroaction, car ils craignent ainsi de perdre les services des intervenants externes, ce qui ne ferait qu'aggraver la situation. La relation avec les fournisseurs de soins externes est particulièrement fragile dans les régions géographiquement isolées où le nombre de fournisseurs est déjà très limité. Dans certains endroits, les intervenants des FC réussissent à contourner le problème notamment en rencontrant les militaires à des intervalles fixes afin de discuter du traitement qu'ils reçoivent d'un fournisseur externe. Toutefois, ce type de solution ne fait qu'atténuer le problème sans pour autant le régler.

412      Par ailleurs, selon certains intervenants de première ligne, la sous-traitance nuit parfois à la qualité des soins, principalement dû au fait que les

## *Rapport spécial*

### *Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

fournisseurs de soins externes comprennent habituellement mal le milieu militaire et les membres des FC qu'ils traitent. De plus, les praticiens des FC ont acquis une expertise et de l'expérience dans le traitement des TSO au cours des 20 dernières années; ils sont, au Canada, les experts en matière de TSO. Or, il est impossible de tirer pleinement profit de cette compétence si les traitements sont sous-traités.

413 La sous-traitance des traitements pose un autre problème : le maintien de l'équilibre entre la médecine du travail et la défense pure et simple des patients. D'après les renseignements recueillis, les professionnels externes peinent à maintenir cet équilibre, particulièrement ceux qui n'ont qu'une connaissance limitée de l'environnement des FC.<sup>133</sup>

#### 414 **CONSTATATION : Mauvaise connaissance de la situation**

415 Comme il est expliqué à la recommandation n° 2, la capacité des FC à effectuer un suivi systémique des besoins impératifs liés aux TSO à mesure qu'ils évoluent est limitée.

416 À l'échelle nationale, le Système d'information de santé des Forces canadiennes n'est pas un outil exhaustif de signalement des TSO, et il n'est pas prévu qu'il le devienne. De plus, il faudra plusieurs années pour le convertir, si une décision en ce sens était prise. La recherche sur la santé mentale au sein des FC est essentiellement prévisionnelle; autrement dit, elle vise à orienter l'avenir plutôt qu'à rendre compte du présent. Le processus amélioré de dépistage postdéploiement est miné par un taux de réponse insuffisant et par la possibilité présumée que les résultats puissent être manipulés. De plus, le Sondage sur la santé et le style de vie ne fournit qu'un aperçu de la situation en matière de santé mentale et n'est publié que tous les quatre ans.

417 Quant aux cliniques locales, elles n'offrent pas un tableau plus détaillé. Bon nombre de cliniques aux prises avec une pénurie de personnel et une surcharge de travail continue éprouvent toujours de la difficulté à préparer des rapports précis et réguliers. L'absence d'un système de gestion des données cliniques commun et efficace ne fait qu'aggraver la situation. Ainsi, les rapports nationaux contiennent souvent des statistiques incomplètes ou périmées, ce qui fausse le portrait d'ensemble. De plus, jusqu'à tout récemment (mai 2012), les FC utilisaient le mauvais paramètre comme indicateur clé de la santé mentale.

418 Il a été noté qu'une partie des données nationales en matière de TSO proviennent des interactions continues entre, d'une part, le Directeur – Santé mentale et le conseiller en santé mentale et psychiatrie et, d'autre part, les cliniques de santé mentale et les praticiens<sup>134</sup>. Ces données permettent d'établir un portrait clair de la situation, ce qui, à l'évidence, est très utile. Il s'agit d'un élément important de l'équation. Néanmoins, ces données ne

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

donnent qu'un aperçu de la situation d'ensemble et doivent être étayées par des données *quantitatives* et *qualitatives* fiables et opportunes, ce qui n'est actuellement pas le cas.

419 Il en résulte une incapacité continue à bien faire comprendre, à l'échelle nationale, la portée des exigences en matière de TSO à mesure qu'elle évolue. Lorsqu'il s'agit de concevoir et de peaufiner les politiques en matière de TSO, d'établir les priorités et de réajuster les ressources, le leadership stratégique du MDN et des FC est bien loin de comprendre parfaitement la situation. C'est tout à fait incompatible avec l'importance institutionnelle accordée au problème et l'investissement fait par le MDN et les FC pour le régler.

420 **CONSTATATION : Mesure de rendement ad hoc**

421 Il a fallu dix ans aux FC pour mettre sur pied la capacité visée actuelle en matière de santé mentale. Cette capacité a été en grande partie fondée sur les résultats de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être – Forces canadiennes* de 2002 de Statistique Canada et prévue dans le cadre de l'initiative en santé mentale Rx2000. Depuis son établissement en 2002-2003, la capacité visée a connu de nombreuses modifications, généralement des mesures pragmatiques en réponse à des exigences ponctuelles.

422 Comme il a été décrit précédemment, la rétroaction sur la capacité visée provient de diverses données quantitatives dont la précision varie et est ponctuée de segments d'information et de recherche qualitatifs. Bien que ces renseignements aient permis d'établir un aperçu de la fonctionnalité et de l'incidence du système, ils n'ont pas permis d'établir une mesure systémique de son rendement à l'échelle de l'organisation. En effet, nous détenons peu d'information sur les résultats cliniques. Peu de renseignements structurés ont pu être recueillis dans ce domaine à l'échelle du système.

423 En résumé, de 2002 à 2012, la capacité visée des FC en matière de santé mentale n'a fait l'objet d'aucune mesure de rendement qualitative récurrente visant l'ensemble du système, malgré les ressources considérables (argent, temps et énergie) investies dans celle-ci et en dépit du fait que les TSO ont été l'une des grandes priorités de l'institution au cours de cette période.

424 Pour comprendre cette situation, il est essentiel de connaître le contexte. Au début, l'absence d'une mesure de rendement systémique exhaustive était probablement liée au délai de mise en œuvre du projet Rx2000. La mise en place de cette nouvelle structure en matière de santé mentale au sein des FC coïncide avec l'augmentation des besoins en soins de santé mentale liés aux opérations en Afghanistan et l'émergence des cas latents de SSPT et de TSO liés aux diverses missions opérationnelles des années 1990<sup>135</sup>. La pression de

## Rapport spécial

### *Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

mettre en œuvre cette nouvelle capacité visée rapidement au plus fort de cette demande sans précédent était énorme. Il s'agissait d'une situation périlleuse. Par conséquent, pratiquement toute l'attention et toutes les ressources ont été axées sur la mise en œuvre et le fonctionnement de cette nouvelle structure et non sur sa validation.

- 425 Il est plus difficile d'expliquer l'absence d'une validation systémique structurée dans les années qui ont suivi la mise en œuvre du projet Rx2000, même si la pénurie de personnel et les contraintes ponctuelles qu'elle a causées et cause toujours ont certainement joué un rôle important. Les données indiquent que les préoccupations continues liées à l'accroissement du personnel en soins de santé mentale conjuguées aux efforts simultanés déployés pour limiter les contraintes fonctionnelles provoquées par cette pénurie ont monopolisé l'attention du leadership et des cadres supérieurs. Ainsi, une importance insuffisante a été accordée à l'avancement de l'exigence de gestion du rendement systémique.
- 426 Peu importe la raison pour laquelle cette situation s'est développée, dans les faits, il n'existe, à l'heure actuelle, aucune mesure de rendement structurée de la capacité visée des FC en matière de santé mentale à l'échelle du système. En raison de l'absence d'une telle mesure, des indicateurs incomplets ont pris une importance considérable, comme il a été expliqué précédemment. Il en va de même pour les éloges et les comparaisons externes. Le récent agrément des Services de santé des FC (dont les soins de santé mentale formaient un volet) en est un exemple. Cet aval d'Agrément Canada, qui constitue certes une importante réalisation pour les FC, vient valider le fait que la capacité médicale des FC dispose de structures et de processus la rendant *apte à fournir* des soins et des traitements efficaces. Or, il ne s'agit pas d'une mesure de l'efficacité passée ou actuelle de la *prestation réelle* de ces soins<sup>136</sup>. Pourtant, les dirigeants des FC ont présenté en grande pompe l'agrément comme une preuve de l'efficacité de la capacité visée des FC en matière de santé mentale.
- 427 De même, les comparaisons positives avec des organisations dont la portée ou la mission est semblable, notamment les alliés militaires du Canada, semblent avoir gonflé le niveau de confiance institutionnelle envers la capacité visée des FC en matière de santé mentale<sup>137</sup>. Encore une fois, même si elles sont positives (il est préférable de faire l'objet d'une comparaison avantageuse), ces comparaisons sont entièrement relatives. L'organisation A peut être jugée nettement meilleure que l'organisation B ou C, mais cette comparaison ne confirme pas que l'organisation A atteint l'efficacité nécessaire pour réaliser sa mission. Pas plus que l'adjectif *amélioré* ou l'adverbe *mieux* ne confirme nécessairement que les efforts sont *suffisants*.

### *Rapport spécial*

## *Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

- 428 Sans mesure de rendement qualitative structurée et exhaustive, il est impossible d'évaluer pleinement l'efficacité de la capacité visée des FC en matière de santé mentale pour ce qui est de la prestation de soins que les membres des FC souffrant du SSPT ou de tout autre TSO ont besoin et auxquels ils ont droit.
- 429 Au cours des dernières années, le leadership stratégique du MDN et des FC a reconnu le besoin urgent d'établir une mesure du rendement systémique<sup>138</sup>. La Direction de la santé mentale a été chargée d'élaborer cette fonction de validation, et elle y travaille activement. Depuis un certain temps, un système de mesure des résultats cliniques est mis à l'essai à la clinique de santé mentale de la BFC Halifax, et son application à l'échelle nationale est évaluée. D'autres outils d'évaluation qualitative sont également pris en considération.
- 430 Certains soutiennent que cette constatation est discutable en raison de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être – Forces canadiennes* de 2012 à venir. Selon cette position, cette référence ultérieure à l'enquête de 2002, laquelle était à l'origine de la capacité visée actuelle des FC en matière de santé mentale, fournira la mesure de rendement nécessaire. Certes, l'enquête de 2012 de Statistique Canada sera essentielle à l'établissement d'une référence à jour en fonction de laquelle l'efficacité de la capacité visée sera mesurée en termes qualitatifs, mais la réalisation tous les dix ans d'une mesure de rendement exhaustive d'un système essentiel ne suffit tout simplement pas. Il est nécessaire qu'une validation structurée plus régulière de la capacité réelle des FC en matière de santé mentale devienne une priorité absolue.

