

Ombudsman

Défense nationale
et Forces canadiennes



National Defence
and Canadian Forces



Rapport de suivi

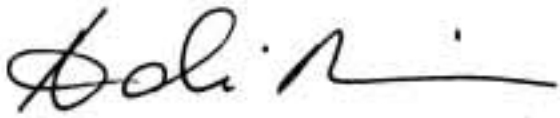
**Examen des
mesures du
MDN et des FC
relatives aux
traumatismes
liés au stress
opérationnel**

**André Marin
Ombudsman**

Canada

Décembre 2002

Lorsque j'ai publié mon rapport spécial, *Traitement systémique des membres des FC atteints du SSPT*, j'ai promis de réévaluer la situation neuf mois plus tard. Ce rapport, remis au ministre de la Défense nationale neuf mois jour pour jour après le premier rapport, fait suite à cet engagement.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'André Marin'. The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

André Marin
Ombudsman
Défense nationale et des Forces canadiennes

Équipe d'enquête

Directeur de l'équipe d'intervention spéciale de l'Ombudsman (EISO) et chef enquêteur

Gareth Jones

Conseiller spécial sur le syndrome de stress post-traumatique auprès de l'Ombudsman

Brigadier-général (à la retraite) Joe Sharpe

Enquêteurs de l'Ombudsman

Brigitte Bernier

George Dowler

Liz Hoffman

Bob Howard

Guy Parent

Table des matières

Sommaire.....	i
Introduction	1
Processus d'enquête	3
Analyse de la réaction des FC.....	7
Recommandation 1	7
Recommandation 2	10
Recommandation 3	13
Recommandation 4	16
Recommandation 5	19
Recommandation 6	22
Recommandation 7	24
Recommandation 8	26
Recommandation 9	29
Recommandation 10	31
Recommandation 11	34
Recommandation 12	37
Recommandation 13	40
Recommandation 14	42
Recommandation 15	45
Recommandation 16	48
Recommandation 17	51
Recommandation 18	53
Recommandation 19	57
Recommandation 20	61
Recommandation 21	63
Recommandation 22	65
Recommandation 23	69
Recommandation 24	71
Recommandation 25	73
Recommandation 26	75
Recommandation 27	80
Recommandation 28	83
Recommandation 29	86
Recommandation 30	89
Recommandation 31	94
Défis.....	101
Ressources.....	101



André Marin, Ombudsman

*Examen des mesures du MDN et des FC relatives aux
traumatismes liés au stress opérationnel*

Fossé grandissant entre la chaîne de commandement opérationnelle et les fournisseurs de soins	104
Équité.....	105
Conclusion	107
Annexe : Liste des abréviations et acronymes	111



Sommaire

- 1 Dans l'ensemble, depuis la publication de mon rapport en février 2002, les Forces canadiennes (FC) ont déployé des efforts pour mettre en œuvre un certain nombre d'initiatives visant à régler le problème des traumatismes liés au stress opérationnel (TSO). Prises ensemble, ces initiatives finiront par améliorer le bien-être des hommes et des femmes qui sont les combattants des FC. Un nombre considérable de ces initiatives font suite aux recommandations que j'ai formulées dans mon rapport initial. Je suis aussi heureux qu'on ait accéléré la mise en œuvre d'initiatives qui avaient déjà été lancées avant la publication de mon rapport.
- 2 Je reconnais que, dans une organisation aussi importante que le ministère de la Défense nationale (MDN), les changements peuvent mettre beaucoup de temps à entrer en vigueur. En fait, je prévoyais que plusieurs des changements que j'ai recommandés seraient mis en œuvre dans un délai beaucoup plus long que neuf mois. Cependant, neuf mois constituent une longue période, et ce délai est plus que suffisant pour effectuer des changements importants. Le présent rapport vise à évaluer les progrès réalisés par les FC au chapitre de la mise en œuvre des recommandations.

Meilleures procédures concernant le déploiement

- 3 Au cours de cette enquête, mes enquêteurs et moi-même avons constaté que le degré de sensibilisation à l'égard des traumatismes liés au stress dans les FC était beaucoup plus élevé. Par exemple, lorsque les membres des Rotations 9 et 10 de l'OP PALLADIUM ont été déployés en Bosnie en 2001 et en 2002, on a commencé à observer un meilleur soutien psychologique du groupement tactique, particulièrement de la part des membres du personnel de la base des Forces canadiennes (BFC) de Valcartier. La décision de déployer un groupe du Bataillon canadien en Afghanistan pour contribuer à la lutte au terrorisme a aussi permis aux FC de prouver leur volonté d'aborder de plusieurs façons la question de la réduction du stress durant les opérations et le redéploiement : période de décompression à Guam, réintégration graduelle des membres dans leur famille, etc. Même si le succès de ces initiatives doit être davantage examiné avant d'être confirmé, il ne fait aucun doute que, jusqu'à maintenant, la plupart des membres des FC et leur famille voient ces mesures d'un œil très positif.

Examen par les FC de la formation et de la sensibilisation en matière de TSO

- 4 Lorsque j'ai rédigé les recommandations du premier rapport, je les ai délibérément formulées de telle sorte que, tout en cernant un problème et ses grandes solutions, elles donnaient aux FC une latitude considérable pour créer des solutions pratiques qui permettraient d'obtenir les résultats souhaités. Je crois que cette approche a porté fruit particulièrement en ce qui concerne mes recommandations sur la formation et la sensibilisation. Après la publication de mon rapport, les FC ont commandé un examen complet de l'état actuel de la formation et de la sensibilisation en ce qui a trait aux TSO dans les FC. Cet examen, qui a été effectué en quatre mois, s'est terminé en septembre 2002 et a permis de formuler 25 recommandations qui reflétaient celles que nous avions déjà effectuées. Je crois comprendre que les FC mettront en œuvre ces recommandations.

Conférence à l'intention des travailleurs sociaux

- 5 J'ai également appris avec plaisir que, conformément à ma recommandation, une séance de formation qui comprenait un segment sur le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) a été tenue à l'intention des travailleurs sociaux des FC. Je recommande vivement que cet exercice soit répété annuellement.

Succès du programme de Soutien social aux victimes de stress opérationnel

- 6 Autre note positive : le projet de Soutien social aux victimes de stress opérationnel (SSVSO) remporte un franc succès. Dans le cadre de ce projet, des pairs conseillent et soutiennent des membres des FC qui souffrent peut-être de TSO, et une formation et des informations sur les TSO sont fournies aux membres des FC et à d'autres personnes. Ce succès est attribuable non seulement au dévouement du personnel, mais également au soutien qu'il a reçu des échelons les plus élevés de la chaîne de commandement,

particulièrement du sous-ministre adjoint (Ressources humaines – Militaires) (SMA [RH-Mil]). Les FC méritent des éloges pour cette initiative, et j'encourage l'organisation à affecter au programme de SSVSO les ressources dont il a besoin pour offrir un maximum de possibilités.

Les attitudes négatives prédominent

- 7 Malheureusement, très peu de progrès a été réalisé dans un certain nombre de secteurs importants. Par exemple, dans le secteur critique du changement culturel, l'attitude primordiale des pairs demeure grandement négative. En raison de la pénurie des ressources et de la lourde charge de travail, il sera difficile de modifier les attitudes et d'améliorer l'acceptation des membres qui souffrent de TSO. En général, les unités ne manifestent pas d'intérêt à l'égard de la formation qui, à mon avis, contribuera à modifier la culture axée sur l'ostracisme et la stigmatisation qui m'a semblé si évidente au cours de mon enquête initiale.

Nécessité d'une coordination efficace

- 8 L'une des recommandations clés que j'ai formulées est la suivante : les FC devraient créer le poste de coordonnateur des problèmes liés aux SSPT, dont le titulaire relèverait directement du Chef d'état-major de la Défense (CEMD). Cela permettrait de coordonner les nombreux intérêts et organismes disparates des FC qui contribuent à la façon dont les Forces composent avec les problèmes liés aux TSO. Par exemple, l'Armée, la Marine et la Force aérienne (les chaînes de commandement environnementales), l'organisation responsable du déploiement (le sous-chef d'état-major de la Défense [SCEMD]), le régime des soins de santé et les systèmes de formation et d'éducation relèvent tous de différentes chaînes de commandement. J'ai vivement encouragé les FC à adopter une approche holistique pour s'attaquer à ces problèmes complexes; c'est pourquoi j'ai recommandé la création d'un poste de coordonnateur des problèmes liés au SSPT relevant directement du Chef d'état-major de la Défense (CEMD). Tout en reconnaissant la nécessité urgente d'une coordination, les FC voulaient aborder cette question à l'aide des cadres existants.
- 9 Au cours de mes discussions avec de hauts fonctionnaires de la santé du MDN et des FC, j'ai remarqué qu'on était réticent à

s'attaquer de front au problème des TSO, pour la raison suivante : il existe au sein de l'organisation de nombreux problèmes de santé graves qui doivent tous être réglés rapidement, et il serait injuste pour ceux qui souffrent d'autres maladies de mettre l'accent sur un problème en particulier. Permettez-moi de ne pas être d'accord avec cet énoncé. Ce qui est injuste, c'est d'accorder à chaque problème la même importance, sans égard à la gravité des conséquences qu'il a sur les victimes. Avec une telle attitude, les TSO ne recevront pas l'attention qu'ils méritent. À mon avis, en raison des traitements inadéquats qu'ont toujours reçus les victimes de TSO, ce problème se démarque des autres défis auxquels font face les hauts fonctionnaires de la santé. Par conséquent, il mérite une attention particulière.

- 10 Après la publication de mon rapport en février 2002, j'ai réitéré à plusieurs reprises ma recommandation de créer le poste de coordonnateur des problèmes liés au SSTP relevant du CEMD. Ainsi, le CEMD a créé le poste de Conseillère spéciale du Chef d'état-major de la Défense TSO, qui sera sous sa responsabilité directe. Le SMA (RH-Mil) a créé le Comité sur le traumatisme lié au stress opérationnel (CTSO), chargé de rassembler tous les intervenants des FC autour de la même table.
- 11 Il est prématuré de tirer des conclusions finales à propos de l'efficacité de ce système. Cependant, il est à noter que le Comité sur le TSO n'a tenu que deux rencontres depuis sa création et que la Conseillère spéciale, qui assume d'autres fonctions importantes, doit se pencher davantage sur ces questions, même si elle a indiqué qu'elle avait l'intention d'aller sur le terrain pour étudier directement ce qui s'y passe.
- 12 Certes, on doit encore coordonner de façon efficace les mesures d'intervention des FC en matière de TSO. La communication permanente et la collaboration entre les organismes et les membres du personnel qui partagent la responsabilité de fournir des soins sont toujours déficientes. À certains endroits, on fait fi des possibilités de thérapie par le travail sous forme de mutations professionnelles parce qu'on ne comprend pas bien la Liste des effectifs du personnel non disponible (LEPND). Par conséquent, on a raté des occasions de thérapie par le travail dans des endroits où des postes devaient être comblés.

Réticence à l'égard de l'accès au traitement

- 13 De nombreux membres des FC sont encore réticents à parler de leurs problèmes et à demander un traitement, et, dans certains secteurs, le traitement est difficilement accessible. Je suis particulièrement déçu par le manque d'efforts déployés pour lancer un projet pilote qui vise à déménager un Centre de soutien pour trauma et stress opérationnels (CSTSO) à l'extérieur de la base. Cette recommandation a pour but de fournir un choix aux nombreux membres qui refusent de demander un traitement ou qui tardent à le faire parce que les CSTSO sont situés dans des endroits trop visibles dans les bases. Les FC ont entrepris d'examiner en détail cette recommandation afin de créer un projet pilote, et je crois comprendre que leur analyse ne sera pas terminée avant mars 2003. La nécessité d'établir un CSTSO à l'extérieur des bases est toujours aussi urgente que lorsque mon premier rapport a été publié. Selon mon enquête, il est toujours évident que la grande majorité des membres des FC et un nombre considérable de fournisseurs de soins appuient cette idée. Nous avons appris avec inquiétude que plusieurs membres des FC qui sont récemment revenus de l'Afghanistan voulaient obtenir de l'aide, mais refusaient de demander un traitement au CSTSO en raison de la stigmatisation dont ils seraient victimes si on les apercevait à cet endroit, et des préoccupations qu'ils éprouvaient à propos de la confidentialité de leur dossier médical. La nécessité de lancer un projet pilote est donc d'autant plus urgente, et je suis déçu et préoccupé par l'absence de progrès à cet égard.
- 14 J'ai appris que, à la suite d'une demande du Quartier général de la Défense nationale, des fonctionnaires du CSTSO ont déclaré sans ambages que, si un patient exprimait le désir de recevoir un traitement à l'extérieur d'une clinique militaire, le CSTSO se ferait un plaisir de les diriger vers des ressources de la communauté civile. Cependant, cela ne règle pas le problème de ceux qui préfèrent se tenir loin des cliniques militaires en raison de la stigmatisation dont sont victimes les militaires qui souffrent de TSO. Or, la raison pour laquelle le CSTSO devrait être situé à l'extérieur de la base est la suivante : une clinique externe inciterait davantage les patients à recevoir un traitement sans craindre d'être considérés comme des soldats fragiles.

Nécessité d'une meilleure collecte de données

- 15 Je suis préoccupé par l'absence de progrès réalisé au chapitre de la collecte de statistiques auprès des CSTSO et par les mesures rudimentaires prises par les FC pour s'assurer que leurs politiques et leurs pratiques reposent sur des statistiques solides. Les CSTSO ne disposent d'aucune base de données électroniques internes et doivent recueillir des statistiques manuellement, un processus inutilement long.

Besoins en soutien des unités

- 16 Je suis déçu par le fait que, en règle générale, les unités ne communiquent pas régulièrement avec des membres de la LEPND, et qu'elles ne respectent pas les exigences locales et nationales des FC à cet égard. En outre, la situation des Réservistes ne s'améliore pas assez rapidement.

Perte de membres précieux

- 17 Je suis aussi préoccupé par le fait que les FC continuent de perdre des membres précieux et entraînés en raison des règles strictes et complexes concernant le reclassement des militaires qui souffrent d'un TSO. Cette situation est particulièrement préoccupante à la lumière des récents rapports selon lesquels les FC continuent d'être victimes d'une pénurie de personnel qualifié. Il s'agit certes d'un problème complexe, mais on doit déployer davantage d'efforts pour s'assurer que les militaires chevronnés, qualifiés et compétents demeurent au sein des FC. On doit aussi accorder plus d'attention au problème de l'épuisement professionnel des fournisseurs de soins. Un trop grand nombre de personnes dévouées deviennent elles-mêmes des victimes.
- 18 Même si le Comité sur le TSO entreprend actuellement l'élaboration de « stratégies de communication visant à transmettre le message » à propos des reclassements, je ne crois pas que le problème est simplement attribuable à un manque de compréhension. À ce jour, un trop grand nombre de soldats sont

simplement libérés en raison d'un processus de reclassement beaucoup trop complexe.

- 19** Dans son rapport adressé à la Chambre des communes et publié en avril 2002, la Vérificatrice générale du Canada a mis l'accent sur la nécessité de recruter et de maintenir en poste les membres des FC afin qu'ils puissent combler les pénuries existantes. Dans mon rapport initial, j'ai souligné le fait que les FC finiront par économiser les ressources considérables qu'elles consacrent actuellement au recrutement et au maintien en poste si elles peuvent conserver les militaires chevronnés qui souffrent d'un TSO. Pour ce faire, les FC doivent mettre continuellement l'accent sur un traitement de premier plan à l'intention des militaires qui ont le courage de parler de leurs problèmes. Elles devront aussi créer une culture qui incitera les militaires souffrant de TSO à demander un traitement sans craindre d'être expulsés des FC. Je crains aussi que, compte tenu de l'expérience d'autres armées, les FC ne fassent de plus en plus l'objet de poursuites extrêmement coûteuses intentées par des militaires qui croient que leur employeur s'est montré négligent en ce qui concerne leur TSO.

Engagement des dirigeants

- 20** J'estime qu'il est encourageant que les dirigeants des FC se soient engagés à fournir les ressources nécessaires qui permettront à l'organisation d'agir avec diligence pour aider les militaires qui souffrent d'un TSO. Deux jours après la publication de mon premier rapport sur ce sujet, j'ai été appelé à témoigner devant le Comité permanent de la Défense nationale et des anciens combattants (CPDNAC). Ce jour-là, le CPDNAC a aussi entendu les dirigeants des FC, notamment le SMA (RH-Mil), qui ont déclaré que le MDN et les FC « s'engagent à fournir les ressources nécessaires dont nous avons besoin pour nous attaquer à ce problème. »
- 21** Dans l'ensemble, mes enquêteurs ont heureusement pressenti que les cadres supérieurs de l'organisation sont déterminés à s'attaquer à ce problème, et on observe certains progrès tangibles. Cependant, il ne faut pas sous-estimer les difficultés associées au changement des mentalités ancrées et de la culture sur le terrain sans pression immédiate et constante. À mon avis, la situation peut être comparée à un malaise cardiaque : le cœur bat avec régularité (le solide soutien de la haute direction), mais le sang éprouve de la difficulté à se rendre aux extrémités (la culture sur le terrain). Dans le cas présent, la bureaucratie se compare aux artères

André Marin, Ombudsman

Examen des mesures du MDN et des FC relatives aux traumatismes liés au stress opérationnel

bouchées qui causent le ralentissement et les obstructions. Plus on retarde le déblocage des artères et la mise en œuvre de certaines améliorations, plus il sera difficile de régler les problèmes qui s'incrument.

Introduction

- 22** Le 5 février 2002, j'ai publié un rapport adressé au ministre de la Défense nationale sur le traitement systémique des membres des FC souffrant du SSPT. Mon rapport mettait l'accent sur le traitement, par les FC, du caporal (cpl) Christian McEachern, jeune soldat et ancien membre du 1^{er} bataillon de la Princess Patricia's Canadian Light Infantry (PPCLI) à qui on a diagnostiqué un SSPT durant l'automne de 1997 et qui a été libéré des FC en juillet 2001. À mesure que progressait l'enquête sur son traitement, il est devenu évident qu'un certain nombre de questions soulevées par sa plainte étaient de nature systémique.
- 23** Le rapport a conclu que les plaintes du cpl McEachern étaient justifiées. Comme dans le cas de nombreux membres des FC qui souffrent de TSO, notamment du SSPT, le cpl McEachern a été stigmatisé et isolé de son unité sans le soutien de ses pairs, qui auraient pu lui venir en aide. Le rapport présentait 31 recommandations visant à aider les FC à améliorer la façon dont elles composent avec les traumatismes liés au stress. Les FC ont accepté toutes ces recommandations, en partie ou en totalité.
- 24** Reconnaissant l'importance de cette question, je me suis engagé à publier, dans un délai de neuf mois, un rapport de suivi sur les efforts déployés par l'organisation pour améliorer le bien-être de ses membres atteints du SSPT et d'autres traumatismes liés au stress opérationnel. Ce rapport, remis au ministre de la Défense nationale neuf mois jour pour jour après le premier rapport, fait suite à cet engagement et reflète les progrès réalisés par l'organisation. Mes enquêteurs ont examiné à leur tour chacune des recommandations, cerné les mesures des FC qui font suite à ces recommandations, et évalué l'évolution et les résultats de leur mise en œuvre.
- 25** Durant cette enquête de suivi, on a soulevé des préoccupations à propos de l'utilisation du terme « syndrome de stress post-traumatique » ou SSPT. Plusieurs personnes, y compris des fournisseurs de soins professionnels, des membres du personnel, des familles et des membres de la chaîne de commandement, estimaient que le terme SSPT est trop spécifique et qu'il n'évoque pas toute la gamme des problèmes liés au stress. En raison de l'utilisation exclusive du terme SSPT, nombreux sont ceux qui avaient l'impression qu'à moins d'avoir reçu un diagnostic de SSPT, une personne ne pouvait souffrir d'un traumatisme lié au stress. Le terme « traumatisme lié au stress opérationnel » est couramment utilisé par nombre des groupes que nous avons consultés, et les FC ont adopté ce terme en réaction aux recommandations du premier

André Marin, Ombudsman

Examen des mesures du MDN et des FC relatives aux traumatismes liés au stress opérationnel

rapport. Pour éviter toute confusion, j'ai donc adopté le terme traumatisme lié au stress opérationnel (TSO) dans mon rapport.

Processus d'enquête

- 26** J'ai affecté cette enquête de suivi à l'Équipe d'intervention spéciale de l'Ombudsman (EISO), dirigée par Gareth Jones. L'EISO était chargée de l'enquête initiale sur le traitement par les FC des militaires souffrant de SSPT. Dans l'ensemble, une équipe formée d'enquêteurs dévoués et responsables a effectué cette enquête et rédigé le rapport de suivi. L'enquête principale a été effectuée par M. Jones, le brigadier-général (bgén) (à la retraite), Joe Sharpe (mon conseiller spécial en matière de SSPT) et l'agente d'enquête Brigitte Bernier. Certains enquêteurs de l'Ombudsman établis un peu partout au pays, notamment George Dowler, à Halifax, Liz Hoffman et Bob Howard, à Winnipeg, et Guy Parent, à Ottawa, ont aussi consacré du temps et de l'énergie à l'enquête et ont soumis des idées.
- 27** L'équipe d'enquêteurs a interrogé et consulté environ 300 personnes à Comox, Esquimalt, Edmonton, Winnipeg, Shilo, Trenton, North Bay, Valcartier, Québec, Halifax, Sydney, Debert, Shearwater, Gagetown et Ottawa. Parmi les personnes interrogées, mentionnons :
- 28** • un échantillon représentatif de commandants, de commandants de base, de hauts militaires du rang (MR) et de membres d'unités sur le terrain situés à Valcartier, Winnipeg, Shilo, Halifax, Gagetown et Edmonton;
- 29** • des membres de la direction et du personnel des Centre de soutien pour trauma et stress opérationnels (CSTSO) situés à Halifax, Valcartier, Edmonton et Esquimalt;
- 30** • des militaires hauts gradés des Services de santé des FC et du Quartier général du Groupe médical des FC (QG GMFC), notamment : le Directeur général – Services de santé (DGS San), le chef du service de santé (CSS), le sous-chef d'état-major – Prestation des soins de santé, le Directeur – Politiques et normes de travail social, le Directeur – Soutien aux blessés et administration (DSBA);
- 31** • les cadres supérieurs du Quartier général de la Défense nationale (QGDN), y compris les adjoints spéciaux du SMA (RH-Mil);
- 32** • la Conseillère spéciale du CEMD (TSO) et le Conseiller spécial adjoint du CEMD (TSO);
- 33** • le personnel des Centres de ressources pour les familles des militaires (CRFM) situés partout au Canada;

- 34 • le personnel du Soutien social aux victimes de stress opérationnel (SSVSO);
 - 35 • les employés des Anciens Combattants Canada (ACC);
 - 36 • la Légion royale canadienne;
 - 37 • les agents de la Police militaire;
 - 38 • des militaires et anciens militaires chez qui on a diagnostiqué un SSPT et, dans certains cas, les membres de leur famille;
 - 39 • le commandant et le commandant adjoint du Secteur de l'Ouest de la Force terrestre;
 - 40 • les travailleurs sociaux civils et militaires des FC, des omnipraticiens, des médecins-chefs de la base, des infirmières spécialisées en santé mentale, des psychologues et d'autres fournisseurs de soins; et
 - 41 • des soldats, des marins et des pilotes déployés dans le cadre de l'OP APOLLO, dans le golfe Persique et à Kandahar.
- 42 En septembre 2002, j'ai rencontré des hauts fonctionnaires du ministère de la Défense du Royaume-Uni, de la Marine royale, du Régiment royal des Fusiliers marins, de New Scotland Yard et des Forces de défense irlandaises afin de déterminer comment d'autres organismes militaires et paramilitaires étrangers abordaient les problèmes liés au TSO.
- 43 L'équipe d'enquêteurs a obtenu et examiné un grand nombre de documents, y compris le procès-verbal des réunions du Comité sur le TSO, le mandat de divers comités et particuliers (y compris la Conseillère spéciale du CEMD [TSO]), ainsi que des renseignements statistiques et budgétaires des CSTSO. Elle a examiné l'évaluation des besoins en formation et en information sur les TSO préparée par le Directeur – Politique d'instruction et d'éducation (DPIE) en réaction à mon rapport initial, ainsi que le plan d'action préparé par le SMA (RH-Mil) en réaction à mes recommandations.
- 44 Même si certains militaires hauts gradés ont sourcillé et remis en question le rôle qu'a tenu mon Bureau dans l'enquête de suivi sur la mise en œuvre de mes recommandations, l'équipe d'enquêteurs a apprécié la collaboration exemplaire du MDN et des FC, tant sur le terrain qu'au QGDN. J'aimerais remercier tous ceux qui ont aidé mes enquêteurs de leur diligence et de leur dévouement, puisqu'ils

nous ont permis d'obtenir les informations dont nous avons besoin pour veiller à ce que cette enquête soit la plus complète et objective possible.

- 45** Mes enquêteurs ont examiné chacune des 31 recommandations du rapport avant d'entreprendre le processus d'entrevues et de collecte d'information. Ils ont sollicité et obtenu la contribution des employés des FC, qui leur ont fait part de la façon dont l'organisation abordait la mise en œuvre de chaque recommandation et mettait à jour ces informations au cours des dernières semaines précédant la mise au point de l'analyse. Ils ont ensuite tenté de découvrir comment cette approche fonctionnait sur le terrain et évalué les résultats de leurs recherches. Nous présentons de façon distincte les résultats de chaque recommandation formulée dans le premier rapport.
- 46** La réaction au rapport sur le traitement systémique des membres des FC souffrant de SSPT a été stupéfiante. Nous avons reçu des centaines de télécopies, de courriels et d'appels téléphoniques de la part de gens qui souhaitaient partager leur expérience et indiquer qu'ils appréciaient l'attention accordée à ce grave et important problème. Pour reprendre les termes d'un caporal-chef, fantassin et patient atteint du SSPT, le rapport « contient des solutions audacieuses et fondées sur de bonnes intentions, que l'armée peut mettre en œuvre. » Un travailleur social chevronné, qui formulait des commentaires sur le premier rapport, a déclaré ce qui suit : « En lisant ce rapport, j'avais l'impression de lire les histoires de nombre de mes clients. »
- 47** Nous espérons que le rapport suivant présente avec précision la façon dont les FC relèvent le défi qui consiste à améliorer le bien-être de leurs membres et leur efficacité opérationnelle.

Analyse de la réaction des FC

- 48 Peu après la publication de notre rapport, le SMA (RH-Mil) a créé un tableau qui résume la réaction des FC à nos recommandations. Dans l'examen de chaque recommandation, j'ai inclus la réaction des FC qui figure dans ce tableau.

Recommandation 1

- 49 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.

Réaction des FC

- 50 On soutient cette recommandation et on y donnera suite. En attendant la mise en œuvre du Système d'information sur la santé des FC (SISFC), le DGS San créera et tiendra à jour une base de données sur les membres des FC qui souffrent d'un traumatisme lié au stress opérationnel (TSO) à l'aide d'un processus manuel de présentation de rapports. On élaborera la méthode précise de saisie des données et la façon dont ces dernières seront signalées, recueillies et analysées, et on prévoit la mettre en œuvre le 1^{er} avril 2002. Ces rapports se poursuivront jusqu'à la mise en place du SISFC. Le processus manuel de présentation des rapports sur les TSO a été lancé, et plus de la moitié des 35 bases qui ont fait l'objet de l'enquête ont réagi à la recommandation.

