



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la défense nationale

NDDN • NUMÉRO 011 • 2^e SESSION • 39^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 7 février 2008

Président

M. Rick Casson

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :

<http://www.parl.gc.ca>

Comité permanent de la défense nationale

Le jeudi 7 février 2008

• (1530)

[Traduction]

Le président (M. Rick Casson (Lethbridge, PCC)): Je déclare la séance ouverte. Nous commençons aujourd'hui notre étude des services de santé fournis au personnel des Forces canadiennes, en mettant l'accent sur le trouble de stress post-traumatique.

Nous accueillons le major-général Walter Semianiw, chef du personnel militaire, et le brigadier-général Hilary Jaeger, commandant du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, directrice générale des services de santé et médecin-chef des Forces canadiennes.

Nous vous souhaitons la bienvenue à tous les deux. Je pense que de comparaître devant un comité n'est pas nouveau pour vous deux. Nous allons vous donner le temps voulu pour faire un exposé. Je crois que seulement l'un d'entre vous prendra la parole, après quoi nous passerons aux questions.

Nous avons bien hâte de commencer cette étude. C'est à notre ordre du jour depuis un certain temps et, maintenant que nous avons réussi à nous débarrasser de certains autres dossiers, nous entreprenons avec beaucoup d'intérêt cette étude qui culminera par un rapport. Je pense que la période actuelle est cruciale dans l'histoire de nos forces armées, parce que nous avons des soldats déployés sur des théâtres d'opération et nous voulons nous assurer non seulement de leur donner l'équipement voulu et les services de soutien nécessaires pendant qu'ils sont sur le terrain, mais aussi l'aide dont ils pourraient avoir besoin en matière de santé.

Je vais vous céder la parole et vous donner le temps dont vous avez besoin pour faire votre exposé. Ensuite, nous passerons aux questions.

Allez-y, monsieur.

[Français]

Major-général Walter Semianiw (chef du personnel militaire, , ministère de la Défense nationale): Monsieur le président, membres du comité, mesdames et messieurs, je vous remercie de m'avoir invité à me présenter devant votre comité pour parler des défis de santé consécutifs au déploiement.

Je suis le major-général Walter Semianiw, chef du personnel militaire des Forces canadiennes. Aujourd'hui, je suis accompagné du brigadier-général Hilary Jaeger, commandant du Groupe des services de santé des Forces canadiennes, médecin-chef des Forces canadiennes et directrice générale des Services de santé.

[Traduction]

Ma mission, à titre de chef du personnel militaire des Forces canadiennes, est de recruter, entraîner, préparer, appuyer et admettre le personnel militaire et leurs familles au service du Canada. Je suis donc chargé de la mise en oeuvre de programmes et de services qui assurent le bien-être médical, mental et spirituel du personnel militaire.

Depuis le début de la mission du Canada en Afghanistan, il est devenu absolument clair que le public canadien exige que l'on fournisse à nos hommes et femmes en uniforme tout l'éventail des services de santé de la plus grande qualité, notamment ceux dont la santé a souffert à la suite des opérations militaires. En conséquence, nous avons fait des soins aux victimes, aux blessés et à leurs familles une priorité absolue de notre organisation. À l'heure actuelle, il est absolument essentiel que nos militaires soient en santé, en bonne condition physique et prêts à être déployés afin d'honorer les engagements militaires du Canada au pays et à l'étranger.

Les soldats, les marins, les aviateurs sont les systèmes les plus complexes, perfectionnés et précieux que nous ayons dans les Forces canadiennes. Il faut un système également complexe pour s'assurer que le personnel militaire est dans une condition irréprochable et pour aider les militaires à recouvrer la santé quand ils sont blessés.

Les services de soins de santé aux militaires des Forces canadiennes sont fournis par des fournisseurs de santé militaires et civils qui travaillent au sein du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes placé sous le commandement du brigadier-général Jaeger.

Le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes est une organisation multiforme comportant environ 120 unités différentes de tailles diverses dans différentes régions du monde. Les unités peuvent avoir quelque 300 employés chargés des services de santé dans des bases comme Valcartier ou Petawawa, ou seulement deux employés qui fournissent un soutien en soins de santé à bord de l'un des navires de Sa Majesté ou dans la station militaire la plus septentrionale du Canada à Alert.

Le personnel militaire des Forces canadiennes peut compter sur un éventail complet de soins de santé, depuis la promotion de la santé et la prévention des maladies jusqu'au traitement et à la réadaptation. Si la clinique de soins de santé dans une base donnée ne peut pas offrir un certain service nécessaire, on se procure alors ce service en s'adressant aux fournisseurs de soins de santé dans le secteur civil. Des arrangements ont été pris un peu partout au pays pour s'assurer que les soins régionaux sont fournis tout près de la famille immédiate du militaire ou de son réseau de soutien, ce qui est à la base même du schéma conceptuel que nous avons mis en place.