*Rapport spécial*  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

431 **Section 4 : Recommandations**

432 **Besoins impératifs stratégiques pour l'année 2012 et les années suivantes**

433 *« Nous demandons à nos militaires de risquer leur vie, leurs membres ainsi que leur santé mentale pour défendre les intérêts du Canada à l'étranger. Ils peuvent payer un prix très élevé pour ce service rendu. Lorsqu'ils reviennent au pays frappés d'une incapacité, qu'elle soit physique ou psychologique, ils devraient obtenir l'aide dont ils ont besoin et non pas d'autres monuments. » [Traduction]*

– Éditorial publié par un important quotidien canadien,  
le 5 mai 2012

434 En fin de compte, un rapport comme celui-ci ne compte que dans la mesure où les conclusions, les préoccupations et les observations qu'il contient peuvent être converties en conseils ou en directives clairs – l'expression essentielle « *et alors* » dans le langage des soldats.

435 La principale conclusion à tirer du rapport *Ténacité dans l'adversité* est la suivante :

436 *La capacité visée des FC en matière de santé mentale, dont le mandat consiste à fournir aux membres des FC souffrant du SSPT et d'autres TSO les soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit, s'est beaucoup améliorée par rapport à 2002 et à 2008, principalement parce qu'elle est assurée par des fournisseurs de soins passionnés, et pleinement engagés à l'égard de leurs patients et de leur profession. Toutefois, l'exécution de cette fonction au cours de la dernière décennie a été trop pragmatique et tactique, et continue d'ailleurs de l'être, au détriment des membres des FC qui souffrent et de leur famille, de même que de celle des fournisseurs de soins.*

437 L'absence d'une bonne connaissance de la situation, jumelée à l'absence d'une mesure du rendement systémique et structurée, a sans aucun doute entravé la capacité du leadership stratégique des FC de déterminer avec exactitude la portée quantitative des besoins liés aux TSO à mesure qu'ils évoluent au fil du temps (*ampleur*), en fonction de l'efficacité des FC, en termes qualitatifs, en réponse à ces besoins associés aux TSO (*efficacité*).

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

- 438 Par conséquent, la direction et la gestion de la capacité réelle des FC en matière de santé mentale ont été principalement guidées par des recherches non exhaustives, des données partielles ainsi qu'une mesure du rendement isolée. Ces références sont insuffisantes, car les besoins essentiels liés aux TSO sont trop importants pour l'institution, et le niveau d'investissement est trop élevé, pour être mis en œuvre de manière si théorique.
- 439 Le leadership stratégique du MDN et des FC est saisi de cette limite fondamentale, et des mesures sont déjà en place ou seront mises en place en vue de favoriser une exécution plus stratégique de la capacité visée<sup>139</sup>.
- 440 Ces mesures sont peu susceptibles d'avoir un effet décisif, à moins que le dilemme persistant lié à la dotation en personnel qui a contribué, voire qui a alimenté, ce pragmatisme soit bientôt atténué de façon considérable. Les niveaux élevés de demande actuels ne décroîtront pas de façon notable dans un avenir prévisible. Trouver les 70 intervenants en santé mentale et plus qui ont jusqu'à présent manqué à l'organisation nécessitera l'apport d'idées fraîches et de nouveaux paradigmes. Cette situation est inévitable, car dans l'environnement de conflit actuel, le défi que posent les TSO ne peut être relevé sans un nombre suffisant de praticiens professionnels qualifiés et chevronnés.
- 441 Jusqu'à l'embauche de ces intervenants manquants, les professionnels de la santé mentale et le personnel de soutien qui se sont distingués au cours de la dernière décennie continueront à combler l'écart entre *la capacité visée* et *la capacité réelle* et à faire en sorte que les choses aboutissent sur le terrain. Cette réalité favorable doit être perçue par l'institution comme des considérations liées au temps et à l'espace dont elle doit tenir compte dans sa recherche de solutions durables, et non pas comme un état final de fait. Les FC doivent autant aux membres des FC qui souffrent de TSO et à leur famille qu'aux professionnels de la santé mentale et au personnel de soutien qui appuient les militaires dans de telles circonstances éprouvantes.
- 442 La présente analyse reconnaît pleinement que la question des TSO n'est que l'une des contraintes organisationnelles de l'après Afghanistan pour lesquelles les FC doivent gérer les risques pendant cette période de nouvelles restrictions budgétaires. Nul ne prétend que cette question peut être analysée de façon isolée. Néanmoins, les conséquences institutionnelles et opérationnelles inhérentes au défi que posent les TSO sont graves et susceptibles d'avoir une incidence sur plusieurs générations de professionnels au sein des FC.
- 443 Pour aller de l'avant, le Bureau de l'Ombudsman du MDN et des FC recommande ce qui suit :

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

444 **Recommandation n° 1 : Les FC doivent avoir une approche soutenue à l'égard des TSO.**

445 Il est recommandé que les FC maintiennent de façon intensive leur orientation institutionnelle axée sur la prestation de soins de santé ainsi que sur les traitements et le soutien appropriés offerts aux membres des FC souffrant du SSPT et d'autres TSO, et ce, malgré le ralentissement naturel découlant de la fin des opérations en Afghanistan et les nouvelles restrictions budgétaires imposées par le gouvernement fédéral.

446 Comme le défi que posent les TSO demeure à son plus haut niveau d'intensité en raison de sa nature latente et de son effet cumulatif – intensité qui ne risque pas de s'estomper de façon considérable, du moins d'ici le milieu des années 2010 –, le leadership stratégique devrait veiller à ce que l'orientation institutionnelle de la dernière décennie continue d'être appliquée au niveau d'intensité actuel dans un avenir prévisible. Il convient de résister aux contraintes budgétaires et postopérationnelles qui inciteront à prêter une attention moindre aux besoins essentiels liés aux TSO.

447 **Recommandation n° 2 : Recruter des praticiens en santé mentale de manière dynamique et novatrice.**

448 Il est recommandé que les FC élaborent une nouvelle campagne de recrutement visant à accroître le nombre de praticiens en santé mentale au sein du MDN et des FC afin de pallier la pénurie de personnel actuelle qui est à la base de la plupart des lacunes de la capacité visée.

449 Cette initiative devrait être guidée par le leadership stratégique à titre de priorité absolue de l'institution, en mettant l'accent sur la recherche de solutions novatrices et dynamiques, plutôt que sur les approches prévisibles employées à l'heure actuelle. Une nouvelle stratégie de recrutement des Services de santé des FC ciblant les professionnels de la santé mentale ainsi que le personnel de soutien devrait constituer la pièce maîtresse de cet effort. La mise en œuvre de cette campagne de recrutement devrait avoir lieu dans l'année suivant la publication du présent rapport.

450 La protection du ressourcement de l'effectif actuel, composé de 447 praticiens pour l'année financière 2013-2014 et les années subséquentes, est essentielle à la réussite de cet effort.

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

451 **Recommandation n° 3 : Instaurer une mesure du rendement qualitative et systémique.**

452 Il est recommandé que les FC mettent en œuvre, dans les plus brefs délais, une mesure du rendement qualitative et systémique visant à assurer le suivi de l'efficacité du programme sur les TSO en se fondant en grande partie sur les résultats cliniques.

453 Cette validation fonctionnelle systémique permettra d'assurer une supervision stratégique plus rigoureuse ainsi qu'un leadership plus déterminé sur la capacité réelle du système de santé mentale en vue de satisfaire aux besoins impératifs des TSO. Elle devrait être établie et mise en œuvre dans l'année suivant la publication du présent rapport, puis analysée de façon comparative et signalée aux intervenants internes et externes chaque année par la suite.

454 **Recommandation n° 4 : Réévaluer de façon globale la capacité visée des FC en matière de TSO.**

455 Il est recommandé que les FC réévaluent de façon globale la cohérence générale de la capacité réelle de l'institution de relever les défis liés au SSPT et aux TSO.

456 La mise en œuvre des trois recommandations précédemment énoncées est essentielle. L'institution doit continuer de se concentrer sur les TSO au cours de cette période intensive, la pénurie chronique de personnel doit être palliée de manière décisive et la réussite des FC pour ce qui est de relever les défis liés aux TSO doit être mesurée de façon qualitative.

457 Par la suite, le MDN et les FC devront prendre du recul à titre d'institution et réévaluer globalement la cohérence et l'efficacité de leur capacité visée actuelle en matière de santé mentale, plus d'une décennie après sa mise en œuvre initiale.

458 La publication des résultats en 2013, par Statistique Canada, de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être – Forces canadiennes* de 2012 (point de référence systémique pour la fonction des FC en matière de santé mentale) représente l'occasion idéale de procéder à cette réévaluation de l'ensemble du système, occasion que les FC devraient également saisir.

459 **Recommandation n° 5 : Procéder à un examen de la frustration des commandements liée aux TSO.**

460 Il est recommandé que le leadership stratégique des FC examine les tensions évidentes et croissantes entre le commandant et le clinicien, de même qu'entre le commandant et l'administrateur, en ce qui

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

concerne les traitements médicaux et le soutien administratif liés aux TSO.

- 461 Nous avons été informés dans le cadre de cette étude des tensions évidentes et croissantes observées chez une proportion des membres de la chaîne de commandement, en particulier au sein de l'Armée de terre. Les éléments de preuve ont révélé un sentiment de plus en plus persistant chez les commandants de différents échelons (bien que ce sentiment soit principalement observé à l'échelle de l'unité et aux niveaux inférieurs) selon lequel la principale responsabilité du commandement quant à la protection de la sécurité et du bien-être des militaires sous leur commandement, soit le principal engagement du commandant à l'égard de ses subordonnés, est en train de disparaître dans l'application moderne des soins médicaux militaires, surtout en ce qui a trait aux TSO<sup>140</sup>.
- 462 Cette inquiétude est alimentée par la nature secrète du système d'établissement de rapports médicaux actuel. Afin de respecter pleinement les exigences liées à la confidentialité à l'égard des patients, les renseignements relatifs à des problèmes médicaux sont communiqués presque exclusivement par l'intermédiaire des contraintes à l'emploi pour raisons médicales. Comme le nom le laisse entendre, ces documents qui font autorité présentent à la chaîne de commandement du patient les restrictions qu'impose un état de santé du point de vue de l'emploi<sup>141</sup>. Ils ne doivent renfermer que des renseignements superficiels, car elles ne doivent pas dévoiler l'affection en question. Il s'agit souvent de l'étendue de la communication entre le médecin praticien et la chaîne de commandement, à moins que la situation ne s'aggrave, auquel cas le commandant recevra probablement une mise à jour des contraintes à l'emploi pour raisons médicales ou un avis quant à une catégorie médicale temporaire ou permanente.
- 463 Le défi du commandant consiste à diriger des subordonnés malades ou blessés sans détenir de renseignements à propos de leur condition, autres que ceux indiqués dans les contraintes à l'emploi pour raisons médicales. L'absence de contact direct entre le médecin praticien et le commandant, qui devient de plus en plus la norme, fait généralement en sorte qu'il est plus difficile pour ce dernier de comprendre la portée et les répercussions plus vastes de l'état de santé d'un subordonné, ce qui complique l'exercice d'un bon leadership.
- 464 Cette situation s'est aggravée en raison du retrait du médecin militaire de la structure des unités dans le cadre de l'initiative Rx2000. Les commandants d'unité ne reçoivent plus un compte rendu exhaustif sur l'état de santé d'un subordonné provenant d'une source 1) qui est connue et est une personne de confiance à l'échelle de l'unité et 2) qui connaît l'unité et ses membres. Le lien qui unissait un commandant d'unité et ses subordonnés lorsque ceux-ci éprouvaient des problèmes médicaux a été rompu, puis remplacé par des interactions écrites peu explicites de fournisseurs de soins qui connaissent

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

souvent peu de choses à propos des unités qu'ils desservent et du personnel qu'ils traitent, et vice versa.