Analyse

- 51 Selon toute logique, il faut de solides données pour déterminer la fréquence des TSO dans les FC. Comme l'a si bien résumé un membre du personnel des CSTSO, « La collecte des données est essentielle, au chapitre tant de la prévention que du traitement. » Cette collecte est aussi nécessaire à la détermination des ressources requises pour régler les problèmes liés aux TSO. En outre, on doit disposer de statistiques complètes afin de lutter contre de nombreuses idées fausses qui ont toujours cours à propos de la fréquence et de la gravité des traumatismes liés au stress. Les

statistiques serviront aussi aux activités de recherche planifiées par le DGS San. Le SISFC est un système de gestion d'information fondé sur un logiciel qui vaut des millions de dollars et qui devrait permettre la tenue entièrement automatisée des dossiers médicaux des membres des FC. Ce système aura des capacités impressionnantes une fois qu'il sera opérationnel. Cependant, on a éprouvé des problèmes au cours de son élaboration, ce qui a retardé la date de sa mise en œuvre. Selon le DGS San, le système ne sera pas fonctionnel avant au moins deux ans.

- 52** Les employés du DGS San ont informé mes enquêteurs que, en attendant que le SISFC automatisé soit opérationnel, ils ont commencé à recueillir manuellement des statistiques sur les TSO auprès des installations de soins de santé des FC. Ce processus, qui a débuté en mai 2002, comprend la collecte de données sur les membres de la Force de Réserve et les militaires retraités qui ont été vus en consultation dans une clinique des FC. Ces statistiques sont recueillies non pas directement auprès des CSTSO ou des Unités de santé mentale, mais plutôt auprès des gestionnaires de cliniques de 35 bases situées partout au Canada. Chaque mois, les gestionnaires reçoivent un formulaire dans lequel ils doivent inscrire le nombre de membres des FC qui se classent dans les catégories suivantes : nouveaux cas présentant des symptômes de TSO; patients qu'on croit être atteints d'un TSO; patients qui reçoivent un traitement continu pour un TSO; militaires réformés de retour au travail sans aucune restriction et militaires réformés qui font l'objet de restrictions, y compris ceux dont la libération a été recommandée pour des raisons médicales.
- 53** Comme on l'a mentionné sous la rubrique Réaction des FC, à ce jour, environ la moitié des bases ont réagi à la recommandation; selon le personnel du DGS San, la qualité des informations varie (de « extrêmement précises » à « vagues »). Le DGS San s'attend à ce que la qualité des données s'améliore à mesure que le personnel responsable de soumettre les informations se familiarisera avec les exigences. Les statistiques n'établissent pas de distinction entre les membres de la Force régulière et ceux de la Force de Réserve, même si on déploie des efforts pour améliorer le processus, notamment en réclamant les diagnostics réels et en obtenant la contribution des ACC.
- 54** Le cadre d'un CSTSO nous a fait part de ses préoccupations à propos de l'exactitude des chiffres qui sont transmis à Ottawa. Dans certains cas, il est possible que ces chiffres aient été mal calculés et peut-être même calculés en double. En fait, selon l'employé du DGS San qui collabore au processus de collecte et à

qui on a demandé de fournir le nombre de membres des FC qui souffrent d'un TSO, il existe actuellement un « facteur arbitraire » de plus ou moins 10 %. Le personnel du SMA (RH-Mil) était au courant des possibilités d'un dédoublement des rapports, et des statistiques ne pourront être communiquées avant que ce problème ne soit corrigé. En outre, comme les CSTSO n'ont actuellement pas accès aux données, ces dernières leur sont « inutiles », selon un professionnel en santé mentale haut gradé du MDN. Heureusement, les chiffres sont transmis à la Conseillère spéciale du CEMD (TSO).

- 55** D'après la grande majorité des employés des CSTSO à qui nous avons parlé, l'accès à des statistiques à jour est très important. Dans plusieurs des CSTSO que les enquêteurs ont visités, très peu de progrès (voire aucun) ont été réalisés en vue de l'élaboration d'une base de données électroniques interne permettant la collecte de statistiques. Toutes les informations statistiques, notamment sur le nombre de patients, les diagnostics, l'âge, le sexe, les éléments, etc., doivent être extraites manuellement des dossiers des patients, ce qui représente, selon l'employé d'un CSTSO, un processus souvent frustrant et chronophage pour des cadres et des employés de bureau déjà surchargés. Il n'existe aucun mécanisme qui permet aux CSTSO d'échanger rapidement et facilement des informations. On a observé une grande frustration de la part des gestionnaires et des fournisseurs de soins, qui ne disposent pas des outils statistiques dont ils estiment avoir besoin.
- 56** La rapidité initiale avec laquelle le concept de CSTSO a été mis en œuvre a empêché l'adoption précoce d'une approche efficace à l'égard de l'élaboration d'une base de données. Malheureusement, le projet de SISFC automatisé s'est enlisé dans la bureaucratie, et aucune date précise de la mise en service du système n'a été établie.

Conclusion

- 57** Les hauts gradés du Ministère demeurent entièrement déterminés à mettre en œuvre le SISFC. En attendant l'introduction de ce système, les FC ont commencé à recueillir manuellement des statistiques sur les TSO. Cependant, ce processus de collecte en est à ses tout débuts, et les employés du DGS San reconnaissent que le système est en évolution et qu'il est loin d'être parfait. Il était décevant pour les enquêteurs de constater que les CSTSO ne disposent toujours pas d'une base de données électronique qui fournisse un accès facile aux statistiques actuelles.

Recommandation 2

- 58 Les Forces canadiennes développent une base de données sur les suicides parmi ses membres actuels et anciens.

Réaction des FC

- 59 On soutient pleinement cette recommandation et on y a en partie donné suite; on lancera un nouveau projet visant à mettre en œuvre cette recommandation dans la plus grande mesure possible. Le DSBA tient à jour une base de données sur les suicides des militaires actifs (c.-à-d. les Réservistes et les membres de la Force régulière qui sont appelés). À moins d'être signalée volontairement aux FC, la cause du décès d'un ancien militaire n'est ni connue, ni consignée. Lorsqu'ils sont connus, les suicides des anciens militaires ou des Réservistes qui ne sont pas en service seront consignés, et ces informations seront tenues à jour par le DSBA. Le MDN collaborera avec les ACC pour établir des procédures conjointes permettant d'aborder cette question. Une réunion avec les ACC, qui a été planifiée pour le 24 septembre [2002], devait permettre d'élaborer un cadre de travail et un échéancier à cet égard; cependant, des contraintes de temps ont empêché la tenue de discussions approfondies. Le DSBA et le Directeur (ACC) des services des FC, des ACC, doivent se rencontrer le 4 octobre pour explorer davantage cette question.

Analyse

- 60 Dans le rapport initial, je faisais remarquer que les statistiques sur les suicides et les tentatives de suicide pouvaient fournir aux FC d'importantes informations à propos des problèmes liés au SSPT. Les enquêteurs ont entendu des anecdotes à propos d'un certain nombre de militaires et d'anciens militaires qui avaient été déployés et qui s'étaient suicidés. Des données brutes sur les suicides peuvent fournir des renseignements précieux, notamment sur leurs liens avec des déploiements ou unités spécifiques, sur lesquels les FC pourraient mettre l'accent lorsqu'elles évaluent l'approche qu'elles doivent adopter pour régler les problèmes liés aux TSO.

- 61** DSBA ne produit pas directement ces statistiques. Ses employés ont indiqué qu'ils se fient à des rapports et renseignements de la Police militaire sur les pertes et les blessures très graves obtenus des unités et (ou) formations. En août 2002, une nouvelle méthode de présentation des données sur les suicides a été mise en œuvre; les informations des bases de données existantes ont été combinées afin d'être plus exactes et à jour. Le DSBA recueille des données pour cette nouvelle base de données depuis environ deux mois, mais, jusqu'à maintenant, on ne dispose d'aucune donnée de sortie. Le DSBA reçoit de la Police militaire et des travailleurs sociaux des données sur chacun des suicides signalés dans les FC, et nous croyons comprendre que ces statistiques peuvent être fournies rapidement sur demande. En outre, les enquêteurs ont appris que le nombre de suicides signalés dans les FC s'élève en moyenne à 12 par année, et que le taux de suicides, une fois normalisé selon l'âge et le sexe, est moins élevé que celui de la population canadienne en général.
- 62** Si le DSBA reçoit un avis de décès qui n'indique pas la cause du décès, il le transmet au travailleur social principal du DSBA afin qu'on effectue une enquête. À ce moment-là, le DSBA ne prend aucune mesure officielle concernant les données, et les rapports réguliers générés par le Centre ne portent pas sur les suicides.
- 63** Comme je l'ai mentionné dans le premier rapport, les anciens militaires et les membres de la Réserve qui se suicident ne font l'objet d'aucun suivi, à moins qu'ils ne s'enlèvent la vie pendant qu'ils sont en service actif.
- 64** Aucun mécanisme ne permet de recueillir auprès des médecins légistes ou médecins-examineurs provinciaux des statistiques sur les suicides commis par des Réservistes ou d'anciens militaires qui ne sont plus en service. On nous a informés qu'il serait difficile de mettre en place un processus efficace et efficient permettant de réaliser cet objectif. Cependant, on nous a récemment avisés du fait que le DSBA rencontrera bientôt des représentants des ACC afin de discuter de l'élaboration de procédures qui permettront de recueillir des données sur le suicide commis par d'anciens militaires qui reçoivent une pension.

Conclusion

- 65** On a réalisé des progrès en vue de la mise en œuvre de cette recommandation en ce qui concerne les membres actifs des FC. Ces dernières devraient poursuivre leurs efforts visant à tenir à jour une base de données exactes sur les suicides et les tentatives de

André Marin, Ombudsman

Examen des mesures du MDN et des FC relatives aux traumatismes liés au stress opérationnel

suicide. Ces informations pourraient permettre de cerner certaines tendances et de déterminer rapidement les problèmes éventuels.

- 66** La capacité d'obtenir rapidement des informations exactes sur les suicides commis par des Réservistes qui ne sont pas en service et des militaires retraités est limitée, puisque les FC n'assurent pas un suivi actif de ces militaires. J'apprécie les efforts qui sont déployés pour établir des moyens de recueillir toutes les données accessibles, particulièrement sur les anciens militaires, grâce à des ententes conclues avec les ACC.

Recommandation 3

- 67 Les Forces canadiennes mènent une enquête indépendante et confidentielle sur la santé mentale qui couvrira à la fois les anciens membres, ainsi que les membres actifs de la Force régulière et de la Force de Réserve.

Réaction des FC

- 68 On soutient pleinement cette recommandation et on y a déjà donné suite en partie. Le DGS San a demandé à Statistique Canada de mener, en même temps qu'une enquête sur la santé mentale des Canadiens, une enquête sur la santé mentale des membres actifs de la Force régulière et de la Force de Réserve. Cependant, le DGS San n'a pas le mandat d'enquêter sur les membres retraités des FC. Le MDN collaborera avec les ACC afin d'établir des procédures conjointes permettant d'aborder cette question. Le DSBA doit communiquer avec les ACC et déterminer s'il peut effectuer une enquête sur la santé mentale des anciens combattants. Le DGS San doit fournir régulièrement à l'Ombudsman les mises à jour sur l'évolution de l'enquête sur la santé mentale.
- 69 L'enquête en question a débuté en mai 2002, et on prévoit que la collecte des données se terminera en décembre 2002. Déjà, en septembre 2002, plus de la moitié des données sur la Force régulière et la Force de Réserve étaient complètes. On observe des taux de réponse plus élevés que prévu. En outre, des discussions préliminaires se sont tenues avec les ACC, et l'enquête sur la santé mentale des anciens combattants figurait à l'ordre du jour de la réunion de la fin septembre 2002; cependant, ce point a été reporté en raison du grand nombre de questions qui ont été débattues durant la réunion.

Analyse

- 70 J'ai formulé cette recommandation afin de m'assurer que des statistiques exactes étaient rapidement accessibles aux FC et qu'on

déployait des efforts suffisants pour aborder les problèmes de santé mentale en général et les traumatismes liés au stress en particulier.

- 71 Les représentants de mon Bureau ont régulièrement assisté à des réunions du Comité directeur FC/Statistique Canada de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes chargé de superviser la mise en œuvre de cette enquête. Cette dernière évolue bien et semble produire de bonnes données. L'échantillon prévu est de 5 000 militaires de la Force régulière et de 3 000 membres de la Force de Réserve. Au 30 septembre 2002, on avait reçu 3 911 réponses complètes des membres de la Force régulière et 3 049 de la Force de Réserve, ce qui représente 64 % et 78 % de l'échantillon total, un excellent taux de réponse. On prévoit avoir terminé la collecte des données sur le terrain à la mi-décembre 2002 et traiter ces données en mai 2003.
- 72 Un certain nombre d'employés sur le terrain ont parlé du sondage à mes enquêteurs, et même s'ils ont mentionné le temps requis pour remplir les formulaires, leur réaction générale était très positive. L'inclusion des Réservistes dans le sondage a été particulièrement bien accueillie.
- 73 Je crois comprendre que les anciens militaires ne feront pas partie de l'enquête. Comme je l'ai fait remarquer dans mon rapport initial, les militaires qui souffrent d'un TSO indiquent fréquemment une autre raison lorsqu'ils demandent une libération. Je crois qu'il est important de tenter de quantifier les anciens militaires qui souffrent d'un TSO afin que l'on puisse obtenir un portrait complet de l'impact véritable de ces traumatismes dans les FC. Même si on considère que les anciens militaires relèvent des ACC, les FC auraient incontestablement intérêt à recueillir des informations sur les TSO auprès de ces soldats, particulièrement ceux qui ont été déployés au cours des dix dernières années. Le fait que les anciens militaires ne sont pas visés par l'enquête de Statistique Canada et des FC pourrait éventuellement limiter la mesure dans laquelle les FC peuvent comparer avec exactitude les chiffres sur la fréquence des TSO obtenus à l'aide de l'enquête générale des FC aux chiffres accessibles concernant d'autres armées ou la population canadienne en général. Par exemple, il semble que les autorités américaines aient publié des données qui révèlent que les anciens combattants du Vietnam qui se sont suicidés seraient plus nombreux que ceux qui ont été tués au combat. Même si les statistiques des ACC concernant les anciens militaires qui soumettent une demande de pension en raison d'un TSO sont utiles à cet égard, elles ne fournissent pas toutes les informations requises ni le degré de précision des données qui découleront

vraisemblablement de l'enquête de Statistique Canada et des FC sur les militaires actuellement en service.

Conclusion

- 74** L'enquête évolue bien et fait l'objet d'un excellent soutien de la part du MDN, des FC et de Statistique Canada, ainsi que d'une étroite collaboration entre ces organismes. Je prévois que le MDN et les FC trouveront les résultats très utiles pour relever le défi continu que présentent les TSO. Cependant, les données sur la santé mentale des FC continueront d'être caractérisées par d'importantes lacunes, à moins que les militaires retraités de la Force régulière et de la Force de Réserve ne fassent partie des enquêtes.

Recommandation 4

- 75 Les Forces canadiennes examinent plus en détail la question de la thérapie par le travail pour ceux qui sont placés sur la LEPND, en vue de créer des politiques et des procédures pour gérer équitablement la situation des membres inscrits sur la LEPND et qui reçoivent une rémunération secondaire d'emploi dans le cadre d'un programme de thérapie.

Réaction des FC

- 76 On soutient pleinement cette recommandation et on y a en partie donné suite – on améliorera bientôt les politiques relatives à la thérapie par le travail. On est tout à fait d'accord avec le principe d'offrir aux militaires qui souffrent d'un TSO un emploi pour la réadaptation ou pour faciliter leur réintégration; toutefois, une telle politique devrait être conforme aux pratiques de l'industrie. De nombreux employeurs ont recours aux régimes d'assurance invalidité de longue durée (AILD), qui offrent des précédents utiles à cet égard. Les politiques relatives à l'AILD prévoient souvent des périodes de travail aux fins de réadaptation. Cependant, comme les militaires qui figurent sur la LEPND continuent de recevoir 100 % du revenu qu'ils touchaient avant leur invalidité, leur emploi de réadaptation ne devrait pas, conformément aux normes de l'industrie, leur fournir un revenu supplémentaire. En vertu du paragraphe 117b) de la *Loi sur la Défense nationale*, un militaire commet une infraction s'il accepte, outre sa solde, une rétribution pour l'accomplissement de son devoir. Si un militaire qui figure sur la LEPND remplit des fonctions à l'extérieur des FC pour des raisons de réadaptation, il commet une infraction s'il accepte une rémunération pour ce travail. Un examen des règlements relatifs à la LEPND sera effectué, et la question de la thérapie par le travail, notamment celle du revenu provenant d'une source secondaire à l'extérieur des FC, sera mieux définie, communiquée et incluse dans la Directive et ordonnance administratives de la Défense [DOAD] relative à la LEPND. La DOAD modifiée est maintenant prête, et son examen par le personnel est presque

terminé. Il reste beaucoup de chemin à parcourir avant de mettre la dernière main aux politiques/processus nationaux relatifs aux débouchés d'emplois civils offerts aux membres de la LEPND.

Analyse

- 77** Cette recommandation résulte de la crainte que des emplois valables, que de nombreux professionnels de la santé considèrent comme extrêmement bénéfiques pour ceux qui se remettent d'un SSPT, ne soient pas accessibles à un grand nombre de militaires blessés. On reconnaît que la rémunération relative à ces postes est problématique; cependant, les avantages sont si considérables qu'un examen de la politique a été jugé pertinent.
- 78** Les FC sont en train de préparer une DOAD concernant les membres de la LEPND. La version préliminaire de la DOAD concernant la LEPND prévoit qu'un membre ne peut occuper un poste civil à temps plein ou à temps partiel durant ses heures de travail planifiées, à moins que cet emploi ne fasse partie d'un programme de réadaptation professionnelle et qu'il ne lui ait été affecté par son commandant. En outre, cette version préliminaire précise qu'un membre dont le nom est inscrit sur la LEPND n'est pas autorisé à accepter une rémunération pour un emploi civil qui fait partie d'une réadaptation professionnelle.
- 79** Au cours de sa réunion la plus récente, le Comité sur le TSO a discuté de la thérapie par le travail et de la question du revenu secondaire des membres de la LEPND. Malgré le travail actif sur la version révisée de la DOAD, sa publication n'est prévue qu'en 2003. Un exemplaire de la version préliminaire de la DOAD, qui portait sur les questions liées à la LEPND, m'a été transmis en mars 2002, et j'ai soumis mes observations au SMA (RH-Mil) le 2 mai 2002.
- 80** Si l'on se fie au grand nombre de commentaires et d'observations que nous avons recueillis, nombre des règlements qui régissent la thérapie par le travail des membres de la LEPND ne sont ni simples à comprendre ni faciles à appliquer d'une façon équitable. Même si nous pouvons tirer des leçons des expériences de l'industrie, la situation des membres des FC qui figurent sur la LEPND est différente, puisque cette dernière a été créée en partie pour faciliter la transition vers la vie civile en plus de fournir une thérapie par le travail. Il est indéniable que nombre des personnes qui sont censées utiliser le système de façon judicieuse ne comprennent pas cet aspect de la LEPND. Pour reprendre les

termes de l'épouse d'un militaire, « La LEPND est une farce. Les personnes atteintes du SSPT sont renvoyées chez elles pendant un an. Mon mari est devenu encore plus déprimé. »

- 81** La question globale de l'équité de la LEPND continue d'être un problème. Elle suscite de graves préoccupations en raison de la politique des ACC, qui prévoit le versement d'une pension d'invalidité à un membre des FC avant sa libération. À l'occasion, un militaire à qui on a diagnostiqué un TSO peut toucher une prestation d'invalidité ou un autre revenu de trois sources distinctes – la solde normale qu'il touche en tant que membre des FC, une pension d'invalidité des ACC et un revenu d'emploi civil. Cela peut créer beaucoup de ressentiment contre les membres de la LEPND, particulièrement de la part de leurs collègues de travail, puisque leur absence peut avoir pour résultat d'augmenter la charge de travail des autres membres de l'unité.

Conclusion

- 82** La thérapie par le travail est un aspect important de la LEPND. Pour qu'elle soit efficace, son importance doit être bien comprise par tous (membres de la LEPND, chaîne de commandement, personnel médical et groupes de pairs). Ce n'est pas le cas à l'heure actuelle, comme l'illustre la déclaration suivante formulée récemment par un agent médical : « Je travaille pour réadapter ces gens, je leur donne le bénéfice du doute [...] Les FC sont en train de devenir un gros organisme de bienfaisance. Pendant combien de temps emploierons-nous ces gens? » Il ne fait aucun doute que les FC ne constituent pas un organisme de bienfaisance, et l'obligation d'aider les militaires qui ont été blessés pendant qu'ils servaient leur pays à effectuer une transition vers une vie civile productive n'est pas comparable à une industrie normale. Je suis heureux de constater que les FC s'attaquent au problème; cependant, il reste beaucoup de chemin à parcourir. J'ai hâte d'examiner la prochaine version de la DOAD concernant l'administration de la LEPND.

Recommandation 5

- 83** Les Forces canadiennes lancent un programme qui permettra à toutes les unités de recevoir une formation d'approche sur le SSPT, formation qui sera dispensée par les CSTSO.

Réaction des FC

- 84** On soutient pleinement cette recommandation et on y a en partie donné suite. Tous les CSTSO exécutent dans les bases satellites des programmes de sensibilisation destinés à quatre groupes cibles : 1) les fournisseurs de soins de santé (y compris les coordonnateurs de l'intervention immédiate des CRFM); 2) les aumôniers; 3) les membres de la chaîne de commandement; et 4) les membres en service. On augmentera la fréquence et l'ampleur des programmes à mesure qu'on embauchera des employés supplémentaires dans les divers centres.
- 85** On est en train de régler les problèmes de dotation en personnel des CSTSO, ce qui permettra aux employés de mieux exercer leurs activités de sensibilisation. Les CSTSO ont reçu des instructions à propos du type et de la fréquence des programmes de sensibilisation. Les récentes visites d'aide d'état-major (VAEM) effectuées par l'Équipe de santé mentale du Rx 2000 permettront de confirmer la mise en place de programmes de sensibilisation.

Analyse

- 86** Dans mon rapport initial, je faisais remarquer que l'éducation et la formation étaient essentielles à la création d'une culture qui inciterait les militaires à demander un traitement rapidement, et que les CSTSO devaient jouer un rôle crucial dans ce processus. J'estimais que les unités ne recevaient pas une formation suffisante sur les TSO. Les activités de sensibilisation des employés des CSTSO au sein des unités constituent un moyen très efficace de sensibiliser les membres des FC aux réalités liées aux TSO et de dissiper certains des mythes qui se sont créés à cet égard.

- 87** Aucun programme à l'échelle des FC ne vise à fournir aux unités une formation de sensibilisation. Les unités ne sont pas obligées de demander une telle formation, et les CSTSO ne sont pas tenus de la fournir, même si les activités de sensibilisation sont considérées comme l'une des fonctions clés des CSTSO. Les enquêteurs ont rencontré des employés de plusieurs CSTSO dans le cadre de leur enquête de suivi. Certains employés des CSTSO ont demandé une formation de sensibilisation à l'intention des unités opérationnelles et des unités hiérarchiques, mais la fréquence des demandes semble varier considérablement d'un endroit à l'autre. Un cadre supérieur d'un CSTSO estime que, durant le seul mois de septembre 2002, on lui a demandé à cinq à sept reprises de donner aux unités des renseignements sur les TSO. Selon lui, il s'agit d'une tendance à la hausse. Il a ajouté que « le seul moyen de sensibiliser les cadres intermédiaires », dont la contribution à la modification de la culture des FC est essentielle, est de présenter des exposés à des groupes de MR hauts gradés et d'officiers de rang intermédiaire. Un autre employé d'un CSTSO a présenté, jusqu'à maintenant cette année, cinq exposés à des unités de la Force régulière et de la Force de Réserve des FC, ainsi que de nombreux exposés à des organismes non militaires comme les ACC et une association professionnelle. Le CSTSO s'est fixé un objectif louable : « Sensibiliser tous les militaires actifs et les unités de Réservistes ainsi que les professionnels associés aux membres des FC et nos partenaires comme les ACC. »
- 88** Malheureusement, dans un autre CSTSO, les enquêteurs ont appris que les unités opérationnelles n'avaient tout simplement pas demandé aux employés du Centre de fournir cette formation. Comme l'a mentionné un psychiatre du CSTSO, « la demande est très peu élevée ». Dans un autre secteur, certains programmes de sensibilisation ont été exécutés, mais ils étaient surtout destinés aux fournisseurs de soins, aux employés des ACC et aux universitaires, même si des séances d'information ont été tenues dans deux petites stations.
- 89** Récemment, des membres d'un CSTSO, du programme de SSVSO et d'une chaîne de commandement locale se sont adressés à environ 150 membres du personnel médical durant une conférence sur le stress des militaires, qui a eu lieu dans un hôpital de Saint John (Nouveau-Brunswick). Selon des sources indépendantes, cette séance a remporté un franc succès, réussissant non seulement à améliorer la sensibilisation à l'égard des TSO, mais aussi à sensibiliser la population civile en général à la charge de travail extrêmement lourde à laquelle sont confrontés les militaires. Voilà des nouvelles encourageantes.

Conclusion

- 90** Rien ne prouve que les FC ont mis sur pied un programme qui permet à toutes les unités de recevoir, par l'entremise des CSTSO, une formation qui aura pour résultat de les sensibiliser au SSPT. Nous espérons que le nombre de programmes de formation exécutés par les CSTSO augmenterait considérablement, en particulier dans les unités sur le terrain. Rien ne prouve que tel est le cas.
- 91** Les CSTSO semblent tenir des séances de formation et de sensibilisation en réaction à des demandes spécifiques. Les unités sur le terrain de certains secteurs ne semblent pas demander de telles séances – ce qui est particulièrement préoccupant puisque ces unités sont probablement celles qui ont le plus besoin d'être sensibilisées.
- 92** Il semble que les diverses chaînes de commandement ne tentent pas de coordonner l'exécution de programmes de formation et de sensibilisation à l'échelle des FC. La responsabilité de la formation ne devrait pas uniquement relever des CSTSO. À mon avis, cette responsabilité relève aussi des unités sur le terrain, qui doivent demander une formation (ce qui ne semble pas être le cas dans certains secteurs) et des chaînes de commandement des FC, qui doivent coordonner les efforts afin de s'assurer que toutes les unités reçoivent une formation.

Recommandation 6

- 93 Les CSTSO sont financés à un niveau qui leur assure les ressources suffisantes pour fournir une formation d'approche de haute qualité aux unités qui en font la demande.