Les militaires acceptent avec altruisme de déménager et de s'éloigner de leurs réseaux d'amis et de famille élargie. Cela crée des difficultés en cas de maladie ou après une blessure. Un solide réseau de soutien social est un ingrédient essentiel au rétablissement à la suite d'une maladie ou blessure importante. En conséquence, les Forces canadiennes ont établi un certain nombre de programmes et de services, comme le réseau de soutien social aux victimes de stress opérationnel, le programme de retour au travail, ainsi qu'une capacité renforcée et croissante de soutien local aux blessés.

Je m'en voudrais de ne pas profiter de l'occasion pour mentionner également les services disponibles à nos familles. Bien que les Forces canadiennes n'aient pas le mandat de fournir directement des services cliniques aux membres de la famille, on peut donner des exemples de ce type d'aide que nous fournissons, notamment les travailleurs sociaux des Forces canadiennes et d'autres professionnels de la santé mentale qui fournissent du counselling à l'ensemble de la famille, au besoin, dans le cadre du processus de rétablissement du militaire qui souffre d'une maladie mentale. Il y a aussi le programme d'aide aux membres des Forces canadiennes, un service confidentiel accessible au moyen d'une ligne téléphonique gratuite 24 heures sur 24 et 365 jours par année. Il est offert aux membres de la famille qui ont besoin d'aide psychologique, financière, juridique ou spirituelle. Sur un plan personnel, je peux dire que j'ai moi-même utilisé ce système et je peux attester qu'il m'a fourni une réponse en 24 heures. Le réseau de soutien social aux victimes de stress opérationnel a également mis en place un programme de soutien familial. Et enfin, des centres de ressources pour les familles militaires sont en place dans toutes les bases d'un bout à l'autre du Canada et offrent une foule de services divers aux membres de la famille.

Pour certains patients qui ont besoin de soins continus pendant de longues périodes, il peut être difficile de s'y retrouver dans un fouillis de fournisseurs civils de soins de santé et de services cliniques des Forces canadiennes. C'est un fait.

● (1535)

Les militaires sont aussi confrontés à des incertitudes lorsqu'ils sont libérés des Forces canadiennes pour raisons médicales et qu'ils doivent se tourner vers le ministère des Anciens combattants ou vers le réseau provincial pour obtenir des soins de santé et des prestations. Pour coordonner et simplifier ce processus pour chacun, les Forces canadiennes ont mis en place un solide programme de gestion de soins.

Les gestionnaires de cas sont un principal point de contact pour les militaires, afin de les aider à s'y retrouver dans les réseaux de soins de santé militaires et civils. En outre, des cliniques de services de santé des Forces canadiennes existent dans les grandes villes où se fait une bonne part de la gestion et du traitement initiaux des blessés graves ou des malades, dans des établissements civils. Pour garder un lien étroit avec les établissements civils et faire le suivi des militaires qui y sont admis, le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes emploie des infirmières de liaison, soit des infirmières qui font le lien entre les réseaux de santé militaires et civils.

J'aimerais maintenant parler des services de santé mentale qui ont connu récemment une réforme dynamique visant à augmenter leur capacité de traiter les patients atteints de troubles mentaux post-déploiement, une question qui sera certainement étudiée par votre comité.

À la fin des années 90, des cas de syndrome de stress post-traumatique et d'autres problèmes psychologiques ont été constatés chez des militaires après un déploiement en ex-Yougoslavie ou dans le cadre de missions de soutien à la paix en Afrique. Pour gérer efficacement la demande de soins de santé mentale spécialisés, les Forces canadiennes ont créé cinq centres de soutien pour trauma et stress opérationnels, que nous appelons aussi CSTSO, qui ont ouvert en septembre 1999.

Les intervenants en santé mentale qui travaillent dans les CSTSO offrent des services complets d'évaluation et de traitement pour les problèmes liés au stress opérationnel comme le syndrome de stress

post-traumatique au moyen d'un modèle de soins uniformisé et interdisciplinaire. Dans son rapport de novembre 2007 sur les services de santé des Forces canadiennes, la vérificatrice générale a déclaré que les Forces canadiennes recourent à des méthodes exemplaires dans le domaine des soins de santé mentale, soit des pratiques fondées sur l'expérience clinique. Ces professionnels qualifiés en travail social, en counselling pour toxicomanes et en traitement des maladies mentales reçoivent une formation et un accès à des renseignements sur le traitement des maladies mentales, pour se garder à jour professionnellement.

Les militaires reçoivent aussi une formation sur l'équilibre mental, tout le long de leur carrière, et dès leur recrutement. Cette formation leur donne les outils nécessaires pour assurer leur propre équilibre psychologique et les compétences nécessaires pour aider leurs camarades. C'est ainsi que les leaders apprennent à reconnaître les conditions liées au stress chez leurs subordonnés, et à intervenir. Le personnel médical reçoit une formation clinique en reconnaissance et traitement de la maladie mentale et les professionnels de la santé mentale reçoivent une formation spécialisée approfondie.