- 465 Aux yeux d'un grand nombre d'opérateurs ayant été consultés dans le cadre de la préparation du présent rapport, ce changement a obligé les commandants à diriger leurs subordonnés avec une connaissance très limitée de la situation lorsque ceux-ci sont malades ou blessés<sup>142</sup>. Selon l'un des opérateurs, les commandants doivent maintenant « diriger à l'aveuglette ». Il incombe toujours au commandant d'assurer la sécurité et le bien-être du militaire, responsabilité qui lui incombe entièrement selon la majorité des personnes consultées. Cependant, certains pensent qu'il est pertinent de se demander si le commandant moderne détient une connaissance suffisante de la situation pour prendre des décisions justes servant à la fois l'unité et le militaire. Cette situation semble être à l'origine d'une frustration croissante.
- 466 Rien n'indique que ceux qui sont préoccupés par cette situation souhaitent un retour à l'époque d'un médecin militaire intégré à l'unité qui fournissait au commandant de l'unité une divulgation complète des renseignements sur les problèmes de santé des militaires de l'unité. Il a été reconnu à maintes reprises que la confidentialité à l'égard des patients est fonctionnelle et nécessaire sur le plan juridique et que les anciennes règles empêchaient vraisemblablement les militaires d'obtenir une assistance médicale par crainte d'engendrer des répercussions négatives sur leur carrière.
- 467 Il semble plutôt y avoir une attente ou un espoir de la part des opérateurs quant à l'atteinte d'un compromis, soit une application mieux adaptée à la vie militaire du principe de confidentialité entre le fournisseur de soins et son patient, un principe qui protégerait le militaire sans priver le commandant des renseignements dont il a besoin pour diriger ses troupes avec succès.
- 468 Il y a un certain juste milieu dans l'application actuelle des contraintes pour raisons médicales. Dans certains cas, le patient des FC permet au fournisseur de soins de communiquer à la chaîne de commandement certains renseignements sur ses problèmes de santé et les répercussions de ceux-ci. De plus amples renseignements que ceux figurant dans les contraintes à l'emploi pour raisons médicales sont ainsi divulgués, sans pour autant dévoiler le diagnostic.
- 469 En outre, un nombre croissant de praticiens semblent inciter leurs patients à leur donner la permission de divulguer certains renseignements, car ils estiment qu'une interaction plus symbiotique entre le patient, le praticien et le commandant peut mener à de meilleurs résultats en matière de santé<sup>143</sup>. Cependant, un tel encouragement n'est pas nécessaire de la part du fournisseur

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

de soins, d'autant plus que le militaire a tout à fait le droit de refuser cette suggestion de divulgation au moment où elle lui est présentée.

- 470 Il semblerait qu'une forme de divulgation partielle offrirait la possibilité d'une application mieux adaptée aux FC du principe de confidentialité entre le fournisseur de soins et son patient, une application qui fournirait aux commandants une connaissance plus acceptable de la situation, tout en protégeant les droits des patients. Bien sûr, toute application modifiée de ce principe devrait satisfaire aux exigences juridiques applicables ayant trait au consentement du patient.
- 471 Jusqu'à ce que ces tensions croissantes entre les commandants et les cliniciens soient mieux comprises par l'institution, la frustration des membres de la chaîne de commandement, qui découle du fait que les commandants « ont les mains liées » selon plusieurs opérateurs, pourrait continuer de croître<sup>144</sup>.
- 472 Une source de tensions semblable chez les commandements porte sur la politique récente de l'affectation de militaires à l'Unité interarmées de soutien du personnel lorsqu'ils sont inaptes sur le plan médical et qu'ils se voient assigner une catégorie médicale permanente ou temporaire, ce qui les empêche d'accomplir leurs tâches au sein du groupe professionnel auquel ils appartiennent. La majorité des commandants d'unité et de sous-unité participant à la présente analyse sont d'avis que l'environnement le plus positif pour un membre des FC se trouve dans les limites familiaires de l'unité, une notion inculquée aux militaires dans le cadre de l'instruction de base et par la suite. Pourtant, les militaires souffrant de TSO sont régulièrement retirés de cet environnement familial, puis intégrés à une structure qu'ils connaissent peu et qui sait peu de choses à leur sujet.
- 473 Plusieurs considéreraient cette situation comme une solution de gestion à des besoins impératifs du leadership. D'autres ont l'impression qu'il s'agit d'une contradiction à l'égard de la notion de famille sur laquelle la structure de l'unité militaire est fondée<sup>145</sup>. Selon certains, le lien essentiel unissant un commandant à son subordonné, soit l'obligation du premier d'assurer le bien-être du second et de veiller à ce que celui-ci reçoive les soins dont il a besoin, est en train de disparaître en raison des politiques liées au personnel et aux soins médicaux qui ne tiennent pas suffisamment compte des principes fondamentaux du leadership militaire.
- 474 Il est à noter que cette opinion n'était pas partagée à l'unanimité parmi les personnes consultées sur cette question. Un certain nombre de commandants ont indiqué être satisfaits et même soulagés que les militaires aux prises avec des problèmes médicaux, y compris les TSO, soient redirigés vers des environnements permettant d'accorder davantage d'attention à leurs besoins.

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

475 Pourtant, dans l'ensemble, il semble y avoir beaucoup de tensions entre les membres de la chaîne de commandement et les milieux cliniques ainsi que les administrateurs du personnel en ce qui a trait à la gestion des militaires souffrant de TSO et à la prestation des soins à ceux-ci. Dans de nombreux cas, cette frustration s'est exprimée de façon viscérale, par crainte que les principes fondamentaux du leadership militaire soient en train de disparaître. Un certain mérite revient donc au leadership stratégique des FC qui devra prendre en considération cette situation.

476 **Recommandation n° 6 : Envisager une application plus moderne du principe de l'universalité du service.**

477 Il est recommandé que le leadership stratégique des FC examine la viabilité d'une application plus moderne du principe de l'universalité du service.

478 Le principe de l'universalité du service est un principe fondamental nécessaire sur lequel se fondent et se constituent les forces de combat modernes. L'exigence s'appliquant à tous les membres des FC selon laquelle ils doivent accomplir les tâches et les compétences militaires de base, quels que soient leur groupe professionnel, le lieu où ils se trouvent et l'environnement dans lequel ils évoluent, est essentielle à l'efficacité de l'organisation.

479 Comme la plupart des forces militaires professionnelles, les FC maintiennent traditionnellement un lien de confiance sacré avec leurs militaires. En échange d'accepter d'être déployés dans des situations où leur vie est mise en danger, peu importe les circonstances ou les dangers, et de faire tous les sacrifices nécessaires à la réussite d'une mission, l'institution s'engage à prendre soin de ses militaires. Aux yeux de nombreux professionnels et observateurs militaires, c'est ce lien de *confiance sacré* ou ce *contrat social* entre l'institution et les militaires qui inspire cet altruisme, lequel distingue la profession des armes de presque toutes les autres professions<sup>146</sup>.

480 L'application de ce lien de confiance sacré ou de ce contrat social était plus facilement atteignable au cours des périodes précédentes de l'histoire moderne des FC, lorsque les engagements opérationnels étaient moins nombreux et moins intensifs<sup>147</sup>. Le nombre de militaires frappés d'une maladie ou d'une blessure permanente attribuable à leur service opérationnel était habituellement très bas. Par conséquent, des solutions raisonnables étaient généralement trouvées pour la plupart des militaires qui n'étaient plus aptes au combat, sans compromettre l'inviolabilité du principe de l'universalité du service.

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

- 481 Le rythme opérationnel des deux dernières décennies et la hausse fulgurante des taux de pertes qui l'accompagnent, y compris les taux de maladies et de blessures permanentes, ont changé le paysage de façon importante. Une approche plus systémique s'est avérée nécessaire pour gérer le nombre beaucoup plus élevé de militaires qui ne sont plus en mesure de satisfaire aux conditions liées au principe de l'universalité du service. C'est ainsi qu'une structure rigide définissant le plus clairement possible les options limitées disponibles pour les militaires qui ne sont plus jugés aptes au combat a été établie.
- 482 Le résultat net de cette approche est un sentiment observé chez plusieurs personnes consultées dans le cadre du présent rapport selon lequel en créant cette approche systémique, l'obligation morale des FC à l'égard de leurs militaires, obligation qui historiquement unissait les militaires canadiens, est en déclin. Il existe également le sentiment que même si la loyauté et le dévouement à l'égard des officiers supérieurs de l'institution sont toujours requis, et probablement encore plus maintenant, à cette époque où les membres des FC sont déployés plus souvent dans des zones dangereuses, comparativement à plusieurs générations de professionnels, cette loyauté n'est plus réciproque envers les militaires subalternes dans la même mesure qu'auparavant<sup>148</sup>. Certains considèrent cette approche comme une trahison absolue : les militaires sont estimés jusqu'à ce qu'ils tombent malades ou subissent des blessures dans le cadre d'opérations. S'ils ne sont pas remis sur pied, puis aptes de nouveau au combat, on les « remercie et leur montre la porte ».
- 483 La mesure dans laquelle cette perception est répandue au sein des FC ne pouvait être quantifiée dans le cadre de la portée du présent rapport, même si ceux qui ont formulé leurs préoccupations à cet égard sont des membres des FC expérimentés, respectés, décorés, extrêmement crédibles, qui sont actifs ou dont le service au sein des FC est récent. Plusieurs de ces personnes ont caractérisé ce sentiment comme étant profond et croissant, et comme ayant une incidence sur le moral et le maintien en poste du personnel. Comme un militaire l'affirme sans ménagements : « Les soldats commencent à se demander pourquoi diable ils se sont enrôlés<sup>149</sup>. »
- 484 Cela ne suggère pas pour autant que le principe de l'universalité du service n'est pas essentiel. Les FC ne devront jamais devenir une agence de placement. En outre, les répercussions des aspects qui pourraient s'écarter des principes de base liés à l'aptitude au combat doivent non seulement être mesurées comme une fonction des militaires malades et blessés, mais également comme un aspect touchant la santé des membres actifs des FC. Pourtant, il semble qu'il y ait un sentiment de plus en plus persistant chez les

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

militaires qu'une application plus moderne de ce principe clé est possible et requise si les FC comptent maintenir leur obligation morale pour ce qui est de prendre soin de leurs militaires, une application qui tiendrait compte de la réalité du service militaire moderne d'aujourd'hui et de demain sans enlever l'aspect de *combat* dans la notion de force de combat.