Réaction des FC

- 94 On soutient cette recommandation et on y a pleinement donné suite, afin qu'elle soit conforme aux exigences des FC. Les CSTSO disposent de ressources suffisantes pour exécuter de façon proactive, conformément à la ligne directrice établie durant la réunion des directeurs des CSTSO tenue en novembre 2001, des programmes de sensibilisation, et pour réagir aux demandes de séances supplémentaires formulées par les unités. Si la demande en séances de sensibilisation augmente, les besoins en ressources seront cernés, et le financement accordé à l'aide du processus existant de planification des activités.

Analyse

- 95 Selon des cadres qui œuvrent pour le DGS San, on attribue davantage de ressources aux CSTSO. Le budget actuel des cinq CSTSO s'élève à 2,4 millions de dollars. Toutefois, on ne connaît pas la quantité de ressources qui sont consacrées à la formation et à la sensibilisation.
- 96 En fait, mes enquêteurs n'ont pas constaté que les CSTSO disposent de ressources suffisantes pour fournir dans tous les cas des séances de sensibilisation de qualité. Par exemple, un CSTSO, dont le budget opérationnel s'élève à plus de 846 000 \$, a affecté au total 35 000 \$ à un programme de sensibilisation destiné à une population de plus de 10 000 membres des FC dispersés dans 11 bases situées dans quatre provinces et deux territoires. Comme l'a fait remarquer un cadre supérieur, « On ne peut pas faire de miracle avec 35 000 \$. » Le gestionnaire d'un autre CSTSO estimait que de six à sept pour cent du budget approximatif de 400 000 \$ du Centre est consacré à des activités de sensibilisation.

- 97** Dans les CSTSO que nous avons visités, nous n'avons recueilli aucune preuve d'embauche d'employés supplémentaires chargés d'assumer des fonctions spécifiques de sensibilisation, même si, dans au moins un CSTSO, les activités de sensibilisation ont augmenté au cours des neuf derniers mois. Dans un autre CSTSO, deux travailleurs sociaux qui possèdent une vaste expérience en clinique, qui ont été dûment formés et qui connaissent bien les militaires, étaient disposés à collaborer à une initiative de sensibilisation, mais les obstacles administratifs qui ont surgi durant le processus d'embauche ont empêché la réalisation de ce projet.
- 98** Pour être honnête, si les CSTSO n'exercent pas d'activités de sensibilisation, c'est en partie parce que, dans certains secteurs, ils ont reçu peu de demandes de sensibilisation (voire aucune) de la part des unités. Cette situation, combinée à la lourde charge de travail et au changement organisationnel des CSTSO, a engendré d'autres priorités. Comme l'a déclaré l'employé d'un CSTSO, « Nous devons rendre visite aux unités. Nous devons les sensibiliser. Mais ici, c'est vraiment la pagaille, et nous n'avons pas eu le temps de nous consacrer à cette tâche. »
- 99** Tous les gens à qui nous avons parlé étaient d'accord sur un point : les CSTSO devraient être financés pour exécuter le plus grand nombre possible de programmes de sensibilisation. Dans certains secteurs, les unités ne demandent pas de formation, même si tout le monde pourrait en tirer profit.

Conclusion

- 100** Presque tout le monde s'entend pour dire que les programmes de sensibilisation des CSTSO destinés aux unités constituent une bonne chose. À l'heure actuelle, les activités de sensibilisation sont exercées de manière ponctuelle et, à certains endroits, doivent faire concurrence à d'autres priorités. Les FC devraient fournir un personnel et un financement suffisants le plus tôt possible afin de s'assurer que les CSTSO exercent les activités de formation requises, peu importe les autres priorités.

Recommandation 7

- 101** Les objectifs d'éducation et de formation spécifiques et détaillés sur le SSPT soient inscrits dans les programmes d'études de tous les établissements d'éducation et de formation des Forces canadiennes, et que les critères de mesure de performance de ces organismes reflètent ces objectifs.

Réaction des FC

- 102** On soutient pleinement cette recommandation qui sera mise en œuvre à court terme. Conformément aux normes du Système de formation et d'éducation des FC, on établira, au plus tard le 15 août 2002 et conformément au Système d'instruction individuelle et d'éducation des FC, les exigences à l'échelle des FC concernant la formation et la sensibilisation en matière de SSPT, afin de déterminer quelles compétences ou connaissances sont essentielles, qui en a besoin, à quel moment et comment elles seront transmises.

Analyse

- 103** Peu après la publication de mon rapport sur le traitement systémique des membres des FC qui souffrent du SSPT, le DPIE a pris plusieurs mesures en réaction aux recommandations sur la formation et la sensibilisation. Le DPIE a procédé à un examen approfondi de tous les programmes de formation et de sensibilisation relatifs aux TSO exécutés par les FC. Un Groupe de travail sur la formation et la sensibilisation en matière de TSO, formé d'intervenants de la communauté des soins de santé et de la formation des FC, de commandants d'armée et de membres du SSVSO, a été créé et a tenu sa première réunion le 6 mai 2002.
- 104** L'examen du DPIE s'est terminé en septembre 2002 et a entraîné 25 recommandations. Parmi les recommandations clés, mentionnons : les FC doivent s'assurer que le programme de formation « détermine de façon appropriée les besoins en compétences et connaissances relatives aux TSO », et que les plans de formation et les normes de qualification comprennent une formation et une sensibilisation « continues et progressives » à

propos des TSO tout au long du cycle de formation. L'examen a aussi mis l'accent sur l'importance de donner une formation appropriée sur les TSO aux commandants en particulier et aux chefs de file en général. Il présente les lacunes du système actuel, précisant que la formation actuelle des officiers et des MR n'offre pas les « outils pratiques » permettant d'aborder les questions liées aux TSO.

- 105** Le DPIE a formulé entre autres les recommandations suivantes concernant les TSO liés au déploiement : les Secteurs de la Force terrestre devraient évaluer leurs pratiques exemplaires mutuelles, les FC devraient faire participer des anciens combattants chevronnés à la formation et à la sensibilisation des chefs de file, utiliser des ressources en santé mentale sur place et mettre l'accent sur la formation durant le processus de réintégration.
- 106** Le Comité sur le TSO a discuté de la mise en œuvre de ces recommandations au cours de sa deuxième réunion qui a eu lieu le 1^{er} octobre 2002. Je crois comprendre que les recommandations ont été acceptées en principe, et que des plans visant à les mettre en œuvre seront élaborés. Dans le cadre de ce processus, le Comité sur le TSO a reformé le Groupe de travail sur la formation et la sensibilisation en matière de TSO.

Conclusion

- 107** L'examen du DPIE fournit une analyse et un aperçu complets et constructifs de l'état actuel de la formation et de la sensibilisation relatives aux TSO au sein des FC. Il reconnaît les faiblesses soulignées dans le premier rapport et estime qu'on doit s'y attaquer. Il fait la promotion de mesures qui, si elles sont mises en œuvre par les FC, contribueront grandement à la réalisation des objectifs de mes recommandations relatives à l'information et à la sensibilisation, y compris la présente recommandation. L'indicateur clé du sérieux avec lequel les FC sont disposées à s'attaquer à ces problèmes sera la quantité de ressources consacrées à la mise en œuvre de l'examen du DPIE.

Recommandation 8

- 108** Les unités des Forces canadiennes soient mandatées pour fournir, à tous leurs membres et à intervalles réguliers, une formation sur le SSPT, en plus de la formation liée au déploiement.

Réaction des FC

- 109** On soutient pleinement cette recommandation qui sera mise en œuvre à court terme. Conformément aux normes du Système de formation et d'éducation des FC, on établira, au plus tard le 15 août 2002, les exigences à l'échelle des FC relatives à la formation et à la sensibilisation en ce qui concerne le SSPT, afin de déterminer quelles compétences ou connaissances sont essentielles, qui en a besoin, à quel moment et comment elles seront transmises.

Analyse

- 110** La formation continue est la clé du changement des cultures. Dans le cadre de son examen, le DPIE a recommandé « d'utiliser le recyclage et le perfectionnement professionnel annuels des unités comme outils servant à sensibiliser le personnel à l'égard des TSO. » Je crois comprendre que le SMA (RH-Mil) a récemment autorisé une telle formation à l'échelle des FC. La stratégie initiale consistera à faire suivre le processus de formation sur les premiers soins des éléments de formation sur les TSO dans les cours de perfectionnement professionnel. La mise en œuvre complète de ce processus s'échelonnera vraisemblablement sur deux ans.
- 111** L'examen et les recommandations du DPIE sont particulièrement les bienvenus, puisque mes enquêteurs ont constaté, dans les secteurs qu'ils ont visités, que peu d'amélioration générale avait été apportée à la quantité de séances de formation continue destinées aux unités sur le terrain depuis la publication de mon rapport initial. Par exemple, très peu d'unités avec lesquelles nous avons communiqué avaient récemment organisé une formation sur les TSO. Selon un CSTSO, le Centre avait reçu très peu de demandes de séances de sensibilisation de la part des unités. Un échantillon représentatif des unités navales, y compris les navires de défense côtière, ont mentionné qu'on ne les avait pas joints d'inclure une

formation sur les TSO ou le stress dans les programmes de formation continue. Cependant, quelques unités ont inclus de leur propre initiative des séances de sensibilisation au stress et aux TSO dans leurs journées de perfectionnement professionnel. Le CSTSO local a présenté des exposés sur les TSO à plusieurs de ses séances de formation.

- 112** Lorsqu'on a donné une formation aux unités, comme celle qui a été fournie récemment au sein de la Direction générale de l'administration, à North Bay, les commentaires ont été généralement positifs. Dans un autre cas, un membre nous a dit que les FC devraient « utiliser un modèle analogue à celui que les chefs de file comprennent déjà : il faut se méfier des TSO au même titre que des engelures, des pieds de tranchées et des pieds d'immersion – ils sont aussi dangereux que la balle d'un fusil. » Selon un professionnel de la santé, la formation continue sur les TSO contribuerait à réduire la stigmatisation des membres atteints d'un TSO et les mauvais traitements dont ils sont victimes. Comme l'a déclaré un officier supérieur de la Marine, « Nous devons former nos MR et nos officiers afin qu'ils puissent détecter le stress dont souffrent leurs soldats aussi facilement que les problèmes d'alcoolisme. »
- 113** La formation continue et la formation relative au déploiement relèvent principalement de la responsabilité de ceux qui mettent les forces sur pied. Dans de nombreux cas, les commandants ont déclaré qu'ils n'avaient tout simplement pas le temps d'inclure la sensibilisation aux TSO dans leurs programmes de formation, même si, paradoxalement, nombreux étaient ceux qui reconnaissaient l'importance d'une telle sensibilisation. Un officier supérieur nous a dit ce qui suit : « Nous savons que nous devrions le faire, mais nous n'avons ni le temps ni l'argent. »
- 114** Selon un autre officier supérieur, « La formation continue perturbe mon horaire de travail. » Peu importe le degré de soutien, le manque de temps constituait un problème que de nombreux employés sur le terrain ont soulevé.

Conclusion

- 115** La réaction des unités sur le terrain à cette recommandation est décevante, même si je suis encouragé par l'engagement de la chaîne de commandement à l'égard des conclusions de l'examen du DPIE. L'ajout d'un volet TSO à la formation sur les premiers soins est une excellente initiative. On devra se montrer strict

envers les unités, afin d'assurer un degré de formation continue satisfaisant au sein des FC.

- 116** Je reconnais qu'il est difficile de trouver du temps et des ressources pour la formation lorsque les ressources financières et humaines sont insuffisantes. Lorsqu'on doit prendre des décisions difficiles concernant la façon de dépenser l'argent de budgets de plus en plus serrés, il est facile d'éliminer des programmes de perfectionnement professionnel et des séances de formation qui ne sont peut-être pas considérés comme directement liés aux capacités opérationnelles. L'un des objectifs de la formation continue sur les TSO consiste à s'assurer que les troupes demeurent sensibilisées à la question. Il est à espérer que cette formation contribuera à réduire la stigmatisation associée aux TSO et que, à long terme, on réduira le degré et la fréquence des TSO aigus. Des avantages considérables pourraient en découler dans le secteur des coûts des soins de santé et du maintien de précieux effectifs formés et chevronnés.

Recommandation 9

- 117 Les Forces canadiennes fassent du SSPT un élément obligatoire de l'éducation et de la formation à tous les grades; et que l'éducation de tous les membres sur le SSPT devienne une priorité.

Réaction des FC

- 118 On soutient pleinement cette recommandation qui sera mise en œuvre à court terme. Conformément aux normes du Système de formation et d'éducation des FC, on établira, au plus tard le 15 août 2002, les exigences à l'échelle des FC relatives à la formation et à la sensibilisation en ce qui concerne le SSPT, afin de déterminer quelles compétences ou connaissances sont essentielles, qui en a besoin, à quel moment et comment elles seront transmises.

Analyse

- 119 Dans le cadre de son examen, le DPIE souligne une stratégie visant à améliorer la sensibilisation des membres à l'égard des TSO, en faisant de la sensibilisation aux TSO une partie intégrante de tous les niveaux de formation des chefs de file. Il est d'accord avec mes conclusions selon lesquelles la sensibilisation des chefs de file est l'une des premières étapes du remplacement de la culture des FC par une culture qui, comme il le fait remarquer, « favorise davantage l'acceptation de la légitimité des TSO et qui fait en sorte que les chefs de file se sentent habilités à aider leurs subalternes à préserver leur santé mentale. »
- 120 L'examen confirme aussi que les recrues et les aspirants officiers ont aussi besoin d'une formation sur les TSO, en particulier sur les techniques de maîtrise du stress et la façon de reconnaître les signes et symptômes qui permettent de déceler qu'on souffre soi-même ou qu'un autre souffre d'un TSO. Si elle est entièrement mise en œuvre, la stratégie du DPIE permettrait aux militaires de tous les échelons de recevoir une formation complète sur les TSO tout au long de leur carrière.

Conclusion

- 121** L'introduction précoce de programmes de formation et de sensibilisation axés sur les traumatismes liés au stress demeure le moyen le plus efficace de favoriser le changement de la culture dans ce domaine. Il reste beaucoup de chemin à parcourir pour s'assurer que cette recommandation soit mise en œuvre de façon efficace. Par conséquent, il est encourageant de constater que, dès la réunion du Comité sur le TSO, qui a eu lieu le 1^{er} octobre 2002, les FC ont pris la décision d'intégrer la formation sur les TSO dans leurs programmes de formation sur les premiers soins destinés à tous les militaires.
- 122** Les FC ont pris la première mesure visant à modifier leur approche à l'égard de la formation et de la sensibilisation dans le domaine des TSO, en formant le Groupe de travail sur la formation et la sensibilisation en matière de TSO et en mettant en œuvre les recommandations de l'examen du DPIE. Encore une fois, le succès de ces initiatives dépendra en grande partie des ressources qui lui seront attribuées et de la volonté continue des échelons de commandement d'assurer le succès des nouveaux programmes et des nouvelles initiatives.

Recommandation 10

- 123** Le Bureau du coordonnateur pour les problèmes du SSPT joue un rôle central dans le processus d'éducation et de formation en agissant comme ressource et conseiller pour les bases, les formations et les commandements.

Réaction des FC

- 124** On soutient pleinement cette recommandation. Les FC reconnaissent la nécessité de coordonner tous les aspects du traitement fructueux du SSPT (sensibilisation, formation, soins de santé mentale et physique, bien-être spirituel, rémunération et avantages, etc.). Toutes ces questions relèvent de la responsabilité du SMA (RH-Mil). (Voir la recommandation 31)

Analyse

- 125** La raison de cette recommandation est la suivante : la formation et la sensibilisation relèvent de l'ensemble des FC, et cette question exige une coordination entre les commandants d'armée, le sous-chef d'état-major de la Défense (SCEMD), les employés du réseau de la santé des FC, et ceux de la formation et de la sensibilisation, entre autres. Les FC ont formé le Groupe de travail sur la formation et la sensibilisation en matière de TSO, chargé de contribuer au processus d'examen du DPIE. Ce groupe était composé de 25 membres de 16 organisations différentes, y compris les employés du DGS San, des chefs d'état-major de l'Armée de terre, de la Force aérienne et de la Marine, du Directeur général – Politiques et planification en ressources humaines militaires (DGPPRHM), du DSBA et de la Police militaire. Les différents intérêts et diverses responsabilités représentés prouvent incontestablement la nécessité d'adopter un mécanisme permettant d'assurer une coordination efficace entre les intervenants. Un petit groupe consultatif a aussi été créé. L'examen du DPIE révèle que, même si des progrès considérables ont été réalisés, particulièrement en ce qui concerne la formation sur les TSO liés au déploiement, il semble y avoir « un manque de [...] coordination entre les nombreux efforts différents déployés à l'échelle des FC pour sensibiliser le personnel aux TSO. »

- 126** La création des postes de Conseillère spéciale du CEMD (TSO) et de Conseiller spécial adjoint du CEMD (TSO) est une mesure positive au chapitre de la formation et de la sensibilisation. Cependant, l'ampleur des travaux est telle qu'il sera très difficile pour les titulaires d'assumer efficacement leur fonction à temps partiel. La responsabilité principale de la Conseillère spéciale du CEMD (TSO) est celle de DPIE. Il s'agit là d'une combinaison positive de fonctions, puisque la formation et la sensibilisation constituent la clé d'un changement de culture nécessaire. À l'heure actuelle, la création du Comité sur le TSO est aussi considérée comme une mesure positive, puisqu'elle fournit à la Conseillère spéciale du CEMD (TSO) une tribune où elle peut communiquer les questions liées aux TSO.
- 127** Nous n'avons trouvé aucune preuve confirmant que, à l'heure actuelle, la coordination à l'échelle nationale a des répercussions sur le terrain. En effet, la plupart des employés sur le terrain qui pouvaient être touchés par la création du poste de Conseillère spéciale du CEMD (TSO) n'étaient pas encore au courant de cette nomination.
- 128** Durant les entrevues sur le terrain, nous avons recueilli de nombreuses observations concernant des questions qui pouvaient relever de la responsabilité d'un coordonnateur central de la formation et de la sensibilisation. Par exemple, un coordonnateur du déploiement d'un CRFM qui a récemment participé à un cycle de déploiement/redéploiement a déclaré ce qui suit à mes enquêteurs : « Il n'existe aucune chaîne de responsabilité claire permettant de s'assurer que les diverses organisations collaborent ensemble. » Même s'il ne parlait pas directement de formation, un représentant du Régime d'assurance-revenu militaire a évoqué un thème courant pendant qu'il commentait le degré actuel de coordination et son impact sur les troupes : « Il n'y a pas une seule personne qui coordonne tout cela. »

Conclusion

- 129** La coordination des activités dans ce secteur constitue une énorme tâche. Les fonctions qui consistent à composer avec les TSO sur le plan médical et opérationnel, à relier entre elles les initiatives de formation et de sensibilisation et à communiquer avec les chaînes opérationnelles et les bureaucraties sont accablantes. L'examen du DPIE recommande que le Groupe de travail sur la formation et la sensibilisation en matière de TSO poursuive ses travaux avec le mandat d'« assurer l'élaboration et la coordination de programmes

de formation et de sensibilisation en matière de TSO efficaces et fondés sur des données probantes et de jouer le rôle de point central en évaluant toutes les propositions de formation et de sensibilisation en matière de TSO. » L'examen révèle aussi que ces réunions devraient être tenues « régulièrement », et que les participants « devraient être habilités à prendre des décisions au nom de leur organisme ». J'appuie entièrement cette recommandation et l'analyse.

- 130** Je reconnais que le processus de coordination en est à ses tout débuts, et je suis impatient de voir le rôle central et important que jouera la Conseillère spéciale du CEMD (TSO) (qui présidera aussi le Groupe de travail sur la formation et la sensibilisation en matière de TSO en tant que DPIE) dans la mise en œuvre des recommandations du DPIE. Cette question fait l'objet d'une analyse plus approfondie dans ma réaction à la recommandation 31.

Recommandation 11

- 131** Les Forces canadiennes incluent des membres actuels ou anciens, qui ont une expérience personnelle du SSPT, dans toutes les initiatives d'éducation et de formation dans ce domaine particulier.

Réaction des FC

- 132** On soutient entièrement cette recommandation. Au plus tard le 15 août 2002, l'exigence à l'échelle des FC concernant la formation et la sensibilisation relatives au SSPT (recommandations 7, 8 et 9) sera respectée. Cette activité permettra de recommander des méthodes permettant d'inclure, s'il y a lieu, des militaires ou d'anciens militaires qui ont l'expérience du SSPT dans tous les projets de formation et de sensibilisation relatives au SSPT. Le MDN collaborera avec les ACC pour établir des procédures conjointes permettant d'aborder cette question.

Analyse

- 133** Durant mon enquête initiale, il est devenu évident que l'un des moyens les plus crédibles et efficaces de fournir une formation sur les TSO était d'avoir recours à des membres et d'anciens membres des FC qui ont une expérience directe des opérations et des TSO. Je croyais qu'il était important que ces militaires participent dès le début à la création de projets de formation et de sensibilisation. Je prends note du fait que le SSVSO est représenté dans le Groupe de travail sur la formation et la sensibilisation en matière de TSO par son directeur de projet, le major (maj) Stéphane Grenier.
- 134** Dans les FC, tout le monde s'entend pour dire que la participation des militaires qui ont une expérience des TSO aux projets de formation et de sensibilisation peut contribuer de façon très positive à supprimer certaines des idées fausses concernant les traumatismes liés au stress. Dans son examen, le DPIE tire des conclusions semblables, faisant remarquer que des équipes multidisciplinaires, y compris des anciens combattants, devraient donner la formation. Il souligne que « La perspective des anciens combattants qui ont une expérience du TSO peut se révéler

particulièrement précieuse pour les commandants.» Un groupement d'artillerie nous a fourni un autre exemple de l'importance d'avoir recours à quelqu'un qui a déjà souffert de ce traumatisme. Les membres de l'unité ne croyaient pas vraiment au SSPT jusqu'à ce qu'un des leurs » soit invité, durant un exercice de prédéploiement, à leur parler de sa propre expérience. À deux occasions, l'un de mes enquêteurs a assisté à une séance d'information offerte par une équipe combinée de membres du personnel médical et de militaires atteints du SSPT à des membres des FC. L'effet était impressionnant. Il s'agit là de puissants outils de formation et de sensibilisation, et ils devraient être utilisés le plus souvent possible.

- 135** La seule préoccupation importante qui a été exprimée est la suivante : on craint qu'un militaire souffrant d'un TSO qui cherche trop à aider les autres ne retarde sa propre guérison. De l'avis d'un psychiatre, une personne qui souffre du SSPT, même si elle est traitée, peut encore contracter un traumatisme secondaire et ne devrait pas participer à des travaux liés à son traumatisme. Espérons qu'on pourra réduire ce risque au minimum en surveillant étroitement et attentivement les pairs qui agissent à titre de formateurs et qui fournissent leur soutien, comme on le fait actuellement avec les participants au projet du SSVSO.
- 136** Le projet du SSVSO est la clé de la mise en œuvre de cette recommandation. Les quatre coordonnateurs pairs du SSVSO, qui sont tous des membres actuels ou anciens des FC possédant une expérience opérationnelle et une expérience directe du SSPT, ont chacun réalisé une moyenne de 12 projets de sensibilisation depuis que le SSVSO est devenu opérationnel en mars 2002. Les employés du SSVSO ont présenté des exposés à un large éventail de groupes, formés notamment de commandants, de militaires de haut rang, d'employés des ACC et de professionnels de la santé. Mon équipe d'enquêteurs a été témoin du succès que remportent les coordonnateurs pairs du SSVSO dans leurs activités de sensibilisation des membres des FC. Les commentaires des publics cibles se révèlent extrêmement positifs, même ceux des personnes qui étaient sceptiques à propos de la légitimité et de l'ampleur des TSO.
- 137** Le SSVSO s'engage à donner de l'ampleur à ses activités de formation et de sensibilisation, et a l'intention de créer une base de données sur les militaires actuels et les anciens militaires qui possèdent une expérience du SSPT et qui sont disposés et aptes à parler de leur expérience à des membres des FC et à d'autres personnes. Ils ne joueront pas le rôle de coordonnateur pair, mais contribueront au besoin aux programmes de formation et de

sensibilisation. Le SSVSO prévoit élaborer une séance d'information standard qui pourra être adaptée afin d'inclure l'expérience personnelle de chacun des conférenciers.

Conclusion

- 138** Je crois que la contribution, en tant qu'intervenants clés, des employés du SSVSO à l'élaboration du projet de formation et de sensibilisation est essentielle. Je suis heureux que les FC les fassent participer au processus ,et j'espère que le SSVSO jouera un rôle central dans l'élaboration d'une politique et de procédures concernant la formation et la sensibilisation.
- 139** L'expérience connue du lieutenant-général (à la retraite) Roméo Dallaire favorise le dialogue et l'amélioration des connaissances sur les TSO, et la publication de mon premier rapport a encouragé des gens à parler plus ouvertement de cette question. Cependant, les FC ne sont pas près de réaliser l'objectif qui consiste à reconnaître le TSO comme un grave traumatisme parmi tant d'autres. Une formation et une sensibilisation efficaces constituent la clé du changement d'une culture qui favorise la suspicion à l'égard des TSO et, à l'occasion, une hostilité ouverte. La nécessité de continuer à former des militaires à cet égard demeure, et elle exigera des ressources et de la persévérance. Il ne fait aucun doute que la participation de militaires actuels et d'anciens militaires qui souffrent d'un TSO constitue une approche très efficace.

Recommandation 12

- 140 Des équipes multidisciplinaires englobant toutes les spécialités professionnelles qui ont un rapport avec le diagnostic et le traitement du SSPT, incluant des soldats expérimentés, soient mises sur pied pour dispenser une formation sur le service d'approche. Afin d'augmenter son efficacité et d'assurer sa normalisation, une telle formation devrait être placée sous le contrôle du Bureau du coordonnateur pour les problèmes du SSPT.

Réaction des FC

- 141 Un examen sera effectué au plus tard le 30 juin 2002 afin de confirmer qu'une équipe multidisciplinaire de tous les CSTSO donne des séances de sensibilisation fondées sur un programme normalisé, et que des militaires en service expérimentés donnent ces séances dans la mesure du possible.
- 142 Remarque : Voir les recommandations 10 et 31
« Action » *vide* « coordonnateur pour le SSPT »

Analyse

- 143 Comme je l'ai expliqué dans mon analyse de la recommandation précédente, il ne fait aucun doute que l'approche la plus efficace à l'égard de la formation des membres des FC sur les TSO consiste à inclure des militaires expérimentés dans l'équipe multidisciplinaire. Même s'il n'appuyait pas la participation de militaires souffrant du SSPT à des travaux liés à ce traumatisme, un psychiatre a reconnu que des employés atteints de stress opérationnel seraient plus crédibles. Un haut militaire du rang résume bien l'attitude de bon nombre de militaires :
- 144 « Cette formation doit signifier quelque chose pour les gens qui la reçoivent, et les formateurs doivent être capables d'établir un lien avec des expériences de vie réelles. Par exemple, ils doivent employer des mots comme 'quand j'étais là' plutôt que 'lorsque j'étais en formation'. Des sous-officiers doivent enseigner à des sous-officiers, et des officiers à des officiers. »

- 145** Mes enquêteurs ont rencontré des employés de plusieurs CSTSO et ont longuement discuté avec le gestionnaire de projet du SSVSO. Les employés de ces deux organisations ont déclaré qu'ils commençaient à nouer de bonnes relations de travail entre eux. Presque tout le monde s'entendait pour dire qu'une collaboration en matière de sensibilisation et de formation est une bonne idée. Pourtant, ce principe ne trouve aucun écho dans la réalité. Comme je l'ai mentionné plus haut, cette situation est peut-être en partie attribuable au manque de ressources des CSTSO, qui, dans de nombreux cas, croulent sous une lourde charge de travail. En outre, le SSVSO se concentre toujours sur sa principale tâche, qui consiste à coordonner les services aux militaires qui ont besoin d'aide.
- 146** Cependant, comme le révèle l'analyse de la recommandation précédente, le SSVSO prévoit donner beaucoup plus d'ampleur à ses activités de sensibilisation. Récemment, l'employé d'un CSTSO, un membre du SSVSO et un commandant local ont donné une formation sur la même tribune. Par exemple, des membres d'un CSTSO et du SSVSO ont récemment présenté un exposé à une conférence sur le stress militaire, qui avait lieu dans un hôpital de Saint John (Nouveau-Brunswick). Voilà une excellente initiative. La rétroaction s'est révélée très positive, particulièrement à l'égard du membre du SSVSO, dont l'exposé a grandement touché de nombreux participants. Une militaire présente a confié à mes enquêteurs que, selon elle, les « expériences pratiques réelles » du conférencier du SSVSO constituent le moyen le plus efficace d'informer les membres des FC à propos des TSO.
- 147** L'examen du DPIE visait aussi à déterminer si les FC devraient employer des équipes multidisciplinaires pour dispenser une formation sur les TSO. L'auteur tire à peu près les mêmes conclusions que nous, recommandant que les FC
- 148** « utilisent des équipes multidisciplinaires formées de représentants de la chaîne de commandement, de fournisseurs de soins de santé et (ou) d'anciens combattants et chargées de donner des séances de formation et de sensibilisation en matière de TSO appropriées à chaque population cible, et d'avoir recours à des anciens combattants qui souffrent d'un TSO lorsqu'elles forment et sensibilisent des commandants. »

Conclusion

- 149** Il ne fait aucun doute que les activités de sensibilisation exercées par des équipes multidisciplinaires risquent davantage d'avoir un impact sur les publics cibles. Tout tend à prouver que la collaboration entre les employés des CSTSO et d'autres employés qualifiés, en particulier ceux du SSVSO, constitue un moyen très efficace de sensibiliser les membres des FC aux réalités des TSO et de supprimer certains des mythes qui se sont créés à cet égard. L'élément clé est la crédibilité qu'ont, auprès des membres des FC, les anciens combattants qui souffrent d'un TSO et qui participent au processus de formation et de sensibilisation. J'approuve et j'appuie les efforts que déploie le SSVSO pour élargir ses activités de sensibilisation.
- 150** Comme je l'ai fait remarquer ailleurs, on doit coordonner de façon efficace la chaîne de commandement opérationnelle afin de s'assurer que la formation est continuellement accessible à toutes les unités sur le terrain partout au Canada, et qu'elle n'est pas dispensée uniquement sur demande.

Recommandation 13

- 151 Les Forces canadiennes allouent des ressources additionnelles pour accélérer le lancement des initiatives proposées pour l'éducation en santé mentale mises au point par l'Équipe de santé mentale du Rx 2000.

Réaction des FC

- 152 On soutient pleinement cette recommandation et on y a entièrement donné suite. On s'est engagé à fournir aux CSTSO les ressources supplémentaires dont ils ont besoin. Les employés des Centres analysent actuellement leurs besoins.
- 153 Le SMA (RH-Mil) a fourni un financement supplémentaire au DGS San afin d'aider les CSTSO à reporter l'excédent de fonds affectés à la QV [Qualité de vie] par les ACC. Ces fonds sont gérés par le SCEM-Prestation des soins de santé et servent à l'amélioration des programmes et services fournis par l'entremise des CSTSO.

Analyse

- 154 Cette recommandation visait à encourager les FC à assurer le suivi de leurs engagements relatifs au Rx 2000 : « Élaborer des trousseaux de sensibilisation à la santé mentale et des trousseaux de formation destinés aux profanes qui mettent l'accent sur le leadership. » Le gestionnaire de projet du Rx 2000 était membre du Groupe de travail sur la formation et la sensibilisation en matière de TSO et, à ce titre, a contribué à la formulation des recommandations de l'examen du DPIE. Par conséquent, les objectifs du Rx 2000 seront vraisemblablement intégrés à la stratégie de formation et de sensibilisation des FC présentée dans les recommandations de l'examen du DPIE, selon lesquelles la communauté des services de santé des FC devrait jouer un rôle important dans la formation et la sensibilisation en matière de TSO.
- 155 Le financement supplémentaire mentionné dans la rubrique Réaction des FC, destiné à l'amélioration des services et totalisant environ 400 000 \$, constitue certainement une étape positive et

révèle que les cadres supérieurs s'engagent à exiger des améliorations dans le domaine de la sensibilisation aux problèmes de santé mentale et aux TSO.

Conclusion

- 156** Le volet formation et sensibilisation en matière de santé mentale du Rx 2000 fait partie des projets généraux soulignés dans l'examen du DPE. J'espère que la communauté des services de santé des FC recevra les ressources dont elle a besoin pour exercer les activités de formation et de sensibilisation en matière de TSO prévues dans l'examen du DPE.

Recommandation 14

- 157 Les Forces canadiennes mettent en place un processus de dépistage normalisé qui inclura tous les spécialistes appropriés et qui sera sous le contrôle d'un seul point de contact.

Réaction des FC

- 158 On soutient pleinement cette recommandation, dont la mise en œuvre est déjà en cours. Les méthodes de dépistage des membres qui doivent être déployés/redéployés seront élaborées davantage dans le cadre de l'initiative de la Fréquence de déploiement du personnel afin d'inclure une orientation stratégique en ce qui concerne les examens relatifs à l'attribution des missions.
- 159 Un formulaire de dépistage normalisé est déjà en place pour toutes les opérations internationales dirigées par le SCEMD. Cependant, on est en train d'examiner la façon dont le dépistage est effectué. En janvier 2003, le DQV [Directeur – Qualité de vie] dirigera un échange des pratiques exemplaires relatives au dépistage et à la réintégration, dans le but de mettre la dernière main au dépistage au plus tard au printemps 2003. On utilisera les résultats pour établir un processus de dépistage uniforme.

Analyse

- 160 Cette recommandation découle d'une approche observée par mes enquêteurs durant leur enquête initiale, qui consiste à faire subir à l'aveuglette des examens de dépistage diversifiés aux troupes déployées. Le problème était particulièrement aigu chez les Réservistes et les renforts.
- 161 Le travailleur social principal des FC travaille actuellement au processus de dépistage, en rassemblant les préoccupations à cet égard, ainsi que les solutions possibles. Une version préliminaire des lignes directrices sur le processus de dépistage a été élaborée et sera débattue au cours de la réunion d'échange de pratiques exemplaires mentionnée ci-dessus, qui aura lieu en janvier 2003.

On a formé un Comité clé et un Groupe de travail chargés de se pencher sur les problèmes liés au dépistage. Le Comité clé est formé de dix officiers supérieurs, qui travaillent notamment pour le Directeur général – Services de santé (DGS San), et de représentants de SMA (RH-Mil), de la Marine, de l'Armée de terre et de l'Armée de l'air.

- 162** Selon le DQV, le Groupe de travail sur la Fréquence de déploiement du personnel, formé de 20 à 25 membres de rangs diversifiés, à partir de capitaine à lieutenant-colonel, qui représente un large éventail d'intérêts militaires. Les membres se penchent sur les questions soulevées par le Comité clé. Tant le Comité clé que le Groupe de travail tiennent des réunions mensuelles distinctes. Le Comité clé et le Groupe de travail ont décidé de mettre en œuvre un « Forum des meilleures pratiques » ou un projet « Leçons tirées ». Ils ont l'intention d'examiner les expériences de l'OP APOLLO et l'OP PALLADIUM. On est en train d'organiser un atelier de trois jours qui rassemblera tout le monde à Ottawa et qui aura lieu en janvier 2003. Le Comité est en train de recueillir des informations auprès de l'Armée de terre, de la Marine et de l'Armée de l'air. Ces membres ont l'intention de consulter un large éventail d'intervenants, notamment des planificateurs, des exploitants, des membres de la famille, des fournisseurs de soins de santé, des représentants de politiques et des processus, ainsi que des coordonnateurs du déploiement.
- 163** J'ai été heureux d'apprendre l'existence de ces améliorations, puisque mes enquêteurs estimaient que peu de changements étaient survenus sur le terrain en ce qui concerne le dépistage précédant les déploiements. On nous a dit que, souvent, la période précédant un déploiement est si intense, en raison des autres préparations à effectuer, de la formation opérationnelle finale ou d'autres engagements opérationnels, qu'on ne peut consacrer suffisamment de temps aux processus du groupe d'aide au départ (GAD). (Le GAD est un groupe de personnes qui contribuent au processus de déploiement, notamment en examinant les membres sur le point d'être déployés.) Au dire d'un haut militaire du rang, « habituellement, les employés sont si occupés à se préparer pour le départ qu'ils ne prennent pas la question très au sérieux. Ils veulent simplement expédier le processus afin de pouvoir se mettre à la tâche. » En outre, rien n'indique que les CRFM participent constamment au processus de dépistage. Les militaires et les FC pourraient tirer profit de leurs contributions directes et de l'accès aux familles.
- 164** Selon un professionnel de la santé mentale, le processus de dépistage actuel est bref, non ciblé et non scientifique. Il considère

le dépistage comme une « formalité ». Ce point de vue était grandement partagé par un large éventail de personnes possédant des connaissances directes.

- 165** En ce qui concerne les Réservistes de l'armée, mes enquêteurs ont observé que peu d'efforts étaient déployés pour coordonner les évaluations précédant les examens de dépistage des Réservistes. Nous avons appris que la coordination et, en fait, l'ensemble du processus de dépistage des Réservistes s'effectuent au mieux à l'aveuglette. Dans la plupart des cas, comme les délais relatifs aux déploiements imminents sont très serrés, cette méthode est encore moins fiable que celle utilisée pour la Force régulière. Par conséquent, les problèmes cernés dans la Force régulière sont encore plus graves dans l'Armée de Réserve. Comme le résume un aumônier militaire de la Réserve, « Dans de nombreux cas, le processus du GAD est expédié en raison du manque de temps. »

Conclusion

- 166** Je félicite les FC pour le projet de la Fréquence de déploiement du personnel et l'initiative du DQV et j'attends avec impatience les résultats de dépistage des leçons tirées et des pratiques exemplaires, qui, à mon avis, constituent une initiative constructive à laquelle participeront des personnes compétentes. Je crois que les résultats favoriseront grandement la création d'un processus de dépistage normalisé. Il semble cependant qu'il reste beaucoup de chemin à parcourir dans le domaine afin de s'attaquer au manque crucial de coordination et d'échange d'informations, particulièrement dans les Forces de Réserve.

Recommandation 15

- 167** Les Forces canadiennes montent un projet pilote pour déterminer les moyens les plus efficaces, pour les membres revenant d'un déploiement, d'être réintégrés dans la vie de famille et la vie de garnison.

Réaction des FC

- 168** On soutient pleinement cette recommandation qui sera examinée en détail. Dans le cadre de l'étude sur les dimensions humaines des déploiements, le Groupe de travail de la Fréquence de déploiement du personnel examine déjà le processus de réintégration. Cependant, l'établissement d'un projet pilote fera l'objet d'une enquête d'ici le 30 juin 2002.
- 169** En raison des divers facteurs qui caractérisent les missions et du délai nécessaire à l'établissement de nouvelles procédures à la suite d'un projet pilote, il a été déterminé qu'un exercice d'échanges des pratiques exemplaires constituait le moyen le plus efficace de rassembler les meilleures méthodes de réintégration. Cet exercice aura lieu à l'automne 2002. Il servira à établir des politiques et pratiques uniformes à tous les échelons de la chaîne de commandement.

Analyse

- 170** Durant l'enquête initiale, nous avons fait remarquer que le retour rapide dans sa famille d'un militaire qui a été déployé sans qu'il ait le temps de s'adapter graduellement causait des difficultés tant pour le militaire que pour les membres de la famille. Nous avons suggéré diverses approches axées sur un congé post-opérationnel ayant notamment pour objectif une période de décompression et de réintégration graduelle à la vie courante.
- 171** Cette recommandation exige l'entière contribution et la collaboration des responsables de la mise sur pied des Forces et du SCEMD. Le récent déploiement en Afghanistan constitue un exemple parfait de la façon dont les FC peuvent mettre en œuvre cette recommandation. Avant leur retour au pays, on a envoyé les

membres du groupement tactique à Guam et on leur a accordé un congé et une période de décompression de trois à cinq jours. Pendant cette période, ils ont reçu des informations et des séances de formation sur des sujets comme la réintégration au travail et dans la famille, la maîtrise de la colère et la sensibilisation au suicide. Des périodes libres et des excursions culturelles faisaient aussi partie des activités. À leur retour à leur base principale, les 28 et 30 juillet, les soldats ont travaillé pendant une période pouvant inclure sept demi-journées et cinq journées complètes, jusqu'au 17 août, où on leur a accordé un congé en bloc. Cet horaire de travail visait à accorder aux militaires du temps pour composer avec des problèmes liés à la mission et à leur permettre de réintégrer graduellement leur famille. Voici le commentaire formulé par un employé du CRFM : « L'étalement des horaires de travail durant les deux premières semaines est une bonne chose. Même si les militaires veulent retrouver leur famille, ils ont hâte d'être de retour dans leurs unités. »

- 172** « Tous les soldats de retour à qui j'ai parlé étaient emballés », a déclaré un sergent-major régimentaire qui connaît bien ces soldats. Cependant, mentionnons que, en raison du délai que devait respecter la publication du présent rapport et du congé en bloc accordé aux troupes, mes enquêteurs n'ont pu obtenir directement des soldats du groupement tactique ni des membres de leur famille, leurs impressions au sujet de la période de décompression à Guam, et de leur réintégration graduelle dans leurs fonctions et leur famille. Nous avons interrogé des fournisseurs de soins qui se trouvaient à Guam à titre de membres du contingent et de conférenciers invités. Ils estimaient que ce processus était tout à fait adéquat.
- 173** En fin de compte, presque tous les militaires à qui nous avons parlé ont affirmé qu'il s'agissait d'une excellente initiative qui, en principe, devrait être répétée après chaque déploiement. Même s'il pourrait se révéler nécessaire de modifier l'ampleur et la durée de la phase de redéploiement selon la situation de chaque mission, ce concept est excellent.
- 174** J'ai l'intention de consulter, au moment opportun, des membres du contingent et des chefs de file afin d'obtenir leurs commentaires et points de vue à cet égard. Ces consultations devraient fournir une meilleure compréhension de la nécessité et de la valeur d'une telle initiative dans les FC.

Conclusion

- 175** Je félicite les FC pour l'initiative relative au contingent qui a été envoyé en Afghanistan. Je crois comprendre que la chaîne de commandement de l'unité déployée (le 3^e Bataillon de la Princess Patricia's Canadian Light Infantry) a défendu et exécuté ce plan. Le SCEMD et son personnel méritent aussi des éloges pour le rôle qu'ils ont joué dans cette réussite. Il s'agit là d'un pas de géant qui entraînera probablement des avantages considérables. J'attends avec impatience de connaître les résultats de l'exercice d'échange des pratiques exemplaires mentionné sous la rubrique Réaction des FC.

Recommandation 16

- 176** Les Forces canadiennes fournissent les ressources supplémentaires suffisantes pour permettre à tous les membres du personnel soignant en santé mentale, y compris les aumôniers militaires et les travailleurs sociaux, d'avoir accès à la formation dont ils ont besoin pour traiter les problèmes de santé mentale.

Réaction des FC

- 177** On soutient pleinement cette recommandation et on y a en partie donné suite. Le personnel du DGS San est en train de préparer un plan à l'intention de tous les professionnels de la santé mentale, afin non seulement de fournir régulièrement une formation médicale continue, mais aussi de procéder à une supervision clinique de chacun des membres du personnel soignant en santé mentale. Conformément aux recommandations du Comité d'uniformisation des traitements nouvellement formé et aux pratiques fondées sur des données probantes, on fournira à chaque professionnel la formation et les compétences dont il a besoin pour traiter les problèmes de santé mentale, y compris les TSO et le SSPT. Une analyse complète des besoins de chaque groupe de fournisseurs de soins sera effectuée d'ici le 15 août 2002. Selon les employés de l'aumônier général, les aumôniers militaires ne devraient pas tous être « hautement qualifiés ». Les aumôniers aux CSTSO sont des aumôniers universitaires (p. ex., maîtrise en counselling pastoral). La Branche des services de l'aumônerie dispense des cours de counselling général à tous les aumôniers et une formation spécifique sur les SSPT aux aumôniers nouvellement enrôlés.
- 178** L'ASPFC [Agence de soutien du personnel des Forces canadiennes] a déclaré qu'on devrait « tenir compte » de ces employés qui exercent des activités de counselling au sujet du SSPT durant la mise en œuvre de cette recommandation. Le DGS San examinera cette question d'ici le 30 juin 2002.

Analyse

- 179** Cette recommandation découle des préoccupations soulevées par les membres du personnel soignant : ces derniers ne peuvent effectuer continuellement des recherches sur les SSPT et les TSO. Cette préoccupation a été formulée à de nombreuses reprises par des travailleurs sociaux des FC, qui devaient souvent assumer d'autres fonctions en plus de leurs responsabilités de soignants auprès des membres des FC qui souffrent d'un TSO.
- 180** Mes enquêteurs ont constaté que les FC avaient pris plusieurs mesures pour améliorer la qualité et la quantité des activités de formation et de sensibilisation destinées aux membres du personnel soignant en santé mentale des FC. Durant une conférence destinée aux travailleurs sociaux des FC qui s'est tenue en septembre 2002 (qui fait l'objet d'une analyse détaillée dans la recommandation 17), des spécialistes en SSPT ont présenté des exposés. Selon des personnes qui y ont participé, cette conférence a remporté un franc succès.
- 181** Cependant, les FC reconnaissent qu'il reste beaucoup de chemin à parcourir. Selon un officier supérieur qui travaille pour le SMA (RH-Mil), « à l'échelle nationale et dans les divers groupes cliniques, on travaille continuellement pour définir les compétences requises. » La formation continue constituera l'un des sujets de la réunion des gestionnaires des CSTSO prévue au début novembre 2002, et cette question sera examinée durant la réunion du Groupe de travail des infirmières en santé mentale, qui aura lieu à la fin de novembre. Même si les diverses disciplines ont tenu des discussions à cet égard, on ne s'entend pas encore sur la formation continue qui doit être dispensée, et aucun rapport n'a été produit.
- 182** Dans un certain nombre de bases, les enquêteurs ont constaté que les contractuels qui travaillent pour le MDN et les FC par l'entremise de Med Emerg International (fournisseur de services privé) ont une perception différente de la formation de celle des employés du MDN et des FC. Le MDN et les FC emploient actuellement environ 700 employés de Med Emerg, qui fournissent une diversité de services de santé. Dans certains CSTSO, ces employés représentent la plupart des fournisseurs de traitement et des fournisseurs de soins.
- 183** Med Emerg accorde à ses employés un congé payé annuel de 45 jours, qui comprend 11 jours fériés et six jours de congé de maladie, les 28 autres jours étant répartis entre les vacances, les

congés pour décès et les congés pour formation et perfectionnement professionnel.

- 184** Je crois comprendre que le MDN a le pouvoir discrétionnaire de financer des conférences ou des cours destinés aux employés de Med Emerg, ce qui arrive parfois, bien que de façon officieuse. Cependant, au cours d'une assemblée générale tenue plus tôt cette année à Edmonton, on a signifié aux employés de Med Emerg que « le MDN ne dispose pas des fonds pour fournir une formation médicale continue. » On a indiqué à l'équipe d'enquêteurs que, dans de nombreux cas, les employés de Med Emerg financent leur propre perfectionnement professionnel en utilisant leur banque de 45 jours de congé pour assister à des cours de formation continue directement liés aux fonctions qu'ils assument pour le MDN et les FC. Ces employés assument aussi les dépenses associées à ces cours, y compris les frais de déplacement et d'hébergement et de coût des repas. Un représentant de Med Emerg a confirmé qu'aucun financement n'est accordé aux employés pour la formation continue. Sur le terrain, on a de plus en plus l'impression qu'un système à deux niveaux est en train d'être créé, les employés contractuels de Med Emerg devenant des citoyens de seconde zone au chapitre de la formation.

Conclusion

- 185** La formation et la sensibilisation appropriées des membres du personnel soignant dans le domaine des TSO demeure un enjeu important pour les FC. Cette question a un impact tant sur la qualité des soins fournis aux membres des FC qui souffrent d'un TSO que sur le moral des fournisseurs de soins. Même si certaines améliorations considérables ont été apportées à l'accessibilité de l'information aux membres et employés du MDN et des FC, il reste beaucoup de chemin à parcourir. La nécessité d'assurer la formation et la sensibilisation adéquate des employés contractuels doit faire partie des discussions continues qui se tiennent au sein de l'organisation du DGS San.

Recommandation 17

- 186** Les Forces canadiennes fournissent les ressources supplémentaires suffisantes pour permettre à la branche du travail social d'organiser des journées de réflexion annuelles pour tous ses travailleurs sociaux. Le SSPT devrait être un thème important de ces journées.

Réaction des FC

- 187** On soutient pleinement cette recommandation. On réservera une date pour la séance de réflexion annuelle des travailleurs sociaux. La première aura lieu à la fin de 2002 et, comme l'indique la recommandation, elle mettra surtout l'accent sur le SSPT. Dans les prochaines années, on fera coïncider ces séances avec la rencontre nationale des FC sur la santé mentale et le Congrès de médecine opérationnelle des Forces canadiennes.

Analyse

- 188** Les fournisseurs de soins de santé mentale des FC ont une charge de travail très lourde et, pour rester efficaces et conserver leur moral, ils doivent rencontrer régulièrement leurs pairs. Une séance de formation en travail social a eu lieu au cours de la semaine du 22 au 25 septembre 2002. La rencontre de quatre jours s'est tenue à Mississauga et a réuni environ 90 personnes provenant de tous les coins du Canada. Il y a eu deux conférenciers invités : D^{re} Anna Baranowski a fait un exposé sur l'usure de compassion et le D^r Meichenbaum de l'Université de Waterloo, un chef de file dans le traitement du SSPT, a présenté un exposé sur l'évaluation et le traitement du SSPT.
- 189** Les travailleurs sociaux qui œuvrent actuellement au CSTSO n'ont pas été invités à assister à cette rencontre puisque, selon un haut responsable des FC, leur niveau de compréhension du SSPT est considéré comme étant plus élevé que celui fourni au cours du séminaire. Quelques travailleurs sociaux du CRFM n'ont pas non plus été invités à participer. Un certain nombre d'infirmières en santé mentale, d'aumôniers, de gestionnaires de cas et de représentants des ACC ont été invités à assister à l'exposé du D^r Meichenbaum.

- 190** Mes enquêteurs ont discuté avec un certain nombre de travailleurs sociaux qui ont assisté à l'événement. Presque unanimement, ils ont indiqué que celui-ci avait été très utile, qu'il s'agissait d'une démarche essentielle qui devrait se répéter régulièrement. La plupart des participants auxquels nous avons parlé ont été particulièrement impressionnés par la qualité de l'exposé du D^r Meichenbaum. Après les exposés, les participants ont rempli des évaluations, qui se sont révélées très positives. Toutefois, les organisateurs n'ont pas demandé aux participants de fournir une évaluation de l'ensemble des quatre jours.
- 191** Bien que toutes les personnes à qui nous avons parlé ont beaucoup apprécié le fait que les FC aient engagé des ressources pour organiser l'événement, certaines étaient préoccupées par le fait que la semaine avait davantage pris l'allure d'un congrès que d'une séance de réflexion. Certains participants ont laissé entendre que l'événement aurait été plus constructif s'ils avaient eu davantage la possibilité d'échanger leurs points de vue sur les défis locaux et systémiques auxquels ils font face en tant que travailleurs sociaux dans un environnement militaire.
- 192** Le lieutenant-colonel (lcol) Matheson, officier responsable du bureau du travail social des FC, nous a indiqué qu'il y aurait des ateliers annuels et que « même s'ils seront liés à d'autres événements, comme la rencontre annuelle sur la santé ou le Congrès de médecine opérationnelle, une journée sera consacrée exclusivement aux questions liées au travail social. »

Conclusion

- 193** Le bureau du travail social des FC doit être félicité puisqu'il a fourni les ressources qui ont permis d'organiser cet événement. Les commentaires des participants ont été, de façon générale, très positifs. Je crois qu'il vaudrait la peine d'inviter tous les travailleurs sociaux qui travaillent à temps plein pour les FC, y compris ceux du CSTSO et du MFRC, à participer aux événements de ce genre dans l'avenir. La valeur de l'événement est évidente, et a permis de remonter le moral des travailleurs sociaux. De plus, les participants ont dit qu'ils avaient l'impression que, par cet événement, les FC reconnaissaient l'importance du travail des travailleurs sociaux. Je recommande fortement qu'un congrès des travailleurs sociaux ait lieu chaque année et ne soit intégré à aucun autre congrès.

Recommandation 18

- 194** Les règles concernant le reclassement soient modifiées pour pouvoir accommoder rapidement les membres atteints du SSPT et pour lesquels un transfert dans un autre groupe professionnel militaire serait thérapeutiquement bénéfique.

Réaction des FC

- 195** On soutient pleinement cette recommandation. Les règles actuelles permettent tout à fait d'accommoder un membre des forces qui pourrait profiter d'un reclassement obligatoire lorsqu'il peut respecter les exigences médicales liées à l'autre profession. Les procédures actuelles vont comme suit (dans cet ordre) : le militaire est recommandé par un médecin militaire ou un spécialiste pour un transfert à l'extérieur du CGPM [Code de groupe professionnel militaire]; le dossier est présenté au D Pol San [Directeur – Politique de santé] qui doit l'approuver, puis au DAGRCM [Directeur – Administration et gestion des ressources (Carrières militaires)] 3-3 qui en fera le traitement. Les restrictions des tâches doivent être précises et ne doivent pas contrevenir aux normes attitudes générales des FC. Le traitement du DAGRCM 3-3 suppose :
- 196**
- l'obtention d'un rapport de l'OSP [Officier de sélection du personnel] faisant état des CGPM qui conviendraient au militaire
- 197**
- l'obtention des places de formation vacantes du nouveau CGPM et l'horaire des cours auprès du SREIFC [Service du recrutement, de l'éducation et de l'instruction des Forces canadiennes]
- 198**
- le rapprochement entre le CGPM auquel le militaire aimerait se joindre et les places vacantes
- 199**
- une offre de CGPM présentée au militaire par le truchement du commandant

- 200** Lorsque le militaire accepte le nouveau CGPM, il est tout de suite envoyé en formation ou attend une formation dans son unité actuelle. (La période d'attente dépend du calendrier des cours de formation du CGPM).
- 201** D'ici le 30 juin 2002, on commencera à examiner la façon dont les règles/les procédures de reclassement obligatoire pourraient être mises en œuvre de façon plus rapide.