485 Le leadership stratégique devrait envisager d'examiner de façon plus approfondie cette question à mesure que les FC vont de l'avant, étant donné que cette approche pourrait se propager à l'échelle institutionnelle.

486

*« Les militaires ne se brisent pas. »*

– Un membre des FC décoré, très respecté et comptant plus de 20 années de service distingué

487 Il est clair que la capacité réelle du MDN et des FC à offrir aux membres des FC souffrant de SSPT et d'autres TSO les soins, le traitement et le soutien dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit s'est améliorée de façon constante au cours de la dernière décennie. La comparaison des résultats du présent rapport à ceux de 2002 et de 2008 démontre cette amélioration sans équivoque.

488 Les FC possèdent actuellement une vaste capacité visée en matière de soins liés aux TSO, qui découle du système « ad hoc » précédent. Les fournisseurs de soins qui assurent cette capacité sont des professionnels passionnés et chevronnés qui font preuve d'un dévouement implacable à l'égard de leurs patients et de leur profession, et ce, dans des circonstances très éprouvantes. Les obstacles qui empêchaient les membres des FC d'accéder aux soins dont ils avaient besoin pour traiter leurs TSO, y compris la stigmatisation, ont diminué considérablement au cours des dernières années. En outre, le soutien aux familles des membres des FC souffrant d'un TSO est devenu une priorité de l'organisation et s'est nettement amélioré au cours des dix dernières années.

489 Cela dit, il reste encore beaucoup à faire. Comme le CEMD l'a exprimé à maintes reprises, la capacité visée des FC en matière de santé mentale relative aux TSO n'est pas parfaite et nécessite une attention continue. La pénurie chronique de personnel constitue le problème le plus important, duquel découle une série d'obstacles. La sous-traitance d'une trop grande part des traitements a une incidence sur la qualité et la continuité des soins offerts. Le leadership stratégique et fonctionnel ne dispose pas d'une connaissance suffisante de la situation quant à la question des TSO. En outre, l'institution

**Rapport spécial**  
***Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit***

n'a aucune idée du degré de réussite de la capacité réelle des FC en matière de santé mentale quant au défi que posent les TSO, en raison de l'absence quasi totale d'une mesure du rendement qualitative et systémique.

- 490 Il est essentiel que l'organisation tire parti du dynamisme institutionnel des dernières années et qu'elle continue à améliorer sa capacité réelle en matière de santé mentale, car les TSO ne sont ni fugaces ni une histoire de caprices. Des preuves de l'existence des TSO remontent aussi loin qu'aux débuts de la profession des armes elle-même. Ils ne sont pas la saveur du jour, ni celle de la décennie, malgré la façon dont on pourrait les percevoir à l'heure actuelle.
- 491 En outre, il est maintenant largement reconnu que le maintien en puissance d'une force de combat moderne, professionnelle et prête à défendre les valeurs et les intérêts vitaux d'une nation dans le contexte de conflit contemporain exige une résilience et une endurance mentales. Les événements récents nous ont démontré que les contraintes liées aux opérations de combat modernes sous leurs diverses formes dérivées sont extrêmes et en pleine croissance. Les TSO sont une composante intrinsèque des opérations militaires modernes, y compris celles que les FC poursuivront vraisemblablement dans un avenir prévisible, à la demande de la nation.

492      **Annexe A : Sommaire du rapport**  
493      **d'étape**

493      **Évaluation des recommandations formulées dans le**  
494      **document intitulé *Un long chemin vers la guérison***

494      **Recommandation n° 1**

495      Qu'un poste à temps plein de Coordonnateur national des traumatismes liés au  
stress opérationnel soit créé. Le titulaire de ce poste relèvera directement du  
Chef d'état-major de la Défense, et il sera chargé de toutes les activités  
relatives aux traumatismes liés au stress opérationnel, y compris la qualité et  
l'uniformité des soins, des diagnostics et des traitements ainsi que les  
programmes de formation et d'éducation dans l'ensemble des Forces  
canadiennes.

496      **État :** Recommandation MISE EN ŒUVRE

497      **Préoccupation :**

- 498      • La décision de ne pas renouveler le mandat du conseiller spécial sur les  
TSO pourrait limiter l'étendue des conseils non cliniques que reçoit le  
Chef du personnel militaire.

499      **Recommandation n° 2**

500      Que les Forces canadiennes développent une base de données qui reflète  
exactement le nombre de membres des FC, de la Force régulière comme de la  
Force de réserve, qui souffrent de maux causés par le stress.

501      **État :** Recommandation NON MISE EN ŒUVRE

502      **Recommandation n° 3**

503      Que les Forces canadiennes mènent une enquête indépendante et  
confidentielle sur la santé mentale qui couvrira à la fois les membres actifs et  
les anciens membres de la Force régulière et de la Force de réserve.

504      **État :** Recommandation EN VOIE D'ÊTRE MISE EN ŒUVRE

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

505 **Préoccupation :**

- 506
- L'intervalle de 10 ans écoulé entre les séries d'entrevues menées dans le cadre de l'importante enquête nationale indépendante sur la santé mentale de Statistique Canada est une source de préoccupations, particulièrement en période de grande pression organisationnelle marquée par des opérations soutenues en Afghanistan. Les projets de recherche menés par les FC entre-temps n'étaient pas indépendants et n'évaluaient pas systématiquement la capacité visée d'ensemble des FC en matière de soins en santé mentale.

507 **Recommandation n° 4**

508 Que toute modification, officielle ou non officielle, de la politique d'accommodement ou de l'approche des Forces canadiennes à l'égard des militaires blessés qui veulent poursuivre leur carrière militaire soit appliquée équitablement à tous les militaires en difficulté, qu'ils souffrent de troubles mentaux ou de blessures physiques.

509 **État :** Recommandation MISE EN ŒUVRE DANS LA MESURE DU POSSIBLE

510 **Préoccupation :**

- 511
- Il existe une tension institutionnelle fondamentale et croissante entre l'obligation de respecter le principe de l'universalité du service et l'obligation morale de longue date des FC de prendre soin des personnes qu'elles envoient dans des zones dangereuses.

512 **Observations :**

- 513
- La divergence des points de vue concernant le concept de l'Unité interarmées de soutien du personnel n'est guère surprenante étant donné qu'il s'agit d'une structure nouvelle et novatrice.
- 514
- La perception dominante selon laquelle les membres qui souffrent de problèmes de santé mentale sont libérés par les FC plus rapidement que ceux qui souffrent de blessures physiques est jugée inexacte. En fait, il semble que ce soit plutôt le contraire.
- 515
- L'engagement verbal pris par un ancien Chef d'état-major de la Défense visant à maintenir en poste les militaires malades ou blessés dont les problèmes sont attribuables à des opérations de déploiement a causé une frustration palpable.

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

- 516
- De nombreux membres des FC se sont engagés dans l'armée au début de l'âge adulte, et leurs fonctions en tant que marin, soldat ou aviateur sont tout ce qu'ils connaissent. La notion de « retour à la vie civile » est immanquablement plus complexe que l'expression le laisse entendre. Souvent, la libération des FC a pour effet de priver un militaire d'une partie importante de son identité.

517 **Recommandation n° 5**

518 Que les règles concernant le reclassement soient modifiées pour accommoder, de façon efficace, les militaires diagnostiqués comme souffrant du syndrome de stress post-traumatique ou d'autres traumatismes liés au stress opérationnel qui pourraient poursuivre leur carrière s'ils étaient transférés dans un autre groupe professionnel militaire.

519 **État :** Recommandation MISE EN ŒUVRE DANS LA MESURE DU POSSIBLE

520 **Préoccupations :**

- 521
- Certains estiment que l'affectation à l'Unité interarmées de soutien du personnel représente le début de la fin pour ce qui est de la carrière. Tant qu'elle persistera, cette perception restera un obstacle aux soins.
- 522
- Nous avons constaté une réticence de certains membres de la chaîne de commandement qui s'opposent au recours à l'Unité interarmées de soutien du personnel pour ce qui est de la gestion des militaires gravement malades ou blessés.

523 **Recommandation n° 6**

524 Que les Forces canadiennes établissent et fournissent les ressources nécessaires à une organisation nationale qui sera chargée de travailler avec les organismes externes et avec tous les niveaux de gouvernement, au besoin, pour faire en sorte que les familles des militaires et chacun de leurs membres aient accès à toute la gamme des soins et des services dont ils ont besoin.

525 **État :** Recommandation PARTIELLEMENT MISE EN ŒUVRE

526 **Préoccupations :**

- 527
- La Direction – Qualité de vie ne compte que 10 employés pour accomplir sa mission, et seuls 4 d'entre eux sont couverts par le financement de base.

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

Les effectifs de la Direction sont clairement insuffisants pour permettre d'accomplir cette mission de façon efficace.

- 528
- Le démantèlement et la remise sur pied de la Direction – Qualité de vie dotée d'un nouveau mandat ainsi que l'apparente structure de la configuration de la Direction – Qualité de vie et de la Direction du soutien aux familles des militaires ont créé de l'incertitude à une époque où leurs rôles sont essentiels et requièrent de la stabilité et de la cohérence.
- 529
- Bien que l'éventail d'initiatives axées sur la famille mises en œuvre depuis 2008 soit considérable, il y a une préoccupation à l'égard de leur compatibilité et complémentarité.
- 530
- De nombreux militaires et leur conjoint, en particulier ceux qui habitent à l'extérieur de la base, ne connaissent pas les divers programmes et services qui s'offrent à eux, ce qui limite la valeur des services offerts. Très souvent, ce sont les militaires eux-mêmes qui ne transmettent pas les renseignements clés.

531 **Observation :**

- 532
- Le Secrétariat des familles, qui avait été qualifié d'essentiel au soutien apporté aux familles de militaires par le ministre de la Défense nationale dans sa réponse, en février 2009, au document *Un long chemin vers la guérison*, n'a connu qu'une très brève existence.

533 **Recommandation n° 7**

534 Que les Forces canadiennes affectent suffisamment d'argent, d'un bout à l'autre du pays, au dépistage, à la prévention et au traitement du syndrome de stress post-traumatique et des autres traumatismes liés au stress opérationnel.

535 **État : NON CONCLUANTE**

536 **Préoccupations :**

- 537
- Plusieurs facteurs indiquent des difficultés de financement, notamment les effectifs de la Direction de la santé mentale, au sein de laquelle 11 des 27 postes ne sont pas pourvus en raison d'un financement insuffisant. En outre, le Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes, le programme de télémédecine et le programme d'éducation sur la santé mentale ne sont pas entièrement financés. Les budgets alloués pour l'élaboration du système de mesure des résultats cliniques ainsi que pour

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

les modifications importantes à apporter au programme de traitement des dépendances sont jugés insuffisants.