Analyse

- 202** Cette recommandation a été formulée en réaction aux nombreuses plaintes que mes enquêteurs ont entendues pendant leur première enquête concernant les obstacles bureaucratiques au reclassement. En fait, le médecin du cpl McEachern lui-même a tenté sans succès d'obtenir pour son client un reclassement dans une profession où, selon lui, le cpl McEachern aurait eu un bon rendement. Il semblerait que des militaires qualifiés et expérimentés étaient forcés de prendre leur libération alors qu'ils auraient pu continuer leur service au sein d'une autre profession.
- 203** Pendant la préparation du présent rapport, nous avons continué à recevoir des plaintes provenant de militaires, de professionnels de la santé et de la chaîne de commandement concernant le processus de reclassement. En général, les gens ont l'impression que les FC continuent de gaspiller des militaires qualifiés et compétents en raison de critères bureaucratiques voulant qu'ils correspondent à une catégorie médicale dans leur CGPM original avant de pouvoir obtenir un reclassement volontaire. Dans un cas, un adjudant-maître à la retraite qui dirigeait un peloton composé de militaires inscrits sur la LEPMD a trouvé une façon d'obliger le système à permettre à trois anciens patients atteints de SSPT qui étaient inscrits sur la LEPMD d'obtenir un reclassement volontaire (RV). Dans une autre base, un soldat n'a pas eu autant de chance. Il avait été tenu comme un exécutant exceptionnel au sein de son unité d'infanterie, mais a souffert d'un TSO après son retour de son dernier déploiement. Il avait participé à trois affections opérationnelles, y compris la Croatie en 1993. Il avait réussi à obtenir un emploi de technicien en approvisionnement au sein de son unité et ensuite, pour la base. Il le dit lui-même : « Je ne peux peut-être plus être déployé, mais je peux certainement être employé. » Il a tenté d'obtenir un reclassement volontaire avec l'aide des services médicaux, mais on lui a refusé.

- 204** Il apparaît clairement que le RV des militaires chez qui on a diagnostiqué un TSO constitue toujours un problème très sérieux. Le personnel du SMA (RH-Mil) nous a dit que le processus de RV est très différent du processus de reclassement obligatoire (RO). Si un militaire fait l'objet d'un reclassement médical au moyen d'un RO, il profite de certains avantages, comme le taux de rémunération et d'autres protections offertes, avantages qu'une personne qui demande un reclassement volontaire n'obtiendra pas. Dans le cas de reclassement volontaire, d'autres questions comme la disponibilité des postes et la force du CGPM original sont des facteurs qui peuvent empêcher le reclassement. Ce n'est même pas la même partie de l'organisation qui traite les RV. Si le RO est en fait la méthode privilégiée à adopter pour les personnes souffrant de TSO qui se traduit par une catégorie médicale réduite, il faut faire beaucoup de sensibilisation pour que les militaires, le personnel médical et la chaîne de commandement soient au courant du processus et le connaissent bien.
- 205** En plus de la confusion bureaucratique entre les RV et les RO, il y a un problème d'attitude dans certains secteurs qui crée des obstacles. Par exemple, un médecin militaire qui avait la responsabilité d'informer les militaires de leurs options une fois que les restrictions médicales deviennent permanentes nous a dit : « Ces gars-là ne font aucun effort; ça ne sert à rien qu'ils obtiennent un reclassement volontaire puisqu'ils vont quand même échouer dans un nouveau groupe professionnel. » Un major de l'infanterie a exprimé un point de vue beaucoup plus éclairé : « Pourquoi est-ce qu'on empêcherait quelqu'un de faire un autre travail ailleurs? Laissons-le faire. Si ça le rend heureux et que ça lui permet de se remettre, il faut le laisser faire. »
- 206** La question du reclassement a été abordée à la réunion du Comité sur le TSO le 1^{er} octobre. Dans le procès-verbal, on peut lire que les reclassements « qui s'appliquent aux militaires souffrant de TSO, semblent être mal compris. » Le Comité sur le TSO s'est engagé à élaborer des « stratégies de communication pour faire passer le message » de façon simple et compréhensible.

Conclusion

- 207** Toute la question du reclassement demeure très confuse et frustrante. Je félicite le Comité sur le TSO de son initiative puisqu'il s'agit d'un premier pas dans la bonne direction et j'espère que ce sera une initiative fructueuse. Les FC continuent de perdre des membres précieux et qualifiés en raison de règles rigides et

André Marin, Ombudsman

Examen des mesures du MDN et des FC relatives aux traumatismes liés au stress opérationnel

compliquées entourant la capacité des militaires souffrant de TSO d'obtenir un poste moins exigeant, lorsqu'ils peuvent encore apporter leur contribution à l'organisation. Le concept de soldat jetable reste tenace dans certains secteurs, et cela est dû en grande partie à un processus de reclassement bien trop compliqué et non à un manque de possibilité de reclassement pour les membres blessés ou à un manque de volonté de la part de bien des gens du milieu de faciliter les changements professionnels. Les récents rapports indiquant que les FC ont encore beaucoup de mal à recruter et à conserver du personnel qualifié font ressortir tout particulièrement le côté préoccupant de la situation. Il faut travailler davantage pour faire en sorte que les militaires atteints d'un TSO qui respectent les normes professionnelles de postes moins exigeants puissent occuper ces postes et que le processus de reclassement soit simple et rapide.

Recommandation 19

- 208** Les Forces canadiennes examinent et évaluent l'efficacité des politiques et procédures destinées à aider le personnel de Réserve et de renfort, avant et après un déploiement.

Réaction des FC

- 209** On soutient pleinement cette recommandation. Le personnel du DGPPRHM effectuera une vérification des politiques et des procédures pertinentes à la situation décrite aux paragraphes 846 à 861 du rapport de l'Ombudsman et, à l'aide de ses procédures de validation et de vérification habituelles, avisera le CEM (RH-Mil) d'ici le 1^{er} septembre 2002 si ces processus sont valables pour tous les renforts, tant de la Force régulière que de la Force de Réserve.

Analyse

- 210** Cette recommandation a été formulée afin que l'on puisse s'assurer que le personnel de Réserve, déployé avec les unités de la Force régulière, était examiné de façon aussi approfondie que les membres de la Force régulière avant le déploiement et, surtout, lorsqu'ils reviennent à leur unité d'attache. Comme, bien souvent, les Réservistes n'ont pas accès aux mêmes soins que ceux offerts aux membres de la Force régulière, une fois qu'ils reviennent chez eux, il est encore plus essentiel qu'ils reçoivent un soutien et un suivi adéquats.
- 211** Les politiques et les procédures qui devront faire l'objet d'un examen par le MDN et les FC étaient déjà en place avant la publication de mon premier rapport. Selon les dernières entrevues effectuées par mes enquêteurs, soit qu'elles sont inefficaces, soit qu'elles ne sont pas appliquées de façon uniforme. Les trois principales préoccupations étaient les évaluations avant et après le déploiement, le traitement médical et professionnel des membres de la Réserve et les manques de ressources.
- 212** Pendant le mois d'août 2002, une « Réponse à la recommandation 19 » a été fournie par le DGPPRHM par l'entremise d'une note d'information remise au chef d'état-major,

sous-ministre adjoint (RH-Mil) et contenait six recommandations. Les voici :

- 213** « Il faut envisager d'abandonner la pratique voulant que les Réservistes doivent compétitionner pendant la phase de formation précédant le déploiement en vue d'obtenir un poste dans l'unité de la Force régulière qui est déployée;
- 214** il faut que les programmes d'éducation et de formation sur le SSPT et le stress opérationnel soient élargis et déclarés obligatoires pour les commandants de toutes les unités et les principaux membres de la chaîne de commandement de l'unité;
- 215** il faut qu'une plus grande souplesse, pour élargir le service en classe C, soit utilisée comme une façon d'aider les membres de la Réserve au moment de l'évaluation, du suivi et du traitement après le déploiement;
- 216** il faut que les politiques et les procédures des SSFC [Services de santé des FC] soient confirmées et distribuées de façon efficace en vue du traitement des Réservistes de classe A ayant des blessures ou des maladies découlant de leur service au cours d'opérations et pour le paiement de ces traitements;
- 217** il faut que des ressources suffisantes soient débloquées pour le paiement d'autres dépenses liées au traitement des Réservistes de classe A qui ont subi des blessures au cours d'opérations militaires et, enfin;
- 218** il faut envisager de dresser une Liste des effectifs du personnel non disponible (LEPND) pour les Réservistes afin de faciliter leur accès à des soins médicaux des FC, s'assurer que l'on fait un suivi adéquat de leurs besoins et surveiller la situation de chacun de façon plus efficace. »
- 219** Cette question a également été soulevée à la réunion du Comité sur le TSO qui a eu lieu le 1^{er} octobre 2002 et au cours de laquelle le président a demandé que cette question soit étudiée de façon plus approfondie dans le contexte plus général du traitement et des accommodements.

- 220** Selon le personnel de la Réserve, les aumôniers, les professionnels de la santé, les familles et le personnel de soutien de la Force régulière, les évaluations des Réservistes tant avant qu'après les déploiements sont inefficaces et, dans bien des cas, sans intérêt. Dans le cas des évaluations avant le déploiement, même si « tous les formulaires » sont dûment remplis, on peut remettre en question la validité des résultats en raison des contraintes de temps subies au moment où les formulaires sont remplis. Dans bien des cas, les Réservistes sont avisés très peu de temps avant le déploiement, ce qui fait que les examens doivent être effectués rapidement et cela laisse peu de temps pour une analyse approfondie des résultats.
- 221** Les membres de la famille et les employés du CRFM ont également mentionné le manque d'informations fournies au personnel déployé. Il semble également que la chaîne de commandement de certaines unités de la Réserve n'appuyait pas de façon constante les CRFM. On nous a aussi fait part de situations où les employés du CRFM n'avaient pas obtenu les listes nominatives (comme l'exige pourtant la politique) et qu'ils ne disposaient ni des locaux ni du temps nécessaires pour rencontrer les militaires les soirs de formation. Ainsi, les Réservistes et les membres de leur famille ne connaissaient pas les ressources que pouvaient leur offrir les CRFM avant, pendant et après le déploiement du militaire.
- 222** On nous a décrit l'examen après le déploiement comme étant encore plus désordonné. Même si les membres de la Force de Réserve passent par le même processus après le déploiement que les membres de la Force régulière, il n'y a aucun suivi de ces évaluations, ni par l'unité avec laquelle ils ont été déployés ni par leur unité d'attache. Un employé de soutien de la Force régulière a déclaré : « Les membres de la milice qui ont été déployés avec mon unité ont eu la même évaluation que moi lorsqu'ils sont descendus de l'avion au Canada, mais contrairement à nous, ils sont remontés dans un avion peu après pour retourner chez eux. Je sais maintenant qu'il n'y a pas eu de suivi après leur retour à la maison. » De retour dans leur unité d'attache après leur déploiement, ils reviennent au service de Réserve de classe A sans l'assurance-maladie et l'aide auxquelles les membres de la Force régulière ont facilement accès.
- 223** Si un Réserviste a besoin de soins médicaux à la suite d'un déploiement ou les rares fois où l'intégration à la LEPND est autorisée, l'argent nécessaire est tiré du fonds discrétionnaire de l'unité, qui est habituellement utilisé pour verser des salaires. Un commandant a mentionné que l'argent accordé aux Réservistes est si limité que le « fonds discrétionnaire serait complètement à sec si

un seul militaire était inscrit à la LEPND pendant six à huit mois, ce qui empêcherait cinq ou dix gars de suivre une formation pendant l'été. »

- 224** Du côté de la Réserve navale, notons une initiative entreprise par une formation navale afin d'offrir une meilleure aide au départ aux membres de la Réserve navale avant qu'ils s'embarquent pour un déploiement important. Le problème de l'évaluation et du suivi des membres de la Réserve navale une fois qu'ils rentrent à leur division d'attache de la Réserve navale est le même que pour la Réserve de l'armée. On n'effectue aucun suivi pour déterminer si ces personnes souffrent d'une forme de TSO. Comme l'a déclaré un officier supérieur de la Réserve navale : « Il faut que nous adoptions un formulaire que pourraient remplir ces personnes lorsqu'elles retournent à leur division de Réserve navale. Ça nous aiderait à évaluer leur état mental. »

Conclusion

- 225** Les Réservistes et les renforts sont traités différemment des principaux membres des unités qui sont déployés. Il faut souligner que pendant la Rotation 9 du déploiement en Bosnie, environ 20 % des militaires déployés faisaient partie de la Réserve. Même dans ce cas, rien n'indiquait que la question des soins aux Réservistes après le déploiement est prise avec autant de sérieux que nous l'espérons. Les politiques et les procédures qui sont actuellement en place pour aider les membres de la Force de Réserve avant et après les importants déploiements semblent être inefficaces. Le mépris du bien-être des Réservistes qui avait cours auparavant n'a pas complètement disparu – selon un officier supérieur de la Réserve, il faut se battre contre un « problème dont nous avons hérité, puisque (les Réservistes) se perdent dans le système. »
- 226** Il est toutefois encourageant de constater qu'une note documentaire envoyée au Chef d'état-major SMA (RH-Mil) portant sur cette question a été déposée en août 2002 et contenait des recommandations portant sur les faiblesses du système. Cependant, bien des choses restent à faire.

Recommandation 20

- 227** Les Forces canadiennes revoient leurs politiques et procédures et les assouplissent, dans la mesure du possible, de façon à pouvoir répondre aux souhaits des membres atteints du SSPT qui désirent demeurer dans leur unité aussi longtemps que possible.

Réaction des FC

- 228** On soutient pleinement cette recommandation. Comme le mentionne le CANFORGEN [Message général des Forces canadiennes] 100/00, SMA (RH-Mil) 161430Z AUG 00, LISTE DES EFFECTIFS DU PERSONNEL NON DISPONIBLE (LEPND), la chaîne de commandement du militaire collabore étroitement dans tous les cas avec les autorités médicales afin de déterminer ce qui est meilleur pour le militaire. Un examen des politiques et des procédures connexes permettant de répondre aux besoins des militaires atteints du SSPT sera entrepris d'ici le 1^{er} septembre 2002.
- 229** Un examen des politiques et des procédures connexes permettant de répondre aux besoins des militaires souffrant du SSPT a été effectué et a permis d'établir que les politiques et les procédures actuelles d'accommodement, sur lesquelles l'Ombudsman attire l'attention, sont efficaces et suffisamment souples. Par ailleurs, le processus permettant d'accommoder les militaires chez qui on diagnostique le SSPT pourrait peut-être être amélioré de deux façons : d'abord, par l'élaboration de politiques et de procédures pour que les Réservistes aient accès à la LEPND ou à quelque chose de semblable et, deuxièmement, l'introduction d'un programme intégré de retour au travail. Le SMA (RH-Mil) a déjà commencé à examiner la faisabilité d'un programme de retour au travail pour les FC. Il est recommandé que les FC continuent d'étudier un programme intégré de retour au travail à l'intention de leurs militaires et envisagent l'élargissement de la politique de la LEPND afin d'inclure les Réservistes.

Analyse

- 230** Cette recommandation vise à offrir aux commandants une politique plus souple concernant l'inscription de membres des FC souffrant de TSO sur la LEPND. Comme démarche améliorée, on a proposé de fournir aux commandants des ressources suffisantes pour s'occuper de leurs blessés au sein de leur unité.
- 231** Mes enquêteurs ont découvert certains cas où on adopte une démarche visant à accommoder les militaires blessés au sein même de l'unité. Comme on pouvait s'y attendre, ces initiatives d'accommodement ont un effet positif sur les militaires. Malheureusement, le manque de personnel presque partout rend ces initiatives très difficiles à adopter de façon uniforme. Une unité opérationnelle que nous avons visitée a conservé le plus grand nombre de militaires blessés qu'il lui était réellement possible de conserver, mais a atteint un point où les autres militaires blessés ont dû être placés sur la LEPND à la base. Comme le décrit une épouse : « C'est bien de vouloir les garder au sein de l'unité, mais s'il ne pouvait pas faire l'exercice militaire, l'unité ne pouvait rien pour lui. »

Conclusion

- 232** Les FC ont dû déployer des efforts considérables pour inventorier et examiner les politiques actuellement en place et pour recommander des solutions visant à régler les problèmes mentionnés dans le rapport original, mais elles se sont butées à des difficultés considérables en raison du peu de ressources disponibles actuellement. Malgré cela, certains programmes ont été réalisés, le programme de retour au travail, par exemple, est une excellente initiative et mérite que l'on continue de l'appuyer.

Recommandation 21

- 233** Les Forces canadiennes revoient leurs procédures de placement de membres sur la LEPND afin d'impliquer davantage les médecins militaires et les commandants d'unité dans les décisions.

Réaction des FC

- 234** On soutient pleinement cette recommandation et on y a donné suite. C'est le DGCM [Directeur général – Carrières militaires] qui a le pouvoir d'inscrire un membre sur la LEPND, et le coordonnateur de carrière prend une décision en conformité avec le CANFORGEN 100/00. Comme pour les autres processus administratifs liés aux carrières dans lesquels les autorités médicales jouent un rôle, la décision finale est rendue selon les recommandations des autorités médicales puisqu'on cherche à faciliter le plus possible le traitement médical, ce qui peut vouloir dire, dans certains cas, un déménagement plus près des installations médicales ou des membres de la famille. Les recommandations formulées par le commandant du militaire reçoivent la même considération lorsque le personnel du DGCM prend une décision.

Analyse

- 235** Les commandants et les médecins militaires qui œuvrent au niveau de l'unité ont confié à mes enquêteurs qu'il arrive parfois que les coordonnateurs de carrière refusent d'inscrire un militaire sur la LEPND ou retardent son inscription ou qu'ils l'inscrivent sur une LEPND ailleurs que dans son unité d'attache, en raison des pressions que représentent les exigences opérationnelles, la pénurie de personnel et les restrictions budgétaires imposées aux dépenses de déménagement. Selon le CANFORGEN 100/00, la décision d'inscrire un militaire sur la LEPND devrait surtout se fonder sur l'intérêt supérieur du militaire. Cette politique était en vigueur lorsque la première enquête a été entreprise, et n'a pas semblé être efficace pour ce qui est d'agir au mieux des intérêts du militaire, dans toutes les situations.

- 236** Tant dans la politique actuelle que dans les changements apportés à la politique proposée dans les DOAD préliminaires, comme le mentionnait plus tôt le présent rapport, c'est le commandant qui doit enclencher le processus visant à inscrire un militaire sur la LEPND et faire parvenir la demande au coordonnateur de carrière compétent, notamment le placement sur la LEPND afin de respecter les exigences du programme de réadaptation professionnelle. Si le commandant souhaite affecter le militaire à une LEPND ailleurs que dans son unité d'attache, il doit en expliquer la raison au coordonnateur de carrière. Celui-ci conserve la responsabilité d'inscrire le militaire sur la LEPND et à un autre endroit, sur demande.

Conclusion

- 237** En fin de compte, la décision d'inscrire un militaire à la LEPND devrait être approuvée à un niveau le plus près possible du militaire. Un processus bureaucratique centralisé à un quartier général qui se trouve à plusieurs niveaux du militaire donnera souvent lieu à des décisions qui ne reflètent pas les souhaits du commandant ni du médecin militaire ni, en fait, l'intérêt supérieur du militaire. Nous attendons des DOAD finales pour se pencher sur cette question, mais pour l'instant, rien n'indique que le problème cerné dans la première enquête ait été réglé.

Recommandation 22

- 238** Les unités maintiennent un contact, au moins toutes les deux semaines, avec leurs membres sur la LEPND compte tenu des restrictions imposées par le personnel soignant ou des désirs contraires du membre.

Réaction des FC

- 239** On soutient pleinement cette recommandation. On reconnaît par ailleurs que le suivi, les contacts et le soutien au niveau local font partie intégrante du processus de traitement du SSPT. Les renseignements concernant la LEPND obtenus à partir de PeopleSoft seront inscrits dans le système d'information des coordonnateurs de carrière (SICC). Les coordonnateurs de carrière, dans le cadre de leurs fonctions consistant à surveiller l'établissement d'une unité, feront le suivi des militaires inscrits sur la LEPND et aideront les unités à faire le suivi.
- 240** C'est le DGCM qui a le pouvoir d'inscrire un militaire sur la LEPND, et les gestionnaires de carrière prennent des décisions en conformité avec le CANFORGEN 100/00. Il revient donc au gestionnaire de carrière de contrôler le statut de ce militaire pendant toute la période où son nom figure sur la LEPND. D'ici le 30 juin 2002, le DGCM étudiera la possibilité d'effectuer toute l'administration du processus lié à la LEPND au sein de la DGCM.
- 241** Les modifications apportées au SICC permettront au coordonnateur de carrière de retracer les militaires faisant partie de la LEPND. Le maintien des contacts personnels demeure la responsabilité de l'unité, qui sera aidée du DSBA. La nouvelle version du SICC sera en place et prête à être utilisée une fois que les autres problèmes liés à la technologie de l'information auront été réglés. Le système devrait pouvoir être utilisé en septembre ou en octobre 2002.

Analyse

- 242** CANFORGEN 100/00 exige d'une unité qu'elle maintienne le contact avec le membre et, si le membre est inscrit à la LEPND à un autre endroit, qu'elle nomme une personne qui sera habilitée à maintenir le contact. On nous a dit bien des fois pendant la première enquête que les militaires inscrits à la LEPND avaient peu de nouvelles de leur propre unité. Le cpl McEachern lui-même a affirmé que personne de son unité n'avait communiqué avec lui pendant les deux années qu'il a été inscrit à la LEPND, sauf un caporal-chef qui l'a appelé de façon informelle pour savoir comment il allait. Par conséquent, bien des militaires inscrits sur la LEPND se sentent trahis et abandonnés par leur unité, interprétant l'absence de contact comme le signe qu'ils ne sont plus utiles ou que l'on s'est effectivement débarrassé d'eux. Il y a, naturellement, des militaires inscrits sur la LEPND qui ne veulent pas avoir de contacts réguliers avec leur unité pour diverses raisons. Toutefois, nous avons découvert qu'une grande majorité des militaires aimeraient avoir l'impression qu'ils font encore partie de leur unité.
- 243** Il y a toutefois eu une évolution positive. Certaines unités ont mis en place leur propre programme permettant au personnel de rang équivalent ou supérieur d'être nommé comme parrain. Ceux-ci communiquent avec les militaires inscrits sur la LEPND pour établir une liaison avec l'unité et (ou) les encourager à retourner au travail. La plupart des militaires interrogés ont apprécié cette initiative; toutefois, certains se plaignaient du fait que, lorsque le parrain était de rang supérieur, ils s'étaient sentis harcelés et intimidés par le processus. Une autre unité a mis en place un programme de « jumelage », c'est-à-dire que des militaires de même rang sont nommés pour maintenir le lien avec les personnes inscrites sur la LEPND ou qui souffrent du TSO. Un coordonnateur de la LEPND a créé, de sa propre initiative, un processus permettant de conserver des contacts hebdomadaires avec les militaires inscrits sur la LEPND. Comme le dit cette personne : « Je crois que l'une de mes responsabilités est de m'assurer que le militaire va bien. » Dans les cas où un militaire ne veut pas que l'on communique avec lui, il est convenu que le militaire a la responsabilité de communiquer régulièrement avec le coordonnateur. On s'inquiète véritablement du bien-être des militaires.
- 244** Un programme de réintégration au travail a été mis en place dans certaines unités : des représentants de l'unité facilitent le retour

dans le milieu de travail ou dans une autre unité, si c'est le milieu de travail qui représente le problème pour la personne.

- 245** La Marine s'est dotée depuis 1990 d'une LEPND centralisée sur les deux côtes. Sans détachement arrière, lorsqu'un navire prend la mer, il est difficile de communiquer deux fois par semaine avec un militaire; c'est pourquoi une démarche centralisée a été adoptée. Environ 95 % du personnel de la Marine inscrit sur la LEPND est affecté à l'unité centralisée. Il incombe alors à l'unité de la LEPND de communiquer avec le militaire, d'effectuer le suivi de ses besoins médicaux et de s'occuper des questions administratives. Les employés de l'unité de la LEPND essaient aussi de leur trouver un emploi qui leur convient, adapté aux restrictions que leur impose leur état de santé.
- 246** Une des observations souvent entendues est que les unités ne disposent tout simplement pas des ressources nécessaires pour communiquer régulièrement avec les militaires inscrits sur la LEPND. Le commandant d'un groupement tactique revenu récemment s'est présenté devant le Comité sur les TSO le 1^{er} octobre 2002. Il a déclaré que, de son point de vue, à titre de commandant opérationnel, le principal problème lié aux TSO était « le manque de ressources en personnel nécessaires pour entretenir des rapports avec les militaires inscrits sur la LEPND, parce que l'on met l'accent sur la formation opérationnelle et le déploiement. »

Conclusion

- 247** Malheureusement, en général, l'enquête a révélé que les unités ne communiquaient pas toujours avec les militaires inscrits sur la LEPND de façon régulière, malgré les dispositions du CANFORGEN 100/00. Dans les faits, cela revient ni plus ni moins à faire fi d'un ordre du CEMD. La raison principale invoquée pour ne pas respecter l'ordre général était la nécessité d'assumer d'autres responsabilités, ce qui laisse peu de temps aux unités pour établir des contacts réguliers. Je trouve cette raison difficile à accepter. Quoi?! Il est excessif d'exiger des unités qu'elles trouvent le temps de faire un appel téléphonique? En fin de compte, la question demeure : pourquoi les supérieurs se donnent-ils la peine d'émettre un ordre si pratiquement personne ne se préoccupe de le respecter?
- 248** Il y a certains cas où les unités et les LEPND ont fait preuve d'un excellent esprit d'initiative, comme nous l'avons souligné plus haut. Malheureusement, cela semble être l'exception plutôt que la règle.

André Marin, Ombudsman

Examen des mesures du MDN et des FC relatives aux traumatismes liés au stress opérationnel

Il faut adopter une démarche uniforme. De façon générale, selon les histoires que nous avons entendues, il y a eu peu d'améliorations visibles apportées dans les unités pour ce qui est de communiquer avec les militaires qui sont inscrits sur la LEPND.

Recommandation 23

- 249** Les Forces canadiennes se penchent sur les problèmes de ressources qui empêchent les unités de s'occuper comme il se doit de leurs membres atteints du SSPT.

Réaction des FC

- 250** On soutient pleinement cette recommandation.
- 251** D'ici le 30 juin 2002, le DSBA étudiera la question de l'attribution des ressources et présentera un rapport au CEM (RH-Mil) sur les lacunes relevées.

Analyse

- 252** Cette recommandation vise à reconnaître le fait que de nombreuses unités ne disposent ni du personnel ni des postes nécessaires pour prendre soin comme il se doit de leurs membres atteints d'un TSO qui pourraient rester au sein de l'unité. La mise en œuvre de cette recommandation n'est pas du ressort du DSBA. Pendant les importantes initiatives de réduction du personnel qui ont véritablement commencé au début des années 90, bien des postes qui permettaient un repos et un répit temporaires au sein de l'unité ont disparu. Au même moment, la charge de travail des postes qui avaient été conservés a augmenté de façon spectaculaire, et beaucoup des responsabilités « légères » comme le fait de maintenir le contact avec des militaires malades ont été abandonnées. Même si la responsabilité de prendre soin de tous les militaires, y compris ceux qui sont blessés, n'a pas été éliminée de la chaîne de commandement, rien n'indique que des ressources sont affectées aux unités pour leur permettre d'assumer cette responsabilité. Même les commandants à qui nous avons parlé, qui compatissaient à la souffrance des membres de leur unité qui avaient été blessés, étaient dans l'impossibilité de rassembler des ressources suffisantes pour assumer cette responsabilité.
- 253** La Marine fait face à des difficultés uniques lorsqu'elle doit employer un militaire inapte à prendre la mer dans son unité d'attache, lorsque cette unité est un navire. Il existe toutefois des unités terrestres qui assumeront leur responsabilité et emploieront

des militaires des unités qui prennent la mer même s'ils sont inscrits sur une LEPND.

Conclusion

- 254** Le but de cette recommandation était de faire ressortir que des ressources particulières en personnel devaient être accordées aux unités hiérarchiques pour assurer l'exécution efficace de cette fonction. La réaction des FC a pris la forme d'une enquête et d'un rapport au niveau du QGDN. De toute évidence, la mise en œuvre de cette recommandation au poste de commandement et au niveau de la base de l'unité n'a pas eu lieu et, vu la situation actuelle de manque de ressources en personnel, n'est pas près d'avoir lieu. C'est malheureux car de faibles dépenses en ressources pourraient se traduire par d'importantes économies à long terme puisqu'on pourrait conserver des membres précieux des FC, qualifiés et expérimentés. Comme je l'ai déjà mentionné, il en coûte environ 315 000 \$ pour recruter et former un militaire que l'on pourra déployer. Ainsi, une des conséquences directes de l'échec de la mise en œuvre de cette recommandation, c'est que les FC perdent des membres qualifiés qui auraient pu réintégrer leurs rangs.

Recommandation 24

- 255** Les Forces canadiennes donnent la priorité à l'accélération des efforts de normalisation dans les CSTSO en matière de traitement des membres atteints du SSPT.

Réaction des FC

- 256** On soutient pleinement cette recommandation et on y a en partie donné suite.
- 257** Une réunion nationale sur la psychologie a eu lieu le 29 avril 2002, et a permis d'uniformiser les outils d'évaluation.
- 258** L'uniformisation du CSTSO se poursuit : d'ici la fin de novembre 2002, on terminera les visites d'aide d'état-major (VAEM) effectuées par l'Équipe de santé mentale de Rx 2000 dans les CSTSO afin de vérifier la mise en œuvre. Les premiers résultats des VAEM effectuées indiquent que l'uniformisation des processus cliniques est en cours et est beaucoup plus avancée qu'il y a un an. Il y a toutefois encore place à l'amélioration.
- 259** On a créé un comité d'uniformisation des traitements, dont la première réunion a eu lieu en mai 2002. On prépare actuellement un document unifié qui réunira toutes les politiques, les directives et les outils d'évaluation élaborés au cours d'une série de groupes de travail qui ont eu lieu au cours des 18 derniers mois.

Analyse

- 260** Au cours de la première enquête, il était évident que l'absence de coordination et d'uniformisation parmi les CSTSO était la norme. Les répercussions négatives possibles sur les membres des FC des variations de normes de soins et de traitements dans le pays justifient cette recommandation. Depuis ce temps, les FC ont réalisé des progrès considérables dans la coordination des activités des CSTSO.

- 261** Les VAEM, créées en partie pour veiller à ce que les unités suivent les procédures appropriées et adoptent les pratiques exemplaires, sont faites selon l'échéancier, et des lignes directrices ont été publiées et distribuées par le Comité d'uniformisation des traitements (CUT). Le CUT est un comité permanent, composé de représentants de diverses disciplines provenant de chaque CSTSO et du département de santé mentale de l'hôpital pour Anciens combattants de Sainte-Anne-de-Bellevue, et a pour responsabilité de promouvoir un traitement uniformisé fondé sur des données probantes pour les maladies mentales et les blessures liées au déploiement. Ce comité se réunit tous les trimestres et passe en revue et diffuse les renseignements les plus récents sur le traitement des TSO.

Conclusion

- 262** La réaction à cette recommandation a été très positive et coordonnée. D'importants efforts sont en cours pour mettre en œuvre la recommandation, et l'uniformisation des processus cliniques est sur la bonne voie.

Recommandation 25

- 263** Les CSTSO reçoivent, en priorité, des ressources suffisantes pour exercer toutes les fonctions qui leur ont été confiées.

Réaction des FC

- 264** On soutient cette recommandation et on y a pleinement donné suite.
- 265** Les directeurs des CSTSO, de concert avec leur chaîne de commandement, étudient actuellement le personnel supplémentaire dont ils ont besoin pour respecter les lignes directrices élaborées pendant la réunion de l'Équipe de santé mentale Rx 2000 et des directeurs des CSTSO qui a eu lieu le 28 novembre 2001. Afin d'établir le financement et le soutien supplémentaires dont avait besoin le Quartier général du Groupe médical des Forces canadiennes (QG GMFC), on a exigé de chacun des CSTSO qu'il fournisse au DGS San une estimation raisonnable des employés supplémentaires requis. Ensuite, le DGS San et le CSF se pencheront sur ces exigences. L'engagement de financement du DGS San a toujours été évident, mais, malgré la disponibilité d'un financement adéquat, on éprouve toujours des problèmes à trouver des employés supplémentaires pour les CSTSO en raison de la pénurie de fournisseurs de soins de santé mentale au Canada. Le recrutement se fait par des entrepreneurs tiers, et on étudie des méthodes novatrices de recrutement.
- 266** Le SMA (RH-Mil) a fourni au DGS San du financement supplémentaire pour appuyer les CSTSO en effectuant le report de fonds de la QV jugés excédentaires par les ACC. Ce financement permettra d'améliorer les programmes et les services offerts par les CSTSO.

Analyse

- 267** À la fin de 2001, les FC ont cerné un certain nombre de problèmes liés au fonctionnement des CSTSO, notamment le besoin

d'uniformisation des traitements, comme on l'a mentionné ci-dessus. Parmi les autres problèmes soulevés, notons l'épuisement du personnel, le manque de personnel et de financement, les problèmes liés à la dotation en civils de même qu'un manque de temps, d'argent et d'orientation pour mettre en œuvre les recommandations des groupes de travail.

- 268** Des ressources supplémentaires sont offertes. Le financement supplémentaire de 400 000 \$, qui s'ajoute au budget de fonctionnement initial (2,4 millions de dollars) de cette année, pour l'amélioration des services offerts dans les CSTSO a été reporté à partir de budgets existants. Il s'agit d'une indication claire et positive de la priorité de ces cliniques. Toutefois, la garantie d'un financement constant à long terme serait une indication encore plus positive.
- 269** L'attribution de financement appliqué uniquement aux activités de recherche constitue aussi un pas dans la bonne direction. La recherche financée permettra non seulement de faire progresser le traitement et la prévention, mais attirera aussi des professionnels de talent.
- 270** Selon les employés de la DGS San, il est toujours très problématique de trouver des professionnels de la santé mentale qualifiés. Cette pénurie est ressentie dans tout le Canada, et des mesures incitatives ont été adoptées afin de régler ce problème. Toutefois, même des mesures comme des salaires élevés, la formation continue et la possibilité de travailler dans une unité d'urgence civile ne sont pas suffisantes pour attirer des professionnels comme des psychiatres, qui sont déjà difficiles à trouver.

Conclusion

- 271** Les FC ont reconnu le caractère indispensable des CSTSO et leur versent un financement prioritaire. Un engagement de financement à long terme reste à confirmer. Les FC auront encore d'importants défis à relever sur le plan du recrutement et de la rétention de ressources humaines expérimentées et qualifiées pour répondre aux besoins des CSTSO.

Recommandation 26

- 272** La DGS San lance un projet pilote de réinstallation de CSTSO hors de la base afin de vérifier si un tel arrangement répond mieux aux objectifs du CSTSO.

Réaction des FC

- 273** Cette recommandation fera l'objet d'un examen détaillé.
- 274** Le fait d'ouvrir un CSTSO à l'extérieur de la base, pour respecter cette recommandation, ne ferait que renforcer la perception selon laquelle les traumatismes liés au stress sont, d'une certaine façon, « déshonorants ». De plus, les experts médicaux soulignent que le traitement optimal des membres des FC atteints de SSPT doit comprendre (dans la mesure du possible) un maintien des contacts avec l'unité et le milieu militaire. Le fait d'installer un CSTSO à l'extérieur de la base créerait en réalité un obstacle à la guérison. Le fait d'ouvrir un CSTSO à l'extérieur de la base créerait également des difficultés administratives et logistiques pour les membres des FC qui ont besoin de soins. Toutefois, les CSTSO fourniront, de façon ponctuelle, un soutien à l'extérieur de la base aux personnes qui sont dans l'impossibilité de fréquenter les installations de la base.
- 275** Par ailleurs, le DGS San examinera les ramifications de cette proposition et élaborera un plan détaillé qui reconnaît que cette recommandation a des points positifs tant que sa mise en œuvre ne crée pas davantage de confusion chez les membres des FC. La collaboration constante entre le MDN et les ACC à l'hôpital des Anciens combattants de Sainte-Anne-de-Bellevue (à Montréal) dans le domaine du traitement des patients atteints du SSPT, hospitalisés ou non; des projets de recherche conjoints; une clinique de traitement de la douleur et un soutien professionnel constant aux CSTSO seront utilisés comme modèles. Le DGS San doit aviser le SMA (RH-Mil) de la

faisabilité de la proposition de l'Ombudsman d'ici le 30 juin 2002.

Analyse

- 276** L'explication logique de cette recommandation est la suivante : de nombreux membres des FC ne cherchent pas à obtenir de traitement parce qu'ils ne veulent pas que leurs collègues sachent qu'ils fréquentent un CSTSO. Pour un bon nombre de militaires souffrant du SSPT qui ne voulaient pas que leurs pairs ou leurs supérieurs soient au courant de leur état, une visite à un CSTSO situé à un endroit très fréquenté et très visible de la base était vraiment trop difficile. Même le fait de pénétrer dans une BFC est très difficile pour certains patients qui fréquentent le CSTSO pour obtenir des traitements.
- 277** Mes enquêteurs ont découvert que les choses avaient très peu changé depuis la publication du premier rapport. Tous les CSTSO sont encore situés sur des bases et, bien souvent, partagent des locaux avec d'autres services de santé. Par exemple, un des CSTSO est situé au deuxième étage de l'hôpital de la base. Selon les employés qui y travaillent, l'escalier qui mène au deuxième étage, c'est-à-dire au CSTSO, a été rebaptisé familièrement « escalier de la honte ». Un autre CSTSO est situé au cinquième étage de l'hôpital de la base, et on y a accès en prenant un des ascenseurs situés dans la salle d'attente principale. Un certain nombre de patients qui fréquentent ce CSTSO à qui nous avons parlé nous ont dit qu'il est extrêmement difficile pour eux de traverser l'aire d'attente de la salle d'examen médical pour entrer dans l'ascenseur qui mène au CSTSO. L'un d'eux a déclaré : « Tout le monde sait que vous avez quelque chose qui ne tourne pas rond en voyant l'ascenseur s'arrêter au cinquième étage. » Un autre membre des FC traité au même CSTSO ajoute : « Tu aurais envie de te mettre en sac de papier sur la tête. » Dans un autre CSTSO, la salle d'attente est visible de l'extérieur; comme le fait remarquer un des membres du personnel : « C'est comme si les clients étaient mis en vitrine. »
- 278** Une grande majorité des patients à qui nous avons parlé au cours de la préparation du présent rapport nous ont dit qu'ils préféreraient se rendre dans un établissement situé à l'extérieur de la base. Nous avons interrogé du personnel soignant avec qui plusieurs membres des FC, qui sont récemment revenus de l'Afghanistan, ont communiqué. Ces militaires refusent tout simplement de se rendre dans un CSTSO parce que, d'une part, les Centres sont situés dans des endroits très passants (d'autre part, ils

s'inquiètent de la confidentialité de leur dossier médical). Un membre du personnel soignant nous a confié : « Ils ne veulent pas être vus au CSTSO, ils ne veulent pas être identifiés. »

- 279** La majorité du personnel des CSTSO et des fournisseurs de soins de santé mentale à qui nous avons parlé appuyaient le projet d'ouvrir un CSTSO à l'extérieur de la base. Toutefois, une importante minorité de soignants des CSTSO appuyaient le statu quo, pour les raisons énoncées plus haut dans la Réaction des FC. Un autre clinicien d'un CSTSO a mentionné que « Un des aspects les plus importants du traitement est la désensibilisation, et le fait de se rendre sur la base en fait partie. » Il ajoute que les militaires sont souvent anxieux lorsqu'ils se rendent à l'hôpital pour la première fois, mais « avec le temps, ils s'habituent. »
- 280** D'autres fournisseurs de soins à qui nous avons parlé ont fait valoir qu'il n'y avait pas de difficultés administratives ou logistiques importantes liées au fait d'ouvrir un CSTSO à l'extérieur de la base, et nous n'avons entendu aucun argument convaincant de la part d'aucune source pour appuyer cette objection qui fait partie de la Réaction des FC. Aucune preuve concrète n'a été produite pour appuyer la notion selon laquelle un CSTSO situé à l'extérieur de la base serait « un obstacle à la guérison ». Un certain nombre de soignants et de patients ont proposé une solution hybride, c'est-à-dire un CSTSO situé sur la base complété par un centre satellite à l'extérieur de la base pour répondre aux besoins des personnes qui ne sont pas encore prêtes à venir chercher de l'aide dans un endroit plus visible.
- 281** Je crois savoir que le DGS San étudie encore s'il faut ou non mettre en œuvre telle quelle cette recommandation. Un officier supérieur de la DGS San nous a fait savoir que l'analyse est en cours, et que l'on étudie la viabilité d'un partenariat avec ACC et (ou) le secteur privé. L'analyse ne sera pas terminée avant mars 2003, ce qui, selon ses propres paroles, « est beaucoup plus long que prévu ». Un CSTSO a demandé à un expert-conseil d'effectuer un sondage auprès des patients afin de savoir ce qu'ils pensaient d'avoir un CSTSO à l'extérieur de la base. Le sondage devrait être terminé bientôt.
- 282** Le 3 juillet 2002, le MDN et les ACC ont officiellement ouvert le Centre Sainte-Anne, qui offrira des services aux membres actifs et retraités des FC. Le Centre est situé à l'hôpital Sainte-Anne-de-Bellevue, près de Montréal, et traite des membres actuels et des anciens membres des FC depuis juillet 2001. Il offre des services spécialisés aux personnes souffrant de traumatismes découlant du service militaire de même qu'une évaluation et un traitement des

traumatismes psychologiques. Le Centre Sainte-Anne collabore avec des cliniques de traitement qui ont été créées par les ACC dans certains établissements de soins prolongés actuellement sous contrat avec les ACC. Le Centre participera à des activités de sensibilisation et d'éducation et effectuera des recherches sur les TSO. Il compte quelques chambres permettant d'hospitaliser des patients. Le Centre Sainte-Anne sera affilié avec des CSTSO et travaillera en étroite collaboration avec eux. Il s'appuie sur une démarche multidisciplinaire, et ses méthodes d'évaluation, de traitement et de suivi sont semblables à celles utilisées par les CSTSO. Bien que la création du Centre Sainte-Anne soit bien accueillie et soit considérée comme une démarche positive, ce n'est manifestement pas un projet pilote de CSTSO à l'extérieur de la base en raison, surtout, de l'endroit où il est situé. Le Centre Sainte-Anne n'est situé à proximité d'aucune BFC importante comptant un grand nombre de membres des FC ayant été déployés.

Conclusion

- 283** Je ne suis pas d'accord avec la réaction des FC, qui laissent entendre que si l'on veut créer des CSTSO à l'extérieur des bases, c'est parce que l'on perçoit les maladies liées au stress comme étant « déshonorantes ». Cette perception est déjà répandue dans les FC. Le fait d'être traité à l'extérieur de la base n'empêchera pas les militaires d'entretenir des liens étroits avec leur unité et ne créera pas chez eux une impression de honte – cela est déjà fait. Le fait d'être situé à l'extérieur de la base ne compliquera pas de façon importante le soutien administratif et logistique offert au Centre. Jusqu'à ce que les FC réussissent à créer une culture permettant aux personnes qui cherchent à obtenir un traitement de savoir que leur maladie sera comprise et acceptée par leurs camarades, les FC ont, à mon avis, l'obligation d'offrir un traitement dans un environnement qui incitera tous les militaires qui en ont besoin à se faire traiter.
- 284** Il semble y avoir une certaine confusion quant à la raison exacte pour laquelle cette recommandation a été faite. Il ne s'agit pas du premier empiètement du « milieu civil » dans le traitement des TSO. À mon avis, un CSTSO situé à l'extérieur de la base sera doté du même personnel que les centres qui existent actuellement sur les bases, c'est-à-dire un mélange de militaires et de civils. Le raisonnement qui sous-tend la création d'un CSTSO à l'extérieur de la base n'est pas lié principalement au traitement; il s'agit plutôt d'une protection de la vie privée et de la confidentialité. On nous a dit qu'un nombre important de membres des FC ne cherchaient pas

à obtenir le traitement dont ils avaient besoin parce qu'ils ne voulaient pas que leurs compagnons sachent qu'ils avaient besoin d'aide psychologique. Cette attitude est fort compréhensible compte tenu des stigmates liés aux TSO. Le but principal d'un CSTSO situé à l'extérieur de la base serait de créer un environnement où les membres auraient accès à l'aide dont ils ont besoin plus rapidement, ce qui améliorerait leurs chances de demeurer des membres productifs des FC. Dans ce scénario, tout le monde sort gagnant.

- 285** Je m'inquiète du fait que le sondage actuel effectué par l'un des CSTSO pour déterminer le point de vue des membres concernant l'établissement d'un CSTSO à l'extérieur de la base n'est mené qu'auprès des patients actuels du CSTSO. Même si je suis certain que leur contribution sera valable, le but principal est d'inciter les militaires qui ne l'ont pas encore fait à obtenir un traitement. Ce sondage ne permet pas d'établir le nombre de militaires qui font partie de cette catégorie. Afin d'obtenir une image plus complète de la situation, les FC devraient aussi effectuer un sondage auprès des militaires qui reviennent de l'Afghanistan afin de déterminer qu'elle serait leur préférence s'ils voulaient obtenir de l'aide en raison d'un TSO.
- 286** Le DGS San a demandé une période de grâce pour terminer l'analyse. Je conviens que si les FC mettent en place un projet pilote, elles devraient se fonder sur une recherche approfondie et objective, et j'ai hâte de prendre connaissance de l'analyse. Je vais surveiller de près les progrès du DGS San tandis qu'il étudie cette recommandation.
- 287** J'encourage également les services de santé à écouter les militaires et le personnel soignant qui travaillent sur le terrain à ce sujet et à donner une chance au projet pilote recommandé.

Recommandation 27

- 288** Les Forces canadiennes prennent des mesures pour faire face aux problèmes de stress et d'épuisement professionnel causés, au sein du personnel soignant, par le manque de ressources et des charges de travail trop élevées.

Réaction des FC

- 289** On soutient pleinement cette recommandation et on y a en partie donné suite.
- 290** Une série de recommandations visant à assurer des « soins adéquats aux soignants » ont été élaborées et ont reçu l'appui du DGS San. Soulignons l'exigence d'un programme officiel de supervision clinique (une heure par semaine pour chaque clinicien), la nécessité d'avoir recours à un conseiller externe pour appuyer les cliniciens des CSTSO et la nécessité d'organiser régulièrement des exercices visant à favoriser l'esprit d'équipe.
- 291** Le FC se sont également engagées à régler immédiatement les problèmes de dotation pour que les charges de travail soient raisonnables. On créera également des postes d'administrateurs de soins de santé mentale dans chacune des cliniques comptant un CSTSO afin de soulager les employés de la clinique d'une partie du fardeau administratif.
- 292** Afin de mieux mesurer l'ampleur de l'épuisement professionnel dans les FC, le DGS San effectue actuellement une analyse du nombre de fournisseurs de soins de santé qui sont actuellement absents de leur travail en raison du stress et de l'épuisement professionnel. Le personnel de l'aumônier général tient à jour une base de données permettant de contrôler le bien-être et le fonctionnement des aumôniers de la Force régulière au regard d'un certain nombre de critères, notamment le stress et l'épuisement professionnel. Le ASPFC effectuera un sondage auprès des CRFM qui font face aux questions de SSPT et déterminera l'étendue des problèmes de

stress et d'épuisement professionnel chez ces employés. De plus, les employés du ASPFC examineront la possibilité d'adopter le programme de supervision clinique du DGS San pour leurs propres conseillers.

Analyse

- 293** Cette recommandation visait à attirer l'attention sur les souffrances de nombreux employés militaires et civils dévoués qui tentent d'améliorer la qualité de vie des membres des FC, souvent avec des ressources insuffisantes et dans des conditions de travail stressantes. Un des travailleurs sociaux a décrit de la façon suivante ce qui arriverait si des activités de sensibilisation devaient s'ajouter à sa charge de travail : « S'ils veulent m'en faire faire plus, j'y arriverai plus. »
- 294** Des postes d'administrateurs des soins de santé mentale ont été créés dans les CSTSO que nous avons visités. Il est encore trop tôt pour déterminer avec certitude dans quelle mesure ces postes allégeront le fardeau administratif des travailleurs de première ligne. On nous a dit que dans au moins un CSTSO le soutien administratif offert au personnel soignant est encore insuffisant, puisqu'il n'y avait qu'un seul commis administratif pour 21 cliniciens en activité.
- 295** Comme le souligne la recommandation 1, il est difficile d'obtenir, pour l'ensemble des FC, des statistiques précises sur le nombre de personnes qui souffrent de TSO. Toutefois, certaines observations prouvent que le nombre de patients connaît une forte augmentation. Par exemple, dans un CSTSO, il y a eu 113 nouveaux cas de TSO entre janvier et juillet de cette année, comparativement à 120 cas au total en 2001 et à 105 cas au total, en 2000. ACC signale que les cas de SSPT sont passés de 30 à 120 pour la région de Saskatoon à Thunder Bay sur une période de 18 mois qui a pris fin en juin 2002. Un bureau de services sociaux des FC a signalé qu'il y avait 37 dossiers actifs de SSPT en décembre 2001, dont 21 avaient été ouverts dans les six mois précédents.
- 296** Toutefois, il semblerait que, dans certains centres, les charges de travail deviennent plus gérables, même si cette conclusion ne se fonde sur aucune analyse scientifique. Dans au moins un CSTSO que nous avons visité, le nombre de cas adressés à l'extérieur avaient diminué.

- 297** Mes enquêteurs ont remarqué que l'incidence du stress et de l'épuisement professionnel chez le personnel soignant qu'ils ont interrogé était extrêmement élevée. On peut aussi s'inquiéter des intenses conflits en milieu de travail qui existent en certains endroits – dans certains cas, des employés ont dit que leur milieu de travail était carrément empoisonné. Pour cette raison, les FC ont perdu bien du personnel soignant expérimenté et dévoué. Elles ne pouvaient pourtant pas se le permettre. De nombreuses personnes qui ont une connaissance approfondie des FC jettent le blâme sur les frictions qui existent entre la culture militaire et civile, et le fait qu'on ne sache pas exactement qui est responsable. D'autres jettent le blâme sur les conflits entre les médecins et les autres professionnels de la santé qui surviennent même dans les milieux civils. Le recours à des tiers pour trouver du personnel était habituellement vu d'un mauvais œil du point de vue de la culture militaire parce que cette pratique créait des incertitudes quant à la sécurité d'emploi et une bureaucratie supplémentaire qui brouillait la structure hiérarchique et exacerbait des frictions au sein même de l'organisation. Enfin, l'utilisation d'une autre catégorie de personnel dans le milieu de travail, ayant des exclusions et des droits différents, rend encore plus difficile l'établissement d'un esprit d'équipe. On doit par ailleurs admettre que les tensions dans certains milieux de travail n'ont pas de répercussions sur l'excellente qualité des soins dispensés aux patients. Toutefois, il ne fait aucun doute qu'il y a un prix à payer et pas seulement pour le personnel soignant, mais aussi pour les FC et les patients.

Conclusion

- 298** Les FC continuent de perdre un excellent personnel soignant en raison de la surcharge de travail et, parfois, en raison d'une piètre gestion du milieu de travail. Les problèmes liés au stress, aux tensions en milieu de travail et à la difficulté d'obtenir un esprit d'équipe persistent et ont été exacerbés par le fait qu'on fasse beaucoup appel à des agents contractuels. Cela crée des défis supplémentaires. Il faut continuer de faire tous les efforts possibles pour résoudre ce problème.

Recommandation 28

- 299** Les Forces canadiennes prennent des mesures pour améliorer les programmes de soutien aux familles des membres atteints du SSPT, partout et à tous les niveaux.

Réaction des FC

- 300** On soutient pleinement cette recommandation et on y a en partie donné suite. Les programmes de soutien aux familles sont abordés dans la quatrième partie du programme de SSVSO. De plus, il existe actuellement un certain nombre d'initiatives distinctes dans les CRFM de tout le pays où les conseillers en prévention et en intervention s'intéressent de près à la question – surtout en ce qu'elle touche les familles. Les CRFM sont également des membres permanents des équipes d'intervention en situation de crise sur la base et de SVIC [séance de verbalisation suivant un incident critique], en plus des fonctions d'aiguillage, ils participent à tous les exposés avant et après les déploiements. Le site Web « Le SSPT et la famille » est actuellement en cours de révision et devrait être affiché sur le site Web de l'ASPF. Dès 2002, on commencera à travailler sur le détail de la mise en œuvre de cette recommandation de la façon la plus efficace possible, et la mise en œuvre proprement dite devrait avoir lieu en 2003-2004.

Analyse

- 301** Mon premier rapport contenait cette recommandation afin de souligner la rareté des ressources disponibles pour aider les membres de la famille des militaires qui souffraient du SSPT et d'autres TSO. Les enfants de tous âges, les conjoints, et même les parents des militaires qui souffrent de TSO sont touchés, et les FC doivent faire davantage pour les aider.
- 302** Le soutien par les pairs offert par l'entremise du programme de SSVSO constitue un excellent premier pas, mais le SSVSO n'est actuellement pas en mesure de s'occuper de toute la gamme de problèmes qui touchent les familles. Le SSVSO s'est doté d'un plan

d'expansion qui permettra d'élargir son champ d'action afin d'offrir un soutien aux familles touchées par des problèmes liés aux traumatismes causés par le stress au cours des prochaines années. Malheureusement, il faut permettre à ce concept d'évoluer lentement afin de permettre au programme de se constituer une expertise avant de s'occuper de toutes les questions liées aux TSO. La réponse aux demandes de plus en plus grandes de services de SSVSO est limitée par le budget actuel. Cela n'a pas empêché des pairs-coordonnateurs du SSVSO de s'engager à aider des familles dans certaines situations, mais le nombre de ces coordonnateurs est tout simplement trop limité pour élargir ces services à court terme.