- 538
- Les budgets de nombreux centres de ressources pour les familles des militaires n'ont pas été ou non été que peu augmentés au cours des cinq dernières années malgré l'augmentation importante de la demande. Seuls 4 des 10 postes au sein de la Direction – Qualité de vie sont couverts par le financement de base. De plus, au cours des dernières années financières, la Direction du soutien aux familles des militaires a dû mettre sur pied une programmation sans frais ou peu coûteuse en raison des contraintes financières.
- 539
- La capacité d'évaluer si les ressources affectées aux efforts en matière de santé mentale sont suffisantes est directement liée à la capacité des FC d'évaluer leur rendement, laquelle est très limitée.

540 **Observations :**

- 541
- Étant donné l'impossibilité d'établir un effectif plus complet de la capacité visée en santé mentale des FC *et* d'évaluer qualitativement son efficacité en matière de prestation de soins, le leadership stratégique du MDN et des FC ne peut pas savoir avec certitude si le niveau de financement actuel prévu pour les soins de santé mentale est suffisant.
- 542
- Un message qui est régulièrement communiqué quant à la capacité visée des FC en matière de santé mentale est que *les membres des FC peuvent avoir accès à des soins de santé mentale plus facilement que la population civile*. Les comparaisons avec l'accès au système public de soins de santé du Canada sont inappropriées et elles ne permettent, en aucune façon, de mesurer l'efficacité de la capacité réelle des FC en matière de santé mentale.
- 543
- La nature latente des TSO durant la période qui suit des opérations majeures et la probabilité historique que la prochaine opération des FC d'importance ait lieu dans un avenir rapproché et qu'elle soit susceptible de nécessiter une capacité réelle en santé mentale solide ne devraient pas être perdues de vue au moment de réagir aux pressions visant à réduire l'intensité de l'intervention des FC quant à l'exigence liée aux TSO.

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

544 **Recommandation n° 8**

545 Que les Forces canadiennes suivent la situation et évaluent le besoin d'embaucher d'autres professionnels de la santé mentale si la demande de services dans ce domaine continue d'augmenter.

546 **État : NON CONCLUANTE**

547 **Préoccupations :**

- 548 • La pénurie chronique de personnel en santé mentale persiste depuis plus de 5 ans et il est difficile de prévoir combien de temps il faudra encore pour doter les 60 à 90 postes qui demeurent vacants.
- 549 • Les cliniques de santé mentale ne manquaient pas seulement de professionnels de soins et de gestionnaires, mais également de personnel de bureau. Il est difficile de comprendre pourquoi les pénuries de commis et de réceptionnistes, lesquels sont plus facilement accessibles au sein de la main-d'œuvre, ne peuvent être réglées de manière satisfaisante.

550 **Observation :**

- 551 • Malgré la pénurie chronique de personnel de l'ordre de 15 à 22 p. 100 à laquelle se heurtent la plupart des cliniques de santé mentale et des centres de soutien pour trauma et stress opérationnels, la capacité visée en matière de santé mentale s'est maintenue grâce au dévouement et à l'engagement indéfectibles des fournisseurs de soins en santé mentale et du personnel de soutien.

552 **Recommandation n° 9**

553 Que les Forces canadiennes développent et mettent en œuvre une initiative ou un programme national visant spécifiquement à offrir de l'aide et à prévenir le stress et l'épuisement professionnel chez les professionnels de la santé mentale.

554 **État : Recommandation PARTIELLEMENT MISE EN ŒUVRE**

555 **Préoccupations :**

- 556 • Tant et aussi longtemps que persistera la pénurie chronique de personnel en santé mentale, même les cadres de travail les plus inventifs et vigoureux en ce qui concerne les fournisseurs de soins n'arriveront pas à atténuer la principale cause d'épuisement professionnel, soit une charge de travail continuellement excessive.

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

- 557
- Les fournisseurs de soins semblent grandement réticents à se déclarer eux-mêmes en difficulté et à obtenir des conseils ou des soins. La stigmatisation parmi les fournisseurs de soins comprend les éléments suivants : ils ne veulent pas contribuer à la pénurie de personnel, ils ne veulent pas laisser tomber leurs patients ou ils ne veulent pas paraître incompetents.
- 558
- Bien que l'approche visant à remettre le bien-être des fournisseurs de soins entre les mains de la chaîne de commandement soit à la fois raisonnable et conforme aux pratiques militaires acceptées, il convient de se demander si les intervenants en santé mentale qui exercent des fonctions de superviseur ou de dirigeant sont convenablement équipés pour assumer leurs responsabilités de manière efficace.
- 559
- Bien que l'accent soit mis, à juste titre, sur les intervenants en soins de santé mentale, les superviseurs et les dirigeants, le personnel de bureau n'est pas à l'abri de l'épuisement professionnel et il ne doit pas être négligé.

560

**Évaluation des recommandations formulées dans l'Évaluation de l'état des services de santé mentale de la BFC Petawawa**

561

**Recommandation n° 1**

562

Que les Forces canadiennes prennent des mesures immédiates pour adapter le nombre de postes de fournisseurs de soins aux besoins de la Base des Forces canadiennes Petawawa en tenant compte de sa taille, de ses activités opérationnelles et de sa situation géographique.

563

**État :** Recommandation PARTIELLEMENT MISE EN ŒUVRE

564

**Observations :**

- 565
- Les services spécialisés en santé mentale les plus difficiles à assurer à Petawawa, de même que dans plusieurs autres emplacements géographiquement isolés, sont les soins psychologiques, et ce, principalement en raison de l'absence de psychologues au sein du personnel militaire. Le fait d'intégrer des psychologues au personnel militaire permettrait d'augmenter le nombre de ces spécialistes aptes et disposés à servir les FC dans des endroits isolés comme Petawawa.

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

- 566
- Plus cette pénurie chronique de personnel dure longtemps sans qu'on arrive à trouver des solutions efficaces, moins l'effectif autorisé semble pertinent.

567 **Recommandation n° 2**

568 Que les Forces canadiennes établissent une organisation nationale qui sera chargée de travailler avec les organismes externes et avec tous les niveaux de gouvernement, au besoin, et qu'elles lui fournissent les ressources nécessaires à cette fin, pour faire en sorte que les familles des militaires et chacun de leurs membres aient accès à toute la gamme des soins et des services dont ils ont besoin.

569 **État :** Recommandation PARTIELLEMENT MISE EN ŒUVRE

570 **Remarque :** Cette recommandation est identique à la recommandation n° 6 du rapport *Un long chemin vers la guérison*.

571 **Recommandation n° 3**

572 Que les Forces canadiennes fournissent les ressources permanentes qui permettraient à la Base des Forces canadiennes Petawawa de communiquer avec les organismes locaux et les administrations municipales pour déterminer et coordonner les soins offerts aux familles des militaires et à chacun de leurs membres, selon leurs besoins.

573 **État :** Recommandation MISE EN ŒUVRE

574 **Préoccupations :**

- 575
- La disponibilité du soutien et des soins externes dans des emplacements plus petits et isolés, comme Petawawa, demeurera une contrainte importante.
- 576
- Certains services externes ne sont pas couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux ou le régime de soins de santé de la fonction publique, et les services qui sont couverts en partie ou en entier nécessitent souvent un paiement initial, les rendant ainsi inaccessibles à certaines familles.
- 577
- L'un des obstacles les plus importants à la prestation de soins et de soutien aux familles est le conjoint militaire, duquel dépendent en majeure partie les renseignements et la connaissance des programmes et services disponibles.

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

578 • Le transfert de la stigmatisation – c'est-à-dire la perception, parmi les militaires actifs ou leur famille, selon laquelle le fait de demander des soins aura une incidence négative sur la carrière du conjoint militaire – demeure un obstacle aux soins.

579 • Malgré l'engagement cumulatif des dirigeants locaux (commandement et personnel médical) visant à faciliter, à l'aide de la sensibilisation, l'accès à des soins externes par les familles des militaires, la charge de travail excessive représente régulièrement un obstacle.

580 **Recommandation n° 4**

581 Que les Forces canadiennes trouvent des solutions temporaires pour dispenser un niveau adéquat de soins de santé à l'échelle locale en attendant la mise en place de solutions à long terme.

582 **État : Recommandation MISE EN ŒUVRE**

583 **Préoccupations :**

584 • Le renforcement ponctuel de la capacité visée en matière de santé mentale par le recours au soutien à court terme de praticiens provenant d'autres bases a compliqué la cohésion fonctionnelle de la clinique et a créé certaines difficultés quant à la qualité et la continuité des soins.

585 • La clinique satellite d'Ottawa a permis d'accroître la capacité réelle en matière de soins psychologiques à Petawawa; cependant, les déplacements à destination et en provenance d'Ottawa représentaient un problème pour plusieurs patients parce qu'ils nécessitaient beaucoup de temps et, dans certains cas, pouvaient s'avérer physiquement dangereux pour les patients troublés.

586 • Un manque de compréhension culturelle entre les fournisseurs de soins civils externes et les patients militaires constituait un obstacle considérable, tout comme l'assurance de la continuité et de la pertinence des traitements externes.

587 • Le programme de télémédecine a atténué les problèmes liés au temps et à l'espace, bien que certains patients aient moins apprécié le cadre impersonnel.

588 **Observation :**

589 • De récents événements liés au transfert annoncé de la clinique satellite d'Ottawa ont suscité des préoccupations dans la région de Petawawa. Comme la mise en œuvre de cette décision était toujours en cours au

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

moment de la rédaction du présent rapport, les répercussions ou l'efficacité de ce transfert ne peuvent être évaluées.

590 **Recommandation n° 5**

591 Que les Forces canadiennes fournissent des ressources pour obtenir de l'aide rémunérée additionnelle pour les tâches administratives et les programmes afin de permettre aux aumôniers de pourvoir de façon plus efficace aux besoins de soutien spirituel des militaires et de leur famille.

592 **État :** La recommandation N'EST PLUS VALIDE

593 **Observation :**

- 594
- Si le rythme opérationnel de la BFC Petawawa redevient exceptionnellement élevé durant une période prolongée, comme il l'a été pendant la majeure partie de la dernière décennie, il faudra alors envisager d'obtenir un financement supplémentaire pour compenser les pénuries de bénévoles de manière à soutenir les programmes d'aumônerie.

595 **Recommandation n° 6**

596 Que les Forces canadiennes mettent en place une structure de gouvernance claire, dotée de responsabilités et de mesures de reddition de comptes clairement établies, en ce qui concerne l'efficience et l'efficacité de la prestation de soins multidisciplinaires aux militaires et aux familles de la BFC Petawawa.