- 303** Les CRFM constituent un excellent outil permettant d'appuyer la famille des membres des FC. Mes enquêteurs ont été très impressionnés par le dévouement et les efforts déployés par les CRFM dans toutes les FC et par l'excellent personnel dont ils sont dotés (professionnels et bénévoles). Toutefois, trop souvent, ils doivent relever des défis trop nombreux pour vraiment pouvoir répondre aux besoins des familles.
- 304** Comme pour tout le personnel soignant, la confidentialité des renseignements est un point très important dans les CRFM, et lorsqu'ils ont été créés, on ne croyait pas qu'ils devraient un jour traiter des renseignements de nature très délicate. Par exemple, les CRFM n'ont pas accès aux documents protégés B, comme les listes de militaires déployés, en raison de la nature délicate de cette information. Cela nuit à leur capacité d'intervenir dans certaines circonstances. Les CRFM doivent de plus faire face à un problème de communication unique, puisqu'ils ne font pas partie de la chaîne de commandement médicale ou opérationnelle normale. Ainsi, il arrive souvent qu'ils n'aient pas accès à certains renseignements. En outre, ils sont souvent handicapés par leur manque de ressources.
- 305** La Légion royale canadienne constitue une précieuse ressource qui n'est pas encore utilisée au maximum. La Légion offre une grande diversité de services aux anciens combattants et à leur famille pour s'assurer qu'ils connaissent les prestations et les programmes qui leur sont offerts et qu'ils y ont accès. La Légion travaille en collaboration avec le SSVSO, les CRFM et les ACC pour les questions liées aux TSO.

Conclusion

- 306** Il faut travailler davantage dans ce domaine. Même s'il y a de bonnes intentions et des projets d'élargir les services aux familles par le truchement du projet de SSVSO, celui-ci n'a actuellement pas la capacité ni le budget qu'il lui faudrait pour répondre à tous les besoins des familles à court et à moyen termes. De même, les CRFM ont besoin de plus de ressources et de meilleurs moyens de communication si l'on veut qu'ils assument une plus grande part de responsabilité dans la prestation de services aux membres des familles. D'excellentes initiatives ont été mises en place dans les CRFM que nous avons visités, et elles pourraient certainement améliorer la vie des militaires si elles étaient présentes dans tous les centres. J'ai hâte de voir s'accroître la collaboration entre le MDN et les FC et la Légion royale canadienne.

Recommandation 29

- 307** Les Forces canadiennes continuent de soutenir l'initiative de Soutien social aux victimes de stress opérationnel et allouent des ressources suffisantes pour étendre cette initiative ou des programmes similaires à l'ensemble de l'organisation.

Réaction des FC

- 308** On soutient pleinement cette recommandation et on y a déjà donné suite. Le DSBA a déjà accordé des ressources au SSVSO et a embauché des pairs-coordonnateurs pour le projet pilote de réseau de soutien par les pairs qui a débuté en février 2002. De plus, le DGS San a embauché un travailleur social civil (ancien membre des FC) qui sera une ressource consacrée exclusivement au SSVSO; cet expert en santé mentale apportera une contribution clinique sur le SSPT à toutes les étapes du projet de SSVSO.

Analyse

- 309** Le SSVSO a beaucoup progressé depuis qu'il est devenu opérationnel en mars 2002. Actuellement, il compte quatre pairs-coordonnateurs qui sont à Edmonton, Winnipeg, Petawawa et St. John's. Quatre autres pairs-coordonnateurs termineront leur formation d'ici novembre 2002. Au 7 octobre 2002, le projet de SSVSO traitait ou avait traité 215 cas. Les pairs-coordonnateurs du SSVSO sont appuyés par des employés à temps plein eux-mêmes aidés par les ACC.
- 310** Selon le maj Stéphane Grenier, gestionnaire du projet de SSVSO, les FC ont apporté leur appui en fournissant des ressources. Toutefois, les demandes en services ont été plus élevées que prévu, et certains cas ont exigé une certaine souplesse dans l'affectation des ressources disponibles. Par exemple, les visites à Edmonton des employés du Centre de Sainte-Anne-de-Bellevue et une visite d'un ancien combattant de la guerre du Vietnam qui a aidé le pair-coordonnateur à mettre sur pied un groupe de soutien n'étaient pas des dépenses prévues, et on a dû aller puiser dans le budget. Le SSVSO prévoit également créer un programme de soutien des familles, mais « le financement reste une préoccupation » selon le

procès-verbal de la réunion du comité sur le TSO qui a eu lieu le 1^{er} octobre 2002.

- 311** Dans l'ensemble des Forces canadiennes et au ministère des Anciens combattants, mes enquêteurs n'ont entendu que des éloges pour le SSVSO. Le commentaire recueilli auprès d'un travailleur du CRFM était typique de la réaction générale : « c'est une idée formidable! » Le SSVSO a fait de la santé de ses employés une priorité et tentera de régler le problème de la charge de travail qui aurait des répercussions négatives sur eux.
- 312** Mon Bureau a également été témoin du succès du projet de SSVSO à l'œuvre dans des cas particuliers et du dévouement et de l'engagement des pairs-coordonnateurs du SSVSO. Après la publication du premier rapport, mon Bureau a reçu et continue de recevoir des appels des membres des FC qui souffrent de TSO qui ont passé entre les mailles du système et qui, bien souvent, auraient besoin d'une aide immédiate. Dans certains cas, nous avons pu travailler directement avec les pairs-coordonnateurs du SSVSO afin de faciliter l'aiguillage et nous avons constaté des résultats immédiats : un soutien fourni au militaire et l'instauration d'une coordination pour aider le militaire à obtenir un traitement et des ressources. Par exemple, un avocat de la Couronne a récemment communiqué avec mon Bureau relativement à une personne atteinte du SSPT qui a dû faire face au système de justice pénale en partie en raison d'un TSO. L'avocat de la Couronne a communiqué avec nous parce qu'il s'inquiétait du fait que cette personne ait été coupée du système de soins de santé des FC et qu'elle n'ait peut-être pas reçu les traitements et le suivi dont elle avait besoin. Mon Bureau a pu faciliter la participation du SSVSO, qui avait déjà communiqué avec le militaire. Un pair-coordonnateur du SSVSO s'est tout de suite rendu à l'endroit où le militaire était détenu, a fourni un soutien au militaire et à sa famille et a réussi à obtenir le transfert de la personne dans un centre de traitement.
- 313** Mes enquêteurs ont également participé à une partie des premiers cours de formation du SSVSO et à ceux qui ont suivi et étaient présents lorsque les pairs-coordonnateurs du SSVSO se sont adressés aux groupes des FC. Ils ont constaté que les pairs-coordonnateurs, en raison de leurs antécédents, étaient des éducateurs efficaces et très crédibles. Comme le souligne la recommandation 11, dans le cadre du projet de SSVSO, on cherche à créer une base de données contenant les membres et les anciens membres des FC qui ont connu le stress opérationnel et qui, sans être des pairs-coordonnateurs, seraient prêts à faire des exposés sur les sujets liés aux TSO. C'est une excellente idée.

- 314 Je suis également satisfait du fait que le SSVSO ait « une place à table » au comité sur les TSO. Il s'agit toutefois d'une participation consultative, puisqu'il n'est pas membre à part entière. Le SSVSO a également fait un exposé au comité sur ses activités à la réunion du 1^{er} octobre 2002.

Conclusion

- 315 Je félicite les FC d'appuyer cette initiative, et je les presse de continuer dans cette voie. Il faudrait affecter plus de ressources au projet à mesure qu'il prend de l'ampleur, selon ses besoins grandissants. Je crois que le SSVSO s'est révélé un outil extrêmement précieux pour aborder les problèmes liés aux TSO auxquels font face les FC et qui menacent son efficacité opérationnelle. Le SSVSO contribuera de façon appréciable au changement de culture requis pour combattre les stigmates liés aux TSO de façon à garantir que les membres des FC qui souffrent d'un TSO n'ont pas peur de sortir de l'ombre pour obtenir l'aide dont ils ont besoin le plus rapidement possible. Mon personnel a entretenu des liens étroits avec les employés du SSVSO tout au long de l'enquête et continuera de le faire. Il est clair que le succès de ce projet est attribuable en grande partie à la détermination et au leadership du maj Stéphane Grenier, au soutien constant de la chaîne de commandement, y compris du lcol Dave Wrather et du lgén Christian Couture, et de l'engagement et du dévouement des coordonnateurs-pairs du SSVSO. Ils méritent tous que nous soulignons leur excellent travail.

Recommandation 30

- 316** Les Forces canadiennes revoient de façon exhaustive les règles traitant de la confidentialité des renseignements médicaux. Dans l'immédiat, les bris de confidentialité doivent être traités de manière visible et rapide afin de rétablir la confiance dans la détermination des Forces canadiennes à protéger les renseignements personnels.

Réaction des FC

- 317** On soutient pleinement cette recommandation et on y a en partie donné suite. CANFORGEN 026/00 SMA (RH-Mil) 181430Z FEB 00 « Divulgateion de renseignements médicaux ou de travail social aux officiers commandants » a été adoptée et indiquait que les renseignements médicaux ne devaient pas être divulgués aux commandants sans le consentement du militaire. Ce message abordait les principes de base en vue de faire correspondre la politique des FC dans ce domaine à la politique qui a cours dans le monde civil. Son contenu a été présenté aux fournisseurs de soins de santé des FC. On espère que tous les fournisseurs de soins de santé des FC respectent cette communication. Le cas de ceux qui y dérogent sera traité de façon appropriée.
- 318** Le Service de santé des Forces canadiennes a déjà entrepris un examen approfondi des politiques des FC concernant le respect de la vie privée et la confidentialité des renseignements médicaux. Cet examen comprend une large consultation des experts militaires et civils et se traduit par la production d'une ébauche de directive et ordonnance administratives de la Défense (DOAD) à ce sujet. Les DOAD harmonisent les politiques des FC avec celles adoptées dans le monde civil au Canada. Les DOAD doivent maintenant subir un examen complet, puis pourront être adoptées dans l'ensemble des FC.
- 319** Parallèlement aux DOAD, on a également produit une ébauche d'Instructions des services de santé des Forces canadiennes (ISS FC). Ce document fournit une

orientation détaillée aux fournisseurs de soins de santé et couvre certains des aspects les plus complexes de la protection des renseignements personnels sur la santé. Cette instruction sera diffusée aux fournisseurs de soins de santé des FC une fois que les DOAD sur lesquelles elle se fonde auront reçu l'approbation finale.

Analyse

- 320** Il faut respecter un équilibre délicat entre la confidentialité et la nécessité de communiquer les renseignements dont ont besoin les commandants et les décideurs pour faire leur travail. Mes enquêteurs se sont inquiétés, avec raison, de certains cas où la confidentialité des renseignements personnels n'avait pas été respectée, cas dont ils ont pris connaissance pendant la première enquête sur la plainte déposée par le cpl McEachern. Lorsqu'un renseignement personnel sur la santé d'un patient est révélé de façon inadéquate, on a affaire à un cas de violation de la vie privée. Toutefois, il est clair qu'il y a deux côtés à la médaille de confidentialité, et que les communications entre le milieu soignant et la chaîne de commandement opérationnelle sont nécessaires. En mettant seulement l'accent sur le problème d'une trop grande divulgation, on oublie les dangers potentiels pour la santé et le bien-être des membres des FC et de leur famille, et même d'autres personnes, du fait de divulguer trop peu de renseignements. Il est évident que les services médicaux des FC s'efforcent de trouver le bon équilibre entre en dire trop et en dire trop peu. De toute évidence, ce problème reste en suspens. Un commandant de la base nous a dit qu'il « ne pouvait pas imaginer comment les problèmes de communication entre la chaîne de commandement opérationnelle et les professionnels de la santé pourraient être pires. »
- 321** De toute évidence, la question de la confidentialité des renseignements personnels est au centre des préoccupations du milieu des soins de santé des FC, mais inquiète encore davantage les membres des FC qui souffrent ou qui pourraient souffrir de TSO. Des sources fiables nous ont révélé que plusieurs membres qui sont récemment revenus d'Afghanistan refusent d'aller chercher de l'aide même s'ils souffrent peut-être d'un TSO. Leurs réticences s'expliquent en partie par le fait qu'ils croient que leur dossier médical ne restera pas confidentiel. Un des commentaires les plus alarmants que nous ayons entendus pendant notre enquête est celui d'un membre chevronné, expérimenté et très dévoué du

personnel d'un CSTSO qui nous a dit : « Si j'étais un soldat, je ne viendrais pas ici. Il n'y a pas de vraie confidentialité. Tout le monde sait que vous êtes ici. Nous ne pouvons pas protéger votre dossier. Si j'étais l'un de mes clients, j'aimerais plutôt obtenir un traitement privé. »

- 322** La section 5.B.(2) du CANFORGEN 100/00 se lit comme suit : « Le coordonnateur des soins de santé (CSS) informera le commandant des limitations d'emploi du militaire, incluant l'information de cas ou si le militaire est susceptible de retourner en devoir à temps plein sans limitation. » On a signalé à mes enquêteurs que d'importants efforts de sensibilisation sont faits dans l'ensemble des FC. Pendant un « blitz » au printemps 2002, le personnel soignant a assisté à une séance d'information sur les renseignements qui pourraient être fournis à la chaîne de commandement, et dans quelles circonstances on pouvait les fournir. On a demandé à chaque région de passer en revue quels étaient les niveaux de connaissances dans ce domaine. Toutefois, la question de base reste la communication des renseignements. Selon un membre haut gradé du Groupe médical des Forces canadiennes (GMFC), « Il est de plus en plus difficile d'aider les soldats lorsque vous ne pouvez pas aborder des points précis. »
- 323** Dans tous les cas où la question de la confidentialité des renseignements a été abordée avec le personnel soignant au cours de l'enquête, on a remarqué une très grande connaissance des règles. De même, la plupart des fournisseurs de soins reconnaissaient immédiatement la difficulté que représentait le fait de fournir suffisamment de renseignements aux responsables de la chaîne de commandement opérationnelle pour leur permettre de faire leur travail. L'autre difficulté réside dans le fait d'expliquer les règles de confidentialité aux militaires et de faire en sorte qu'ils reprennent confiance envers le système. En fin de compte, la façon la plus efficace de réduire les préoccupations des militaires concernant la protection des renseignements personnels pourrait être d'éliminer les stigmates liés aux problèmes de santé mentale. Une autre façon serait de faciliter les changements administratifs mentionnés ailleurs dans le présent rapport pour faire en sorte que les militaires qui souffrent de TSO restent au sein des FC à titre de membres importants et utiles. Trop souvent, les militaires craignent de révéler leur problème de TSO parce qu'ils croient que cela équivaldrait à « se retirer des Forces canadiennes. »
- 324** Un sujet d'inquiétude au cours de la première enquête était la mise en commun de renseignements entre les autorités médicales des ACC et du MDN. Les membres des FC et certains employés des ACC s'étaient véritablement préoccupés du fait que cela mènerait à des

violations de la confidentialité. Mes enquêteurs n'ont pas vu cette crainte se réaliser. En fait, ils se sont rendu compte que les préoccupations entourant cette question avaient pratiquement disparu. Même si quelques personnes exprimaient encore des réserves, aucune preuve de divulgation de renseignements confidentiels n'a été mise au jour. Par contre, les questions liées aux renseignements confidentiels soulevées par l'initiative de renouvellement des soins de première ligne (IRSP) entreprise par le DGS San soulèvent d'importantes préoccupations. Selon le processus de l'IRSP, les notes prises par les fournisseurs de soins de santé mentale (y compris les travailleurs sociaux) feraient partie d'un dossier médical général du militaire et seraient donc accessibles aux professionnels de la santé qui n'œuvrent pas dans le domaine de la santé mentale. Ces notes contiennent souvent des renseignements personnels et de nature très délicate. Cette initiative, sous sa forme actuelle, est considérée par bien des fournisseurs de soins de santé mentale avec lesquels nous avons discuté comme étant une étape inutile et rétrograde qui effriterait davantage la confiance des membres envers la confidentialité de leur dossier. Dans certains cas, des membres des FC qui avaient été mis au courant de la politique ont refusé le traitement. Apparemment, la justification de l'ajout des notes du clinicien au dossier médical général du militaire est le peu de communication entre les fournisseurs de soins de santé mentale et les médecins militaires. Les médecins militaires ont dit qu'ils avaient besoin d'obtenir des détails sur la santé mentale du patient pour pouvoir lui offrir un traitement adéquat.

Conclusion

- 325** La protection des renseignements personnels sur la santé est un enjeu important. Toutefois, dans une organisation comme les FC, la capacité d'établir des communications efficaces entre le milieu soignant et la chaîne de commandement opérationnelle en vue de la protection des membres et de la société en général, est tout aussi importante. Le milieu médical des FC s'efforce de protéger la confidentialité des renseignements médicaux, et la connaissance des règles entourant la confidentialité des renseignements médicaux est très élevée au sein du milieu médical. Le degré de préoccupation concernant la protection des renseignements personnels liés au TSO reste élevé et empêche encore certains militaires d'aller chercher l'aide dont ils ont besoin. Je ne crois pas qu'il serait difficile de parvenir à un compromis sur la mise en commun des renseignements entre les médecins militaires et les professionnels de la santé mentale. À coup sûr, il est possible de

fournir suffisamment de renseignements pour répondre aux besoins des médecins militaires sans divulguer l'ensemble du dossier.

- 326** En fin de compte, nous croyons que les membres des FC refusent d'aller de l'avant et d'aller chercher de l'aide parce qu'ils ne savent pas qui aura accès à leur dossier médical. Dans bien des cas, ces préoccupations concernant la confidentialité ont trait directement aux stigmates liés aux TSO, qui sont très tenaces, et à la crainte que les membres qui souffrent de TSO ne seront pas bien traités par le système et finiront par être libérés du service.

Recommandation 31

- 327** Les Forces canadiennes créent un poste de coordonnateur pour le SSPT, poste relevant directement du CEMD et destiné à coordonner toutes les activités relatives au SSPT dans l'ensemble des Forces canadiennes.

Réaction des FC

- 328** On reconnaît que les FC doivent adopter une démarche holistique pour aborder la question des traumatismes liés au stress opérationnel, le plus connu de ces traumatismes étant le SSPT. Toutes les principales activités cernées par l'Ombudsman des FC (santé mentale, soutien aux familles, bien-être spirituel, rémunération et avantages sociaux, élaboration de politiques, éducation et formation (et leur prestation dans les établissements des FC)) sont du ressort du SMA (RH-Mil), qui relève du CEMD. Il est donc évident que le SMA (RH-Mil) est déjà *de fait* coordonnateur des TSO au sein des FC. Pour aider le SMA (RH-Mil) à assumer ses responsabilités et pour s'assurer de la participation active de toute la chaîne de commandement, il faudra créer un comité directeur constitué des principaux intervenants, y compris les commandants adjoints d'armées. Le comité directeur mettra en place une façon officielle d'examiner les questions liées aux TSO. Le mandat de ce comité directeur sera de coordonner, au besoin, les questions liées aux TSO, et on fera connaître son mandat en temps opportun.
- 329** Le Comité directeur a été mis sur pied, et ses membres se sont réunis plusieurs fois. Le CEMD a nommé une conseillère spéciale, la capitaine de vaisseau Judy Harper, aidée de l'adjudant-chef des FC, qui apporteront une contribution directe à la question.
- 330** Le Comité sur les TSO, dont font partie les CEMA adjoints et des représentants des secteurs opérationnels, médicaux, sociaux, professionnels, familiaux, stratégiques et de l'éducation, s'est réuni le 21 mai 2002. Le but confirmé du Comité est de

sensibiliser tous les membres des FC aux questions liées aux TSO et de les faire mieux accepter, et d'harmoniser les politiques des FC afin d'appuyer ces initiatives. On a également réitéré le fait que le Comité devait examiner l'ensemble des questions liées au stress et qu'il ne se limiterait pas aux problèmes découlant des déploiements opérationnels.

Analyse

- 331** Un grand nombre d'autorités disparates au sein des FC, relevant souvent de différentes chaînes de commandement, influent sur la façon dont les FC traitent les TSO. En fait, dans certains cas, le SMA (RH-Mil) n'a aucun pouvoir sur la façon dont les FC abordent les TSO. Par exemple, les commandements des armées jouent un rôle essentiel, tout comme la Police militaire, mais ni l'un ni l'autre ne relève du SMA (RH-Mil). Donc, rien n'indiquait vraiment que le SMA (RH-Mil) était, de fait, le coordonnateur des TSO au sein des FC.
- 332** Par ailleurs, il m'a semblé évident qu'une démarche globale était nécessaire pour s'assurer que les FC cernaient bien les enjeux liés aux TSO. Pour atteindre ce but, je recommande que les FC créent un poste de coordonnateur du SSPT qui serait responsable des divers intervenants, dont le SMA (RH-Mil) serait le plus important, mais pas le seul. Cette personne, qui relèverait directement du CEMD, serait responsable d'assurer une coordination constante entre tous les intervenants des FC.
- 333** J'ai eu de nombreuses discussions avec le CEMD concernant la mise en œuvre de cette recommandation. Nous avons fini par convenir du modèle qui a été mis en place : une conseillère spéciale relevant directement de lui, et un Comité directeur, composé des principaux décideurs parmi les intervenants des FC. J'ai indiqué que je superviserais son efficacité.
- 334** La capitaine de vaisseau (captv) Judy Harper a été nommée conseillère spéciale du CEMD pour les TSO. Son mandat a été rendu public par le CEMD le 12 juillet 2002. On peut y lire : « L'affectation de la conseillère spéciale du CEMD pour les traumatismes liés au stress opérationnel constitue une tâche secondaire. » La conseillère rencontre le CEMD « régulièrement » mais relève du SMA (RH-Mil) pour ses activités quotidiennes. Selon son mandat, elle doit : « jouer un rôle de chef de file pour représenter les intérêts du CEMD lorsque des solutions sont mises en œuvre et travailler en étroite collaboration avec le Comité et les

chefs d'état-major d'armée. » Elle a également le mandat d'établir « une relation de travail avec les CEMA de tous les niveaux, stratégiques, locaux ou tactiques afin de déterminer les exigences liées au respect des politiques et des procédures en matière de TSO et d'établir des rapports à ce sujet. » Elle doit « présenter régulièrement des rapports au CEMD et au Comité sur les TSO au sujet de la conformité des programmes et de leur respect. » La captv Judy Harper est également DPIE. Le premier maître de 1^{re} classe Richard Lupien, qui est adjudant-chef des Forces canadiennes, l'aide à effectuer les tâches liées aux TSO.

- 335** Le Comité sur les TSO est composé des principaux intervenants des FC, dont les chefs d'état-major adjoints des Forces terrestre, aérienne et maritime, du DGS San, du Directeur général – Carrières militaires, d'un représentant supérieur du SCEMD, de l'aumônier général et du Chef du Service de santé. Le Comité sur les TSO compte un certain nombre de conseillers, qui ont participé à la première réunion du 21 mai 2002, y compris le DSBA, le chef des travailleurs sociaux des FC et le chef de l'équipe de santé mentale du GMFC. Il compte également un observateur des ACC. Le Comité sur les TSO a un mandat très large et doit, selon ses attributions « régler les problèmes » que j'ai soulevés dans mon premier rapport. Un de ces buts principaux est de
- 336** « s'assurer que la chaîne de commandement s'engage activement et à tout moment dans toute situation à favoriser un changement culturel au sein des FC afin de créer un environnement qui offre plus de soutien, de mieux comprendre les enjeux à tous les niveaux et de garantir une collaboration et un travail ciblés afin que les militaires retrouvent la santé et retournent au travail. »
- 337** Le Comité sur les TSO est présidé par le SMA (RH-Mil), le lgén Couture, et, selon ses attributions, devrait se réunir tous les trimestres ou plus souvent si le besoin s'en fait sentir. Comme le souligne le procès-verbal de sa première réunion de mai 2002, le lgén Couture « met l'accent sur le fait qu'il s'agit non pas simplement d'un comité parmi tant d'autres, mais d'une tentative d'établir un processus afin de s'assurer que les questions soulevées dans le premier rapport et dans d'autres initiatives sont traitées sans dédoublement des efforts et sans contradiction. »
- 338** Le Comité sur les TSO s'est réuni pour une deuxième fois le 1^{er} octobre 2002. J'ai été heureux de constater que le pouvoir de prise de décisions des membres qui y ont participé n'a pas été dilué de façon importante. Dans son allocution d'ouverture, le lgén

Couture a mis l'accent sur « l'importance du Comité en tant que forum qui permettrait d'offrir le leadership et l'orientation nécessaires pour régler l'ensemble des problèmes touchant les TSO. » La rencontre a porté sur divers sujets, et des extraits des délibérations sont inclus au besoin dans l'analyse de chacune des recommandations. Le directeur des Services professionnels de Sainte-Anne-de-Bellevue a fait une allocution sur les initiatives des ACC en matière de TSO, et le maj Grenier a, quant à lui, présenté aux membres les nouvelles initiatives liées au projet de SSVSO. J'ai également été satisfait de l'intervention d'un commandant d'un groupe tactique récemment déployé qui a parlé des problèmes de TSO d'un point de vue opérationnel.

- 339** Le degré de collaboration entre la conseillère spéciale du CEMD pour les TSO et les enquêteurs de l'Ombudsman a été excellent tout au long de l'enquête. La situation des TSO au sein des FC est un ensemble multidimensionnel et complexe de problèmes interreliés, et il faudra du temps pour toute personne, même très dévouée, qui veut bien les saisir. Une entrevue avec la captv Harper et l'adjuc FC qui a eu lieu le 18 juillet 2002 a révélé qu'ils n'étaient pas au courant des progrès du Ministère dans un certain nombre de secteurs clés, mais cela est tout à fait compréhensible puisque leur mandat n'avait été arrêté que six jours auparavant. J'ai su que les conseillers spéciaux avaient participé à un certain nombre de séances d'information sur les TSO après cette réunion. Mes enquêteurs les ont rencontrés une deuxième fois le 23 septembre 2002, et même s'ils ont encore beaucoup d'éléments à maîtriser et qu'ils n'ont pas encore rencontré les gens de terrain, il était évident qu'ils connaissaient beaucoup mieux le sujet. Je sais qu'ils ont l'intention de se rendre à Edmonton à la fin d'octobre pour recueillir des renseignements sur le terrain. Les conseillers spéciaux pour les TSO devront à tout prix, au cours de leur voyage, concentrer leurs efforts sur les discussions avec les fournisseurs de soins et les membres du milieu opérationnel chez les travailleurs pour s'assurer qu'ils correspondent aux résultats pratiques et non aux plans figurant sur papier.

Conclusion

- 340** Pendant les visites sur place de mes enquêteurs, il était évident qu'il y avait encore place à la coordination et à la collaboration dans certains secteurs. Des exemples ont déjà été fournis dans certaines recommandations. En général, nous avons remarqué que le niveau de coordination et de collaboration sur le terrain ne s'est pas amélioré. À cet égard, je me préoccupe particulièrement du fait

que les unités ne semblent pas recevoir, dans une grande mesure, une formation sur les TSO. Je crois que la coordination entre les commandements des armées et la chaîne de commandement des soins de santé pourrait régler ce problème relativement facilement, en respectant de façon générale les recommandations contenues dans l'examen du DPIE. Il s'agit d'un très bon exemple d'un cas où les responsabilités pour la mise en œuvre des activités de soutien relatives aux TSO sont divisées entre la chaîne de commandement opérationnelle (qui, en fin de compte, relève de la chaîne de commandement des armées) et la chaîne de commandement médicale (qui relève de la chaîne de commandement du SMA (RH-Mil)).

- 341** Dans le cas de l'instruction continue d'une unité, il incombe à l'unité de demander la formation, et c'est le CSTSO qui est responsable, de concert avec le SSVSO et d'autres ressources, au besoin, de la fournir. Si l'instruction continue ne s'améliore pas, c'est peut-être parce que les unités n'en font pas la demande – comme c'est le cas dans l'une des grandes bases où nous sommes rendus – ou peut-être en raison de l'incapacité du CSTSO ou du SSVSO de libérer des ressources pour l'élaborer ou pour l'offrir. Dans un cas comme dans l'autre, il est difficile de désigner un responsable, mais il est clair que la coordination n'est pas encore au point.
- 342** Par ailleurs, les CRFM ne sont pas entièrement intégrés au réseau de soins, et on laisse ainsi passer de bonnes occasions de mettre de l'information en commun. En fait, on nous a dit qu'au sein même des CRFM, la plupart des renseignements sur les TSO qui sont distribués sont colligés et (ou) élaborés localement. On nous a fourni un exemple précis : lorsque le CRFM local a voulu obtenir une formation sur le stress dû à un incident critique (SDIC), le CRFM a trouvé et financé une organisation municipale pour s'en occuper. Le travailleur du CRFM a également décrit le dédoublement de services et une absence d'axes de responsabilité clairement définis. Un autre travailleur social nous a confié : « Le degré élevé de territorialité confirme la capacité des divers organismes d'aide de communiquer entre eux. » Par ailleurs, nous avons su que certains CRFM avaient recours à des CSTSO pour leurs activités relatives aux TSO. De toute évidence, il pourrait y avoir davantage de coordination entre les CRFM et les autres organisations.
- 343** Il est encore trop tôt pour déterminer si la conseillère spéciale du CEMD pour les TSO, selon la formule actuelle, fonctionnera en pratique. La création d'un poste de conseillère spéciale est de très

bon augure, mais toutes mes préoccupations n'ont pas été dissipées puisque le poste est à temps partiel. La titulaire a beaucoup d'autres lourdes tâches à remplir y compris celle de DPIE, et il est difficile de déterminer de quelle façon elle pourra consacrer le temps et les efforts requis pour cette tâche, même avec l'aide de l'adjutant-chef FC, qui lui-même a de nombreuses autres responsabilités. Cela dit, mes enquêteurs ont été impressionnés par leur volonté de cerner les enjeux, et j'ai hâte de constater les résultats concrets qui pourraient en découler à court terme.

- 344** Tout d'abord, le CEMD a pris la bonne décision en nommant une conseillère spéciale sur les TSO qui ne fait pas partie du milieu médical. Cela renforce le message très important selon lequel le SSPT et autres traumatismes liés au stress sont une responsabilité directe de la chaîne de commandement, plutôt qu'un simple problème médical. Pour traiter efficacement les TSO, il faut avoir recours à un élément médical évident et très important, mais c'est la chaîne de commandement qui doit fournir l'élément de leadership.
- 345** La création du Comité sur les TSO représente une évolution très positive. En fixant comme but de sensibiliser davantage tous les membres des FC aux questions touchant les TSO et de les leur faire mieux accepter et harmoniser les politiques des FC, afin d'appuyer ces initiatives, est encourageant. Toutefois, une des grandes difficultés que représente la démarche adoptée par le Comité est le manque de reddition de comptes précise. De plus, la charge de travail des personnes déjà extrêmement occupées, surtout les commandants adjoints du commandement des armées, peut hypothéquer l'attention que la question mériterait, malgré les meilleures intentions du monde. En ce qui a trait aux responsabilités, le SMA (RH-Mil) est manifestement la personne de l'organisation la mieux placée pour répondre au défi que représente la question des TSO, mais la majorité de mes recommandations exigeront la participation active des organisations et des personnes qui ne relèvent pas directement de son organisation.
- 346** L'activité du Comité sur les TSO devra être surveillée. On s'assurera ainsi que ce ne sont pas des employés des armées ayant moins de pouvoir qui sont délégués pour participer aux réunions. L'efficacité de la méthode employée par le Comité devra être surveillée afin que l'on puisse s'assurer que l'absence d'un seul point de responsabilité ne dilue pas les efforts déployés pour résoudre le problème. Enfin, il faudra se montrer extrêmement dynamique pour que ce Comité de haut niveau reste branché sur la réalité de ce qui se passe vraiment sur le terrain.

- 347** Au cours de l'enquête de suivi, nous avons cerné des questions importantes qui présentent d'importantes difficultés pour les soins des membres des FC souffrant de TSO : ressources, fossé grandissant entre la chaîne de commandement opérationnelle et les fournisseurs de soins et équité.

Ressources

- 348** Le manque de ressources est devenu une réalité des FC et occupe souvent l'avant-scène des discussions concernant la capacité de l'organisation d'envoyer des forces de combat en mission ou de remplacer de l'équipement vieillissant. Il ressort clairement maintenant que les restrictions financières ont des répercussions graves sur la façon dont l'organisation aborde les traumatismes liés au stress dans la plupart des domaines. Un commandant adjoint a décrit son dilemme de la façon suivante : « Je dois établir un équilibre entre la nécessité de faire preuve de compassion et d'offrir un traitement au soldat, d'une part, et la nécessité d'accomplir des tâches extrêmement lourdes, d'autre part. »
- 349** Les pénuries chroniques de personnel affectent la façon dont les militaires perçoivent les personnes souffrant de traumatismes liés au stress qui les entourent. Le degré de ressentiment qui s'accumule envers les militaires qui souffrent de ces traumatismes lorsqu'ils sont dans l'impossibilité de faire la part qui leur revient ne peut être exagéré. À mon avis, il s'agit de l'un des éléments qui contribuent le plus à l'attitude très complexe des pairs vis-à-vis des personnes qui souffrent de traumatismes liés au stress.
- 350** À un niveau très fondamental, les pénuries constantes de temps et de ressources humaines et financières créent au sein des FC un stress sous-jacent qui atteint de dangereuses proportions. Ce problème est particulièrement grave au sein des organisations qui appuient les unités de combat.
- 351** L'une des pénuries les plus graves, c'est le temps. On a dit et répété à mes enquêteurs que la vie dans les FC n'est tout simplement « plus amusante ». On ne prend plus le temps de bâtir des relations et d'établir un sain esprit de corps dans une organisation où l'on doit toujours courir. Nous avons même entendu parler d'une unité qui a dû ordonner à ses membres de participer à une journée familiale. Le commandant tentait de bâtir l'esprit de corps au sein de son unité et d'inclure les familles, mais les militaires étaient trop fatigués et n'avaient qu'une envie, c'était de passer leurs rares temps libres à la maison. Les mots d'un commandant adjoint d'un

bataillon de l'infanterie résumait bien la situation : « L'attribution des missions est la tâche la plus meurtrière de l'armée. »

- 352** La capacité de prendre le temps d'instaurer une nouvelle formation et (ou) des moyens de sensibilisation afin de changer la culture des FC de façon à ce qu'elle soit davantage axée sur la compréhension et accepte les traumatismes liés au stress est tout simplement inexistante. Ainsi, même si on tente de sensibiliser davantage les militaires au stress et aux traumatismes causés par le stress, et qu'on souhaite vraiment y parvenir, la capacité réelle de le faire est gravement mise à l'épreuve par le manque de temps – tant de la part de la chaîne de commandement opérationnelle que de la part des personnes qui pourraient offrir la formation.
- 353** Le degré de sensibilisation du milieu médical au rôle et aux fonctions des éléments opérationnels qu'ils servent est gravement limité par le temps dont ils disposent pour élargir leurs connaissances à ce sujet.
- 354** De l'avis de mon équipe d'enquêteurs, la grande majorité des membres de la chaîne de commandement s'engagent à faire mieux connaître les traumatismes liés au stress et à changer la culture. Toutefois, le manque de temps et de ressources constitue un obstacle à ces améliorations.
- 355** En outre, le manque de ressources alourdit la charge de travail du personnel soignant. Dans bien des cas, on a assuré à mes enquêteurs, au niveau national, que des ressources suffisantes étaient disponibles. Même si nous avons remarqué une amélioration dans certains secteurs, au niveau de l'unité, les pénuries étaient graves et entravaient la prestation des services. L'engagement est évident, mais la charge de travail est si lourde que, comme elle se combine aux répercussions des changements organisationnels, les initiatives habituelles de promotion du travail d'équipe en milieu de travail ont été abandonnées. Cette situation entraîne la détérioration du milieu de travail, ce qui crée encore plus de stress pour le personnel soignant. Les aumôniers, les travailleurs sociaux, les médecins, les infirmières, les psychiatres et les psychologues sont tous touchés par cette situation. Un aumônier a indiqué à mes enquêteurs qu'il avait bien hâte à son prochain déploiement afin de pouvoir enfin se reposer. Au sein même de la chaîne de commandement, des niveaux semblables de stress existent et empirent. Bien des fois, ce sont les interactions entre la chaîne de commandement et le milieu des soignants qui en souffrent beaucoup. Le simple manque de temps est probablement le facteur qui contribue le plus aux lacunes de plus en plus grandes

en matière de communication et à l'isolement grandissant de ces deux groupes.

Coût du recrutement

- 356** Le coût humain que représente le fait de ne pas s'occuper des TSO est considérable. De plus, les coûts financiers associés au remplacement des membres qui quittent les FC en raison d'un TSO sont immenses. Il faut compter environ 315 000 \$ pour recruter et former un militaire avant qu'il ne soit jugé prêt au combat et qu'il puisse être déployé à titre de soldat d'infanterie.
- 357** Il est par ailleurs impossible de mesurer les coûts liés à la perte d'expérience, au moral peu élevé et au fait que les gens ne perçoivent plus les FC comme un endroit où on aimerait faire carrière. Il ne fait aucun doute que ces facteurs coûtent cher aux FC et contribuent encore à son piètre rendement dans le domaine du recrutement. Selon le rapport de la Vérificatrice générale du Canada d'avril 2002,
- 358** « Malgré ces efforts, la campagne de recrutement actuelle n'a pas attiré un nombre suffisant de nouveaux membres de la Force régulière pour permettre aux Forces canadiennes d'atteindre leur objectif de 7 000 recrues. [...] Les Forces canadiennes doivent conserver leur personnel qualifié et expérimenté, et c'est pourquoi elles étudient des options relatives au maintien de l'effectif. »
- 359** Ce piètre rendement contribue à son tour à créer des pénuries de personnel. Les FC se retrouvent donc dans un cercle vicieux puisque les pénuries de personnel continuent d'intensifier le stress que vivent les militaires et représentent un obstacle à la résolution des problèmes liés aux TSO.

Coût des poursuites

- 360** Il existe un autre coût financier possible auquel j'ai fait allusion dans mon premier rapport : les poursuites. Actuellement, le ministère de la Défense (MOD) du Royaume-Uni fait face à des poursuites déposées par environ 2 000 anciens militaires qui souffrent ou pourraient souffrir du SSPT. La majorité de ces réclamations (1 700) sont regroupées en un recours collectif qui est actuellement devant les tribunaux. La valeur totale des

réclamations avoisine les 675 millions de dollars canadiens. L'affaire, qui devrait se conclure en 2003, a déjà coûté au MOD environ 30 millions de dollars en frais d'avocat seulement. Il est par ailleurs intéressant de constater que, selon le premier officier des réclamations du MOD, un des principaux points abordés au cours du procès est le fait que le MOD aurait créé une culture au sein de laquelle les personnes ont trop peur de se manifester pour recevoir un traitement rapidement. Parmi les autres points qui seront probablement soulevés au cours du procès, notons le devoir de diligence du MOD envers ses militaires, pendant leur service, au moment de leur réforme ou après; les séances d'information, les examens et les préparations avant le déploiement; les séances d'information après le déploiement; l'accumulation des expositions; le traitement et les ressources. Ces questions ressemblent à celles que j'ai abordées dans mon premier rapport. Les FC et le gouvernement canadien font maintenant face à une poursuite de 6 millions de dollars déposée par deux membres des FC. Ils affirment souffrir d'un SSPT qui, selon eux, est attribuable à divers facteurs, notamment des soins inadéquats pendant et après les déploiements à l'étranger, de même que par une augmentation de la charge de travail et des responsabilités.

Fossé grandissant entre la chaîne de commandement opérationnelle et les fournisseurs de soins

- 361** Il s'agit d'une situation grave qui se détériore avec le temps. Exacerbée par les pénuries de personnel et de temps, elle ne se réglera pas d'elle-même, malgré les grands efforts déployés par des membres très dévoués des deux milieux. En visitant les bases et les unités de tout le pays, mes enquêteurs se sont rendu compte que les membres de la chaîne de commandement faisaient de moins en moins confiance aux fournisseurs de soins. Maintenant que les médecins militaires peuvent accorder directement un congé de maladie, bien des personnes de la chaîne de commandement croient que ces fournisseurs de soins accordent des congés pour stress sans raison véritable. Par exemple, mes enquêteurs ont obtenu une information de « seconde main » selon laquelle un médecin militaire aurait accordé un congé lié au stress à une personne qui jugeait trop stressante sa recherche d'une maison. Les superviseurs nous ont confié que les billets médicaux sont « inutiles » puisque dans bien des cas ils indiquent seulement que la personne est inapte aux tâches militaires. Les superviseurs de la

personne ne peuvent pas obtenir de détails sur ce qu'ils pourraient faire pour l'aider.

- 362** Le personnel médical, qui a peu d'expérience militaire, voire aucune, s'appuie de plus en plus sur la perception de la chaîne de commandement qu'il a acquise en écoutant les patients. Ce point de vue unidimensionnel dépeint souvent les superviseurs comme étant insensibles et indifférents et comme des personnes qui cherchent à éliminer le problème plutôt qu'à aider le militaire à retourner au travail.
- 363** Ces deux perceptions – des professionnels de la santé frivoles qui distribuent des congés de maladie et des congés liés au stress sans justification, et une chaîne de commandement insensible et indifférente – sont si éloignées de la réalité que cela frôle le ridicule. Mais elles existent. Il suffit de passer un petit peu de temps avec l'un ou l'autre des deux groupes pour se rendre compte que le contraire est vrai. Les deux groupes sont manifestement dévoués, professionnels et résolus à faire ce qu'il y a de mieux pour le bien-être des membres des FC, de qui ils sont conjointement responsables. Nous avons été mis au courant de certaines initiatives locales par le truchement desquelles les chaînes de commandement tentaient de rapprocher les commandants opérationnels et les fournisseurs de soins pour qu'ils puissent discuter de ces questions de façon régulière et informelle. Un autre excellent exemple est la récente initiative du commandant du groupe-brigade à Edmonton qui a organisé un petit-déjeuner auquel étaient présents les fournisseurs de soins et les commandants locaux. Malheureusement, comme les deux groupes sont occupés, et de plus en plus occupés, ils ne peuvent consacrer suffisamment de temps au secteur de l'autre pour se départir complètement de leurs impressions fausses.

Équité

- 364** Un thème relevé constamment par mes enquêteurs tout au long de l'enquête était la question d'équité. Disons simplement qu'en tentant de bien traiter les militaires souffrant de traumatismes liés au stress, le système ne peut se permettre de créer des situations qui font en sorte que les autres auront l'impression d'être traités injustement.
- 365** Tout d'abord, l'iniquité, quelle qu'elle soit, est une source de mécontentement et peut miner le moral. Ensuite, elle augmente le degré de stigmatisation déjà associé aux membres souffrant d'un

traumatisme lié au stress. Dans bien des plaintes reçues par mes enquêteurs, le ressentiment face aux avantages perçus obtenus par les personnes chez qui on a diagnostiqué un traumatisme grave lié au stress est au cœur du problème. Ces avantages ont également tendance à laisser croire que certaines personnes tenteraient de les obtenir de façon malhonnête parce qu'ils sont si attrayants. Nous avons entendu parler d'un cas où un soldat est allé voir un aumônier et lui a dit : « Je suis un chef de famille monoparentale, et je vis beaucoup de stress. J'étais avec eux, j'ai vécu les mêmes choses, et je n'ai pas de SSPT, mais je pourrais aller voir un travailleur social et obtenir un diagnostic de SSPT très facilement. Je ne le ferai pas, mais c'est tentant. »

- 366** Pour toutes ces raisons, lorsqu'il y a vraiment des iniquités, elles doivent être éliminées, et il faut réfuter les mythes selon lesquels les personnes souffrant d'un traumatisme obtiennent tellement d'avantages. Par exemple, pouvoir gagner un deuxième salaire « souvent comme videur au centre-ville » selon les paroles d'un commandant, tout en gagnant un salaire des FC, constituait une grande source de ressentiment. Le fait de pouvoir obtenir une prestation d'invalidité d'ACC tout en demeurant au service des FC créait encore plus d'iniquités aux yeux de nombreux soldats. Un médecin militaire, qui travaille sur le terrain, a abordé le sujet en disant : « Je me demande pourquoi on a accordé des prestations d'ACC à des militaires supposément malades à qui on continue à verser leur solde de militaire. »
- 367** En réalité, aucun patient à qui nous avons parlé et aucun membre de leur famille ne choisirait la vie d'une victime du SSPT. La qualité de vie et même la durée de la vie sont grandement réduites, et le prix à payer pour les traumatismes causés par le service sont bien supérieurs à toute indemnité possible. Néanmoins, il faut se pencher sur la perception d'injustice, et les iniquités qui ont trait aux congés, aux salaires et aux indemnités doivent être réduites au minimum ou éliminées.

Conclusion

- 368** Le but du présent rapport est de fournir un instantané des progrès réalisés par les FC dans la mise en œuvre des recommandations au cours des neuf mois qui se sont écoulés depuis la publication de mon premier rapport sur cette question. Comme je l'ai souligné au début du présent rapport, il peut se passer des choses très importantes en neuf mois. Cela dit, je sais très bien qu'il faut du temps pour qu'une organisation aussi imposante que le MDN/les FC apportent des changements en profondeur. En particulier, le fait de changer la culture afin d'être plus compréhensif face aux traumatismes liés au stress ne peut s'accomplir du jour au lendemain, et le MDN et les FC ne font pas exception à la règle.
- 369** De façon générale, je suis heureux de constater qu'il y a eu beaucoup de changements positifs. La haute direction du MDN/des FC a reconnu que les TSO avaient de grandes répercussions sur l'efficacité opérationnelle. Elle a approuvé un programme qui, espérons-le, améliorera la formation sur les TSO et sensibilisera davantage tous les membres des FC, tout en ciblant tout particulièrement les leaders des FC. Le MDN et les FC ont créé et appuyé le projet de SSVSO. De plus, jusqu'à présent, tout indique que les ressources consacrées aux soins de santé mentale dans le théâtre des opérations et les programmes de réinsertion mis en place pour le groupe tactique qui est allé en Afghanistan ont porté fruit.
- 370** La haute direction des FC fait preuve d'engagement pour cerner les problèmes soulevés dans mon premier rapport et pour intensifier les efforts qui étaient faits avant sa publication. Toutefois, je m'inquiète du fait que ce sentiment d'urgence ne se reflète pas toujours plus bas dans la chaîne de commandement. Par exemple, dans certains secteurs que nous avons visités au cours de notre enquête, certaines unités de campagne ne demandent pas de formation sur les TSO, disant qu'il y a des priorités plus grandes. À mon avis, cette formation est essentielle pour aider à déstigmatiser les TSO chez les militaires. Un autre exemple, c'est que peu a été fait pour mettre en œuvre un projet pilote en vue d'ouvrir un CSTSO à l'extérieur de la base. Nous croyons que le fait d'ouvrir un CSTSO dans un lieu anonyme encouragerait les membres des FC à se manifester et à venir chercher l'aide dont ils ont besoin plus rapidement qu'ils ne l'auraient fait autrement, du fait que les CSTSO actuels sont situés à des endroits très visibles sur la base. À mon avis, une des conclusions les plus inquiétantes de notre enquête, c'est le fait que plusieurs militaires qui ont participé à l'OP APOLLO ont reconnu avoir besoin d'aide en raison d'un TSO possible, mais qu'ils refusent d'obtenir cette aide parce qu'ils ne croient pas que le système les protégera.

- 371** Je m'inquiète tout particulièrement du fait que, dans un domaine où le recrutement et le maintien des effectifs posent problème, on accepte de perdre inutilement des membres des FC précieux et productifs. Nombreux sont ceux qui considèrent un TSO comme un aller simple pour sortir des FC. Les lourds entraînements et engagements opérationnels, combinés à la restriction des ressources, non seulement créent du stress, mais isolent les militaires de leurs pairs qui, à leur avis, ne font pas leur part. Le ministre de la Défense nationale a récemment mentionné les risques liés à l'attribution de trop nombreuses missions au personnel militaire et à leur famille. Il a souligné que certains militaires vont tout simplement quitter l'armée si le problème n'est pas réglé.
- 372** À mon avis, le MDN/les FC doivent se montrer le plus proactifs et dynamiques possible lorsqu'il est question des TSO, et je suis heureux de noter que le MDN/les FC ont adopté une démarche beaucoup plus progressiste face aux questions liées aux TSO que certaines autres organisations militaires avec qui j'ai communiqué. Néanmoins, j'ai peur que tant que nous ne cernerons pas de façon dynamique les TSO sur tous les fronts, il est possible que le MDN/les FC, et certains membres des FC, s'embourbent dans des poursuites judiciaires très longues et très coûteuses, comme c'est le cas actuellement au Royaume-Uni.
- 373** Les lourdes tâches que nous exigeons de nos soldats, marins, aviateurs, quel que soit leur sexe, me sont apparues plus clairement au cours de la visite que j'ai effectuée en juillet auprès des membres des FC déployés pour l'OP APOLLO. J'ai rencontré des soldats des FC à Kandahar, et du personnel des Forces aériennes et de la Marine postés dans le Golfe. Nous avons demandé à ces militaires de faire des sacrifices extraordinaires en notre nom. Malheureusement, quatre soldats ont même sacrifié leur vie.
- 374** Les professionnels de la santé des MDN et des FC nous ont confié que des cas de TSO seront liés à l'OP APOLLO. Combien? C'est ce que nous verrons. Le MDN et les FC ont une dette envers ces militaires, et tous les autres militaires qui ont subi un TSO; ils doivent leur fournir les meilleurs soins possibles au sein d'une culture qui les appuiera et les acceptera. Je crois que le présent rapport montre que le MDN et les FC font des progrès considérables dans plusieurs secteurs et se rapprochent de ce but. Par contre, les progrès dans d'autres secteurs sont plus lents. Il y a encore beaucoup à faire.
- 375** Pour conclure, je voudrais rassurer les membres du MDN/des FC : je n'ai pas tourné la page sur la façon dont les TSO sont traités par notre armée. Bien au contraire, je crois que le travail de mon

Bureau sur le SSPT a entraîné un important mouvement qui doit être soutenu et sur lequel on doit s'appuyer pour aller plus loin. Notre travail, parallèlement au fait que le MDN/les FC ont affirmé qu'il faudrait plus de temps pour mieux évaluer les engagements renouvelés des FC en ce qui a trait aux TSO, exige un examen minutieux et plus constant du Bureau de l'Ombudsman. Ainsi, le bgén (à la retraite) Joe Sharpe a gentiment accepté de continuer à travailler à titre de conseiller spécial auprès de l'Ombudsman sur les TSO. Le bgén Sharpe est un officier à la retraite respecté de tous qui a acquis beaucoup d'expertise dans ce domaine et qui nous a beaucoup aidés au cours de notre enquête sur ces questions. En conséquence, il a accepté de me fournir une mise à jour régulière, et son évaluation de la situation. J'ai l'intention de présenter chaque année un rapport sur l'engagement constant du MDN et des FC en vue d'améliorer la façon dont les militaires qui souffrent de TSO sont traités.

Annexe :

Liste des abréviations et acronymes

ACC	Anciens Combattants Canada
adjuc FC	adjudant-chef des Forces canadiennes
AILD	Assurance-invalidité de longue durée
ASPFC	Agence de soutien du personnel des Forces canadiennes
aum gén	aumônier général
BFC	Base des Forces canadiennes
CANFORGEN	Message général des Forces canadiennes
CD	Comité directeur
CEM (RH-Mil)	Chef d'état major (Ressources humaines – Militaires)
CEM SMA (RH-Mil)	Chef d'état major Sous-ministre adjoint (Ressources humaines – Militaires)
CEMA	Chefs d'état-major d'armées
CEMD	Chef d'état-major de la Défense
CGPM	Code de groupe professionnel militaire
Cpl	caporal
CRFM	Centre de ressources pour les familles des militaires
CS CEMD (TSO)	Conseiller spécial du chef d'état major de la Défense (traumatisme lié au stress opérationnel)
CSS	Coordonnateur de soin de santé
CSS	Chef du service de santé
CSTSO	Centre de soutien pour trauma et stress opérationnels
CTSO	Comité sur le traumatisme lié au stress opérationnel
CRFM	Centre de ressources pour les familles des militaires
CUT	Comité d'uniformisation des traitements
D Pol San	Directeur – Politique de santé
DAGRMC	Directeur – Administration et gestion des ressources (Carrières militaires)
DGCM	Directeur général – Carrières militaires

DGPPRHM	Directeur général – Politiques et planification en ressources humaines militaires
DGS San	Directeur général – Services de santé
DOAD	Directive et ordonnance administratives de la Défense
DPIE	Directeur – Politique d’instruction et d’éducation
DSBA	Directeur – Soutien aux blessés et administration
EISO	Équipe d’intervention spéciale de l’Ombudsman
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
FC	Forces canadiennes
GAD	Groupe d’aide au départ
GMFC	Groupe médical des Forces canadiennes
GT F&S TSO	Groupe de travail sur la formation et la sensibilisation en matière de traumatisme lié au stress opérationnel
IRSP	Initiative de renouvellement des soins de première ligne
ISS FC	Instructions des services de santé des Forces canadiennes
LEPND	Liste des effectifs du personnel non disponible
MDN	ministère de la Défense nationale
MR	militaire du rang
OP APOLLO	opération Apollo
OP PALLADIUM	opération Palladium
OSP	Officier de sélection du personnel
QG GMFC	Quartier général du Groupe médical des Forces canadiennes
QGDN	Quartier général de la Défense nationale
QV	Qualité de vie
RARM	Régime d’assurance-revenu militaire
RECL	reclassement
SICC	Système d’information des coordonnateurs de carrière
SISFC	Système d’informations sur la santé des Forces canadiennes

Annexe : Liste des abréviations et acronymes

SMA (RH-Mil)	Sous-Ministre Adjoint (Ressources humaines – Militaires)
SOFT	Secteur de l'Ouest de la Force terrestre
SREIFC	Service du recrutement, de l'éducation et de l'instruction des Forces canadiennes
SSPT	syndrome de stress post-traumatique
SSVSO	Soutien social aux victimes de stress opérationnel
SVIC	séance de verbalisation suivant un incident critique
TSO	Traumatismes liés au stress opérationnel
VAEM	visite d'aide d'état-major