597 **État :** Recommandation PARTIELLEMENT MISE EN ŒUVRE

598 **Préoccupations :**

- 599
- Tant que l'équipe de soins en santé mentale de Petawawa sera en pénurie de personnel dans une proportion de plus de 25 % sous le niveau de dotation autorisé, la gouvernance risque d'être problématique.
- 600
- Le lancement du Centre de soutien pour trauma et stress opérationnels était compliqué, car la communication concernant son ouverture, en juin 2011, était décousue. Certains praticiens croyaient que la mise sur pied du Centre n'était ni plus ni moins qu'un changement de nom pour *montrer* une progression plutôt que pour *réaliser* des progrès.
- 601
- L'importance du médecin-chef de la base ou de l'escadre à titre de conseiller principal dans l'ensemble des bases et des escadres des FC a diminué au cours des dernières années. En général, ils sont beaucoup

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

moins expérimentés et souvent beaucoup plus jeunes que leurs prédécesseurs des années antérieures au projet Rx2000, de sorte qu'il est difficile pour eux d'accomplir efficacement leur rôle de conseiller. De plus, le taux de roulement des médecins-chefs des bases ou des escadres est très élevé depuis 2002, ce qui nuit à leur capacité à s'investir dans leurs rôles et leurs responsabilités.

602 **Observations :**

- 603 • Les difficultés liées à la gouvernance des soins interdisciplinaires auxquelles continue de se buter la BFC Petawawa ne sont pas propres à Petawawa, mais elles ne sont pas entièrement inexplicables. En effet, la croissance rapide de toute capacité visée engendre des problèmes de direction et de gestion, surtout dans un service aussi complexe que celui des soins en santé mentale.
- 604 • Comme il a été mentionné dans les rapports précédents, il y a eu certaines difficultés par rapport aux approches et aux personnalités de chacun, ce qui a nui à la gouvernance des soins en santé mentale à Petawawa. Le climat professionnel s'est considérablement amélioré lorsque ces problèmes de personnel ont été pris en charge. Toutefois, le problème de gouvernance touchant les soins en santé mentale à Petawawa allait au-delà d'un simple désaccord entre quelques fournisseurs de soins.

605 **Recommandation n° 7**

606 Que les Forces canadiennes prennent des mesures positives pour aider les membres des collectivités de fournisseurs de soins de la Base de Petawawa à rebâtir les relations interpersonnelles et entre les diverses spécialités, afin qu'elles soient empreintes de courtoisie, de respect, de confiance et d'un esprit de collaboration et d'entraide.

607 **État : Recommandation MISE EN ŒUVRE**

608 **Préoccupations :**

- 609 • La pénurie chronique de personnel et la forte demande constante de soins constituent un mélange malsain qui engendre de la fatigue, de la frustration et du stress et qui mine les relations professionnelles.
- 610 • La pénurie chronique de personnel limite la capacité des fournisseurs d'investir dans les activités de rayonnement auprès de la communauté de pratique, lesquelles sont jugées essentielles à la cohésion des relations.

*Rapport spécial*  
*Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

- 611      • Le taux de roulement élevé, problème chronique de la capacité visée en santé mentale de la BFC Petawawa pour la majeure partie de la dernière décennie, est tout aussi nuisible aux relations professionnelles positives.
- 612      **Observations :**
- 613      • Il y aura toujours des frictions professionnelles entre les fournisseurs de soins primaires et les intervenants en santé mentale en raison du volet « santé au travail » des soins de santé au sein des FC.
- 614      • Les tensions entre les fournisseurs de soins primaires et de santé mentale ne sont pas propres à la BFC Petawawa ou aux FC; le problème semble présent partout dans les soins de santé en Amérique du Nord.

*Rapport spécial*  
*Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux*  
*membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress*  
*opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

615      **Annexe B : Sommaire des constatations**

- 616            • Vaste capacité visée en matière de prestation des soins pour les  
traumatismes liés au stress opérationnel
- 617            • Engagement du leadership stratégique
- 618            • Professionnalisme, passion et dévouement des fournisseurs de soins
- 619            • Réduction des obstacles à la prestation de soins
- 620            • Amélioration du soutien aux familles
- 621            • Pénurie chronique de personnel
- 622            • Sous-traitance considérable des traitements
- 623            • Mauvaise connaissance de la situation
- 624            • Mesure de rendement ad hoc

*Rapport spécial*  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

625 **Annexe C : Sommaire des recommandations**

626 **Recommandation n° 1 :** Les FC doivent avoir une approche soutenue à l'égard des TSO.

*Il est recommandé que les FC maintiennent de façon intensive leur orientation institutionnelle axée sur la prestation de soins de santé ainsi que sur les traitements et le soutien appropriés offerts aux membres des FC souffrant du SSPT et d'autres TSO, et ce, malgré le ralentissement naturel découlant de la fin des opérations en Afghanistan et les nouvelles restrictions budgétaires imposées par le gouvernement fédéral.*

627 **Recommandation n° 2 :** Recruter des praticiens en santé mentale de manière dynamique et novatrice.

*Il est recommandé que les FC élaborent une nouvelle campagne de recrutement visant à accroître le nombre de praticiens en santé mentale au sein du MDN et des FC afin de pallier la pénurie de personnel actuelle qui est à la base de la plupart des lacunes de la capacité visée.*

628 **Recommandation n° 3 :** Instaurer une mesure du rendement qualitative et systémique.

*Il est recommandé que les FC mettent en œuvre, dans les plus brefs délais, une mesure du rendement qualitative et systémique visant à assurer le suivi de l'efficacité du programme sur les TSO en se fondant en grande partie sur les résultats cliniques.*

629 **Recommandation n° 4 :** Réévaluer de façon globale la capacité visée des FC en matière de TSO.

*Il est recommandé que les FC réévaluent de façon globale la cohérence générale de la capacité réelle de l'institution de relever les défis liés au SSPT et aux TSO.*

630 **Recommandation n° 5 :** Procéder à un examen de la frustration des commandements liée aux TSO.

*Il est recommandé que le leadership stratégique des FC examine les tensions évidentes et croissantes entre le commandant et le clinicien, de même qu'entre le commandant et l'administrateur, en ce qui concerne les traitements médicaux et le soutien administratif liés aux TSO.*

*Rapport spécial*  
*Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit*

631      **Recommandation n° 6** : Envisager une application plus moderne du principe de l'universalité du service.

*Il est recommandé que le leadership stratégique des FC examine la viabilité d'une application plus moderne du principe de l'universalité du service.*

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

## Notes de fin de document

---

<sup>1</sup> L'expression *Ténacité dans l'adversité* est une adaptation de la citation de Napoléon Bonaparte, « *La première qualité du soldat est la constance à supporter la fatigue, la valeur n'est que la seconde.* » À bien des égards, ce titre décrit les membres des Forces canadiennes dans la période qui suit immédiatement la mission en Afghanistan, y compris ceux qui souffrent de traumatismes liés au stress opérationnel. Des parallèles peuvent également être établis avec l'état actuel du système de soins en santé mentale des Forces canadiennes, particulièrement en raison de sa pénurie chronique de personnel.

<sup>2</sup> Général Walter Natynczyk, Chef d'état-major de la Défense, au cours d'une rencontre avec les médias à propos du soutien offert par les Forces canadiennes aux militaires malades ou blessés, le 4 mai 2012.

<sup>3</sup> André Marin, *Traitement systémique des membres des FC atteints du SSPT*; rapport systémique de l'Ombudsman du ministère de la Défense nationale et des FC, Ombudsman (février 2002).

<sup>4</sup> André Marin, *Rapport de suivi : Examen des mesures du MDN et des FC relatives aux traumatismes liés au stress opérationnel*; rapport de suivi de l'Ombudsman du ministère de la Défense nationale et des Forces canadiennes (décembre 2002).

<sup>5</sup> Mary McFadyen, *Un long chemin vers la guérison : Le combat contre les traumatismes liés au stress opérationnel*; rapport de suivi de l'Ombudsman du ministère de la Défense nationale et des Forces canadiennes (décembre 2008).

<sup>6</sup> Mary McFadyen, *Évaluation de l'état des services de santé mentale de la BFC Petawawa*; rapport de l'étude de cas menée par l'Ombudsman du ministère de la Défense nationale et des Forces canadiennes (décembre 2008).

<sup>7</sup> Chambre des communes, Comité permanent de la défense nationale, *Pour de meilleurs soins : Services de santé offerts au personnel des Forces canadiennes, en particulier dans le cas des troubles de stress post-traumatique* (Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, juin 2009).

<sup>8</sup> Bureau de l'Ombudsman du MDN et des FC, document Word : saisie des données (le 18 mai 2012).

<sup>9</sup> Bureau de l'Ombudsman du MDN et des FC, document Word : Registre v2 (le 5 avril 2012).

<sup>10</sup> Ces définitions sont une adaptation des définitions que l'on trouve dans le *Manuel de planification fondée sur les capacités* du Chef – Développement des Forces.

<sup>11</sup> McFadyen, *Un long chemin vers la guérison*, p. 5.

<sup>12</sup> Peter McKay, ministre de la Défense nationale, lettre à l'Ombudsman intérimaire (le 27 février 2009).

<sup>13</sup> Général Walter Natynczyk, Chef d'état-major de la Défense, lettre du CEMD à la Directrice générale – Opérations de l'Ombudsman du MDN et des FC (le 27 octobre 2008).

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

---

<sup>14</sup> CANFORGEN 093/08 CDS /11/08 121629Z MAI 2008 NOUVELLES INITIATIVES CONCERNANT LA SANTE MENTALE DES MEMBRES DES FORCES CANADIENNES.

<sup>15</sup> CANFORGEN 007/09 CMP 005/09 161357Z JAN RR ETABLISSEMENT DU POSTE DE DIRECTEUR – SANTE MENTALE.

<sup>16</sup> Contre-amiral Andrew Smith, Chef du personnel militaire, entrevue (le 8 juillet 2011).

<sup>17</sup> Général Walter Natynczyk, Chef d'état-major de la Défense, parle de « Soyez la différence » (le 25 juin 2009).

<sup>18</sup> Cam Smith, entrevue (le 8 juillet 2011).

<sup>19</sup> *Opérateur* est un terme couramment employé au sein de la communauté des FC. Il sert généralement à désigner les membres de l'Armée de terre, de la Marine et de la Force aérienne qui assument un rôle fonctionnel de base, par opposition aux spécialistes, au personnel de soutien ou au personnel auxiliaire.

<sup>20</sup> Colonel Darch (Directeur – Santé mentale) et Colonel Jetly (conseiller en santé mentale et psychiatrie), entrevue (les 8 et 9 mai 2012). Le fait que le Directeur – Santé mentale a récemment demandé à assumer les responsabilités du Bureau conjoint des conférenciers, actuellement dirigé par le Directeur – Gestion du soutien aux blessés, illustre l'importance croissante du cadre clinique dans la direction et la gestion, à l'échelle nationale, des besoins impératifs liés aux TSO. Au moment de rédiger le présent rapport, aucune décision définitive n'avait été prise à cet égard.

<sup>21</sup> Renseignements obtenus dans le cadre d'entrevues avec un épidémiologiste principal (le 23 août 2011) ainsi qu'avec certains membres de l'équipe de projet du Système d'information sur la santé des Forces canadiennes (le 30 avril 2012).

<sup>22</sup> Ibid.

<sup>23</sup> David Boulos, épidémiologiste, et D<sup>r</sup> Mark Zamorski, chef de section de la santé des militaires déployés, *Incidence cumulative du trouble de stress post-traumatique et d'autres troubles mentaux chez le personnel militaire déployé à l'appui de la mission en Afghanistan de 2001 à 2008* (novembre 2011).

<sup>24</sup> D<sup>r</sup> Mark Zamorski, Rapport sur les résultats du processus amélioré de dépistage postdéploiement pour les militaires qui ont participé à l'Opération ARCHER / Force opérationnelle en Afghanistan / OP Athena datant du 11 février 2011 (mars 2011).

<sup>25</sup> D<sup>r</sup> Mark Zamorski, chef de section de la santé des militaires déployés, entrevue (le 20 juin 2011).

<sup>26</sup> Cette allégation a été soulevée par plusieurs membres des FC déployés en Afghanistan au cours de la période 2008-2010 et confirmée par plusieurs professionnels de la santé de niveau supérieur, notamment le commodore Hans Jung, Médecin-chef.

<sup>27</sup> Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, les résultats du Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces canadiennes 2008-2009, version de la Force régulière (janvier 2011).

<sup>28</sup> Col Darch et Col Jetly, entrevues (le 3 août 2011, le 17 janvier 2012).

<sup>29</sup> Ibid. (les 8 et 9 mai 2012).

<sup>30</sup> Col Darch et Col Jetly, entrevue (le 17 janvier 2012).

**Rapport spécial**  
***Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit***

---

<sup>31</sup> Capitaine Christiane Girard, Officier d'état-major – Direction de la santé mentale, *Rapport mensuel sur la santé mentale*, Exposé présenté à la Direction de la santé mentale lors de l'atelier 2012 sur la santé mentale (mai 2012).

<sup>32</sup> Commentaires recueillis dans diverses bases auprès de nombreux praticiens de première ligne en santé mentale.

<sup>33</sup> Commentaires recueillis auprès des gestionnaires et chefs d'équipe de deux cliniques de santé mentale.

<sup>34</sup> Direction de la santé mentale, document en format Excel : feuille de suivi des temps d'attente (le 24 février 2012).

<sup>35</sup> Étant donné que les membres des FC à temps plein ne font pas partie du public cible des Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) réalisées par Statistique Canada, le MDN s'est associé à Statistique Canada en 2002 afin de réaliser un supplément spécial sur la santé mentale à l'aide d'un échantillonnage représentatif de membres des FC, constitué de membres de la Force régulière et de la Force de réserve. Les objectifs et le contenu de ce sondage, connu sous le nom d'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être – Forces canadiennes* de 2002, étaient en grande partie semblables à ceux des ESCC, mais avaient été adaptés de façon à tenir compte des particularités propres aux FC et à la vie militaire.

<sup>36</sup> Ministère de la Défense nationale, *Prendre soin des nôtres : une démarche globale pour les soins du personnel malade et blessé des FC et leurs familles* (mars 2012).

<sup>37</sup> CANFORGEN 183/11 CMP 089/11 111502Z OCT 11 POLITIQUE SUR LE SOUTIEN A LA TRANSITION DE CARRIERE DES MILITAIRES DES FC GRIEVEMENT BLESSES OU MALADES.

<sup>38</sup> Ibid.

<sup>39</sup> Renseignements recueillis dans le cadre d'entrevues menées auprès d'un échantillon représentatif de membres des FC de divers grades, occupant ou ayant récemment occupé (entre 2008 et 2012) des postes de commandement, comme officiers subalternes ou officiers supérieurs.

<sup>40</sup> Renseignements recueillis dans le cadre d'entrevues menées auprès d'un échantillon représentatif de membres des FC de grades, de fonctions et d'antécédents divers et qui assument différentes fonctions.

<sup>41</sup> Le principe de l'universalité du service sous-entend que les militaires doivent exécuter les tâches militaires d'ordre général ainsi que les tâches communes liées à la défense et à la sécurité en plus des tâches de leur groupe professionnel militaire ou de leur description de groupe professionnel militaire. Entre autres, les militaires doivent être en bonne condition physique, aptes au travail et déployables pour aller effectuer des tâches opérationnelles générales (Directive et ordonnance administrative de la Défense 5023-0, Universalité du service).

<sup>42</sup> Renseignements recueillis auprès d'un échantillon représentatif de membres des FC.

<sup>43</sup> Ibid.

<sup>44</sup> Commodore Hans Jung, entrevue (le 29 juin 2011).

<sup>45</sup> Renseignements recueillis auprès d'un échantillon représentatif de membres des FC.

**Rapport spécial**  
***Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit***

---

- <sup>46</sup> Renseignements recueillis auprès d'un échantillon de nouveaux retraités des FC.
- <sup>47</sup> Commodore Jung, médecin-chef, diapositive n° 11 de la « Présentation des Services de santé des Forces canadiennes au Comité consultatif de l'Ombudsman » (octobre 2010) et commentaires de praticiens la santé mentale des FC de première ligne.
- <sup>48</sup> Renseignements recueillis auprès d'un échantillon représentatif de membres des FC.
- <sup>49</sup> Renseignements recueillis auprès d'un échantillon représentatif de membres des FC.
- <sup>50</sup> Colonel Russell Mann, Directeur – Qualité de vie, entrevue (le 26 juillet 2011).
- <sup>51</sup> Ibid.
- <sup>52</sup> Ibid.
- <sup>53</sup> Major M.T. Kaduck, Directeur adjoint, Direction de la Qualité de vie, « Objet : Demande d'information du Bureau de l'Ombudsman, enquête sur la santé mentale ». Courriel adressé à Mary Kirby (le 23 mai 2012).
- <sup>54</sup> Renseignements obtenus à partir d'un échantillon représentatif de membres des FC, corroborés par des témoignages de familles de militaires recueillis lors de diverses séances de sensibilisation du Bureau de l'Ombudsman.
- <sup>55</sup> Ibid.
- <sup>56</sup> Entretien téléphonique entre le lieutenant-colonel Cheryl Baldwin, Directrice adjointe de la Direction du Soutien aux familles des militaires et Christine Desjardins (le 24 mai 2012).
- <sup>57</sup> Col Darch, « Objet : Demande d'information au sujet de l'enquête du Bureau de l'Ombudsman ». Courriel adressé à Christine Desjardins (le 31 mai 2012).
- <sup>58</sup> Ibid., corroboré par le Rapport sur les plans et les priorités de 2012-2013 : ministère de la Défense nationale (mai 2012), p. 15.
- <sup>59</sup> Colonel Jean-Robert Bernier, médecin-chef adjoint, au cours d'une rencontre avec les médias à propos du soutien offert par les Forces canadiennes aux militaires malades ou blessés (le 4 mai 2012).
- <sup>60</sup> Réponse écrite du CPM à une question posée le 27 juin 2011 par le Bureau de l'Ombudsman.
- <sup>61</sup> Col Darch et Col Jetly, entrevue (les 8 et 9 mai 2012).
- <sup>62</sup> Ibid.
- <sup>63</sup> Selon les commentaires et la rétroaction de nombreuses cliniques de santé mentale des FC (obtenus entre juillet 2011 et février 2012), qui font état d'un rythme des opérations généralement plus élevé que prévu.
- <sup>64</sup> Selon le document Planification des activités – AF 2012-2013, Planificateur de niveau 4 – Direction de la santé mentale
- <sup>65</sup> Ibid.
- <sup>66</sup> Colonel Gerry Blais, Directeur – Gestion du soutien aux blessés, entrevue (le 21 juin 2011)
- <sup>67</sup> Commentaires provenant de divers CRFM
- <sup>68</sup> Celine Thompson, Directrice – soutien aux familles des militaires, entrevue (septembre 2011)
- <sup>69</sup> Col Darch et Col Jetly, entrevue (les 8 et 9 mai 2012).

**Rapport spécial**  
***Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit***

---

<sup>70</sup> Ibid.

<sup>71</sup> Cette analogie a été formulée à plusieurs reprises par un certain nombre de cadres supérieurs du MDN et des FC lors des engagements des intervenants internes et externes, de même que lors de discours prononcés de 2008 à 2012.

<sup>72</sup> Selon les témoignages recueillis des intervenants en santé mentale de la BFC Valcartier lors d'une visite de l'équipe d'enquête de l'Ombudsman (novembre 2011).

<sup>73</sup> Une majorité de praticiens en santé mentale de première ligne, sollicités dans le cadre de cette étude, ont indiqué n'avoir vécu que de rares périodes d'accalmie entre 2008 et 2012, particulièrement aux bases assurant directement le soutien des opérations en Afghanistan.

<sup>74</sup> Ces renseignements ont été obtenus auprès de plusieurs intervenants en santé mentale de première ligne, qui étaient présents sur le terrain et corroborés par le Directeur – Santé mentale. Il s'agit d'un sujet qui revenait souvent parmi les intervenants.

<sup>75</sup> Renseignements recueillis auprès de nombreux intervenants en santé mentale de première ligne.

<sup>76</sup> Renseignements recueillis auprès de nombreux intervenants en santé mentale de première ligne et confirmés par le Directeur – Santé mentale.

<sup>77</sup> Col Darch et Col Jetly, entrevue (le 7 mars 2012).

<sup>78</sup> Cette observation provient de deux intervenants en santé mentale de première ligne, opérant au sein de bases situées en régions éloignées.

<sup>79</sup> Les mesures actuelles se concentrent principalement sur la sensibilisation auprès des associations professionnelles et des institutions universitaires et sur l'offre de primes au recrutement. Ces deux mesures sont en vigueur depuis un certain temps déjà, mais n'ont pas produit de résultats tangibles.

<sup>80</sup> Col Darch et Col Jetly, entrevue (le 7 mars 2012).

<sup>81</sup> Col Darch et Col Jetly, entrevues (le 7 mars et les 8 et 9 mai 2012).

<sup>82</sup> Ibid.

<sup>83</sup> Ibid.

<sup>84</sup> Renseignements recueillis auprès de nombreux fournisseurs de soins en santé mentale de première ligne et confirmés par le Directeur – Santé mentale.

<sup>85</sup> Renseignements recueillis auprès de nombreux fournisseurs de soins en santé mentale de première ligne et confirmés par le conseiller en santé mentale et psychiatrie.

<sup>86</sup> Plusieurs fournisseurs de soins en santé mentale de première ligne ont fait état de cette préoccupation. Le Directeur – Santé mentale avait admis que, même si la formation médicale fournit à la capacité de soins en matière de santé mentale des FC de l'expérience en supervision, le profil de leadership des professionnels de la santé militaires d'aujourd'hui n'est probablement pas aussi exhaustif que celui des générations antérieures de médecins militaires.

<sup>87</sup> Un fournisseur de soins en santé mentale a utilisé l'expression « porte tournante ». Cela semble concorder avec les témoignages de bien des intervenants en santé mentale de première ligne, dans un environnement instable en ce qui a trait aux postes de supervision ou de leadership des fournisseurs militaires.

**Rapport spécial**  
***Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit***

---

<sup>88</sup> Renseignements recueillis auprès de nombreux fournisseurs de soins en santé mentale de première ligne et confirmés par le Directeur – Santé mentale.

<sup>89</sup> Les chiffres cités tout au long de cette recommandation proviennent de divers rapports de dotation fournis par la Direction de la santé mentale et de la réponse officielle du ministre de la Défense nationale à l'étude de cas réalisée à Petawawa en 2008.

<sup>90</sup> Renseignements recueillis à la BFC Petawawa auprès de nombreux fournisseurs de soins en santé mentale de première ligne et confirmés par le conseiller en santé mentale et psychiatrie.

<sup>91</sup> Selon une analyse des postes vacants de fournisseurs de soins en santé mentale en 2011.

<sup>92</sup> Direction des services aux familles des militaires, Centre de ressources pour les familles des militaires, Mandat des officiers de liaison avec les familles (le 14 mars 2011).

<sup>93</sup> Kim Hetherington, Directrice administrative du Centre de ressources pour les familles des militaires de Petawawa, « Lettre ouverte aux familles des militaires canadiens du comté de Renfrew » (le 31 janvier 2012).

<sup>94</sup> Conseil national mixte, Directive du Régime de soins de santé de la fonction publique (le 1<sup>er</sup> avril 2006).

<sup>95</sup> Plusieurs membres des FC ainsi que des fournisseurs de soins de première ligne ont fait état de cette préoccupation.

<sup>96</sup> Col Darch et Col Jetly, entrevue (le 17 janvier 2012).

<sup>97</sup> Major Carl Walsh, ancien responsable des soins de santé mentale de Petawawa, entrevue (le 8 juillet 2011).

<sup>98</sup> Ibid.

<sup>99</sup> Col Darch et Col Jetly, entrevue (le 7 mars 2012).

<sup>100</sup> Cette expérience a été rapportée par un membre actif des FC souffrant d'un TSO, qui s'était rendu à Ottawa pour recevoir un traitement. Elle a été définie comme une expérience qui n'était pas uniquement propre à lui.

<sup>101</sup> Major Carl Walsh, ancien responsable des soins de santé mentale de Petawawa, entrevue (le 8 juillet 2011).

<sup>102</sup> Col Darch et Col Jetly entrevue (les 8 et 9 mai 2012).

<sup>103</sup> Ces renseignements ont été recueillis auprès de nombreux fournisseurs de soins en santé mentale de première ligne et confirmés par le Directeur – Santé mentale.

<sup>104</sup> Col Darch et Col Jetly, entrevue (le 17 janvier 2012).

<sup>105</sup> Col Darch et Col Jetly entrevue (les 8 et 9 mai 2012).

<sup>106</sup> Ibid.

<sup>107</sup> Bureau des conférenciers conjoint, document Word « Annexe C - cours du BCC » (le 20 juin 2011).

<sup>108</sup> Ministère de la Défense nationale, Documentation sur le trouble de stress post-traumatique (BG11.012 – le 15 novembre 2011).

<sup>109</sup> Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, rapport de clôture – Rx2000 – Santé mentale des FC (le 1<sup>er</sup> avril 2009).

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

---

<sup>110</sup> En 2009, l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale a décerné au général Natynczyk le titre de champion de la santé mentale pour son leadership dans le lancement de la Campagne de sensibilisation à la santé mentale des FC. Plus important encore, le général Natynczyk a mobilisé sans relâche les membres des FC et leur famille sur la question des besoins impératifs de SSPT et de TSO au cours de son mandat à titre de Chef d'état-major de la Défense.

<sup>111</sup> Le contre-amiral Andrew Smith, actuellement Chef du personnel militaire, et son prédécesseur, le lieutenant-général Walter Semianiw, ont tous deux fait de la santé mentale l'une des principales priorités de l'institution.

<sup>112</sup> Cette analyse est largement reconnue dans les milieux universitaire et professionnel, et a fait l'objet de commentaires de divers intervenants en santé mentale de première ligne, d'opérateurs et du leadership stratégique. Les avis ne sont toutefois pas unanimes sur la portée de l'intensité post-opérationnelle des TSO : certains affirment que l'effet d'un TSO se manifeste de manière continue, d'autres qu'il s'agit plutôt d'une onde de choc à effet croissant, et d'autres encore comparent la situation à un spectaculaire raz de marée ou tsunami.

<sup>113</sup> Renseignements recueillis auprès de nombreux intervenants en santé mentale de première ligne.

<sup>114</sup> Pour tout service autre qu'un service psychosocial, les militaires souhaitant obtenir des soins de santé mentale doivent être dirigés par un médecin militaire. De nombreux militaires, ignorant cette formalité, se présentent aux cliniques de santé mentale pour y demander de l'aide. Par conséquent, la plupart des bases s'assurent d'avoir sur place un praticien en santé mentale durant la revue des malades ou effectuent une rotation du personnel en santé mentale, qui s'occupe des patients sans rendez-vous.

<sup>115</sup> Le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes tient un site Web exhaustif sur le programme En route vers la préparation mentale, lequel comprend une section destinée aux membres des familles de militaires : <http://www.forces.gc.ca/health-sante/ps/mh-sm/r2mr-rvpm/default-fra.asp>

<sup>116</sup> Cmdre Jung, médecin-chef, « Présentation des Services de santé des Forces canadiennes au Comité consultatif de l'Ombudsman », diapositive n° 39 (octobre 2010).

<sup>117</sup> Les éléments de preuve ont indiqué que les dirigeants intermédiaires avaient généralement conservé une vision traditionnelle des blessures invisibles comme les TSO.

<sup>118</sup> Cette crainte a été confirmée par plusieurs militaires de rang et officiers supérieurs occupant des postes de commandement.

<sup>119</sup> Les militaires subalternes et supérieurs, les membres des familles et les intervenants en santé mentale présentaient systématiquement cette préoccupation comme un obstacle aux soins, ce qui a été corroboré par le leadership stratégique.

<sup>120</sup> Ministère de la Défense nationale, Directives sur la rémunération et les avantages sociaux, Chapitre 205 Indemnités des officiers et militaires du rang (le 23 juin 2008), paragraphes 205.33 à 205.37.

<sup>121</sup> CANFORGEN 193/08 CMP 083/08 211848Z OCT 08, ENGAGEMENT DES FORCES CANADIENNES A L'ENDROIT DES FAMILLES

**Rapport spécial**  
**Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit**

---

<sup>122</sup> Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, Instruction 5100-07 Soutien aux familles axé sur le militaire (le 25 juin 2007).

<sup>123</sup> Opinion émise par plusieurs membres des FC.

<sup>124</sup> Ministère de la Défense nationale, *Prendre soin des nôtres : une démarche globale pour les soins du personnel malade et blessé des FC et leurs familles* (mars 2012).

<sup>125</sup> Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, Instruction 5100-09 Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes (le 20 octobre 2002).

<sup>126</sup> Henry Matheson, Coordonnateur du PAMFC, entrevue (le 19 janvier 2012).

<sup>127</sup> Colonel Russell Mann, Directeur – Qualité de vie, entrevue (le 26 juillet 2011).

<sup>128</sup> Discussions lors de l'atelier 2012 sur la santé mentale dans les FC, parrainé par la Direction de la santé mentale (DSM) [mai 2012].

<sup>129</sup> Direction de la santé mentale, plan d'action de la Campagne de sensibilisation des FC sur la santé mentale (le 23 février 2012).

<sup>130</sup> Col Blais, entrevue (le 11 juin 2011)

<sup>131</sup> Ces renseignements ont été obtenus auprès de nombreux intervenants en santé mentale de première ligne, qui ont personnellement vécu cette situation, puis confirmés par le Directeur – Santé mentale.

<sup>132</sup> Col Darch et Col Jetly, entrevue (le 17 janvier 2012).

<sup>133</sup> Renseignements recueillis auprès de nombreux intervenants en santé mentale de première ligne, puis confirmés par le Directeur – Santé mentale.

<sup>134</sup> Col Darch et Col Jetly, entrevue (le 7 mars 2012).

<sup>135</sup> Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, Concept des soins de santé mentale dans les Forces canadiennes (le 8 septembre 2003).

<sup>136</sup> Col Darch et Col Jetly, entrevue (le 17 janvier 2012).

<sup>137</sup> Les exemples en ce sens abondent. Un exemple récent provient du Colonel Jean-Robert Bernier, médecin-chef adjoint, au cours d'une rencontre avec les médias à propos du soutien offert par les FC aux militaires malades ou blessés (le 4 mai 2012).

<sup>138</sup> Col Darch et Col Jetly, entrevue (les 8 et 9 mai 2012).

<sup>139</sup> Ibid.

<sup>140</sup> Renseignements recueillis dans le cadre d'entrevues menées auprès d'un échantillon représentatif de membres des FC ayant récemment été affecté comme commandant.

<sup>141</sup> Instruction des Forces canadiennes; *Guide du commandant – Soutien aux pertes militaires et administration des militaires gravement ou très gravement malades/blessés*.

<sup>142</sup> Renseignements recueillis dans le cadre d'entrevues menées auprès d'un échantillon représentatif de membres des FC ayant récemment été affecté comme commandant.

<sup>143</sup> Plusieurs praticiens en santé mentale de première ligne ont fait état de cette préoccupation.

<sup>144</sup> Cette expression a été utilisée par plusieurs membres des FC participant à ce volet de l'étude.

<sup>145</sup> Renseignements provenant des commentaires recueillis auprès d'un échantillon représentatif de membres des FC ayant récemment été affecté comme commandant.

***Rapport spécial***  
***Ténacité dans l'adversité : Évaluation de la prestation des soins offerts aux membres des Forces canadiennes souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel, soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit***

---

<sup>146</sup> Cette notion a été examinée par une multitude d'observateurs éminents au fil des ans, dont le D<sup>r</sup> Richard A. Gabriel, le Général Sir Rupert Smith et le Général Sir John Hackett pour n'en nommer que trois.

<sup>147</sup> En réalité, la période qui s'est écoulée depuis la guerre de Corée présente généralement un nombre limité de malades ou de blessés liés aux opérations.

<sup>148</sup> Renseignements recueillis auprès d'un échantillon représentatif de membres des FC.

<sup>149</sup> Citation des propos formulés par un militaire du rang supérieur à qui l'on voue une très grande estime, qui détient plus de 25 années d'expérience et qui a participé à de nombreuses missions.