Pour la mission actuelle en Afghanistan, des intervenants en santé mentale, soit un psychiatre, un travailleur social et une infirmière en santé mentale, sont affectés à chaque rotation. Ces professionnels participent à la formation avant le déploiement et font partie de l'équipe de soins de santé de la base aérienne de Kandahar. Le déploiement de professionnels en santé mentale est un outil précieux pour prévenir les traumatismes liés au stress opérationnel et pour assurer des interventions précoces.

Nous sommes préoccupés de constater que les soldats sont réticents à déclarer qu'ils souffrent de certains symptômes. On a réagi par un effort de sensibilisation visant à changer les mentalités au sein des Forces canadiennes par rapport à ceux qui souffrent de problèmes de santé mentale. Le réseau d'entraide sociale pour ceux qui ont des problèmes liés au stress opérationnel a aussi fait des progrès marquants pour éliminer les obstacles à l'obtention des soins et réduire la stigmatisation associée à la maladie mentale.

Pour la détection précoce et l'élimination de la stigmatisation, nous avons un outil important, soit l'évaluation post-déploiement des effectifs qui reviennent d'Afghanistan. Cette évaluation est censée avoir lieu au quatrième mois et au sixième mois après le retour, mais rien n'empêche un militaire qui se fait du souci de demander de l'aide, à quelque moment que ce soit. Les commandants d'unités sont tenus de veiller à ce que leurs subordonnés soient évalués. En outre, s'ils s'aperçoivent qu'un soldat a des problèmes, ils savent quelles ressources peuvent le soutenir et sont encouragés à agir dès que possible, quand le cas se présente, pour que le soutien soit donné.

Depuis 2003, lorsque les Forces canadiennes ont reçu les résultats de l'étude de Statistique Canada sur la santé mentale au sein des Forces canadiennes, des changements importants ont été apportés en rapport avec la santé mentale. Une stratégie nationale sur la santé mentale, la réforme Rx2000 pour la santé mentale, a été élaborée. Elle est prêt d'être bientôt, enfin, mise en oeuvre.

● (1540)

D'ici 2009, les Forces canadiennes auront presque doublé leurs ressources humaines en santé mentale, les faisant passer de 229 à 447 intervenants, ce qui devrait coûter 98 millions de dollars.

En terminant, je rappelle que le réseau de soins de santé des Forces canadiennes est le 14^e du Canada et doit en tous points donner aux militaires ce que leur offrirait le réseau de soins de santé provincial. Il doit en outre prendre soin de ceux qui sont blessés lors d'opérations, ce que n'ont pas à faire les réseaux provinciaux.

J'insiste sur le fait que les soins de santé mentale sont offerts à tout membre des Forces canadiennes qui en fait la demande. Un système robuste et capable de s'adapter veille à ce que ceux qui sont atteints du syndrome de stress post-traumatique ou de tout problème de santé lié au déploiement soient rapidement détectés, soutenus et traités efficacement.

Les hommes et les femmes des Forces canadiennes reçoivent les soins et le soutien dont ils ont besoin. C'est ce que corroborait en mai 2006 le rapport du sénateur Kirby intitulé *De l'ombre à la lumière*, où l'on peut lire :

Le comité se réjouit de constater que le ministère de la Défense nationale offre un aussi large éventail de services aux membres des Forces canadiennes qui ont des problèmes de santé mentale. La prestation de services de soutien familial en plus des services médicaux et du soutien aux blessés est digne d'éloges.

Mesdames et messieurs, je vous remercie de cette occasion de vous parler et je répondrai volontiers à vos questions.

Le président: Merci beaucoup.

Nous passons immédiatement aux questions.

La première ronde est de sept minutes par parti et nous commençons par M. Coderre.

[Français]

L'hon. Denis Coderre (Bourassa, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je veux d'abord vous remercier d'être ici. J'ai eu l'honneur de visiter l'hôpital militaire à la base de Kandahar, et j'ai été à même de constater le professionnalisme de nos gens et l'extraordinaire contribution que vous apportez. J'ai aussi parlé avec le psychiatre, qui m'a donné un bon point de vue de la situation sur le terrain. Cela mérite des félicitations: j'ai bien aimé ce que j'ai vu.

J'aimerais poser plusieurs questions, dont voici la première.

[Traduction]

Général Jaeger, j'aimerais savoir combien de militaires ont été blessés depuis le début de notre mission en Afghanistan.

• (1545)

Bgén Hilary Jaeger (commandant du Groupe des services de santé des Forces canadiennes, directrice générale des Services de santé et médecin-chef des Forces canadiennes, ministère de la Défense nationale): Il est intéressant que vous me posiez cette question, monsieur, puisque comme la vérificatrice générale l'a fait remarquer, mon organisation arrive bien à recueillir des données personnelles par endroits, mais pas aussi apte à les synthétiser de manière collective.

En revanche, le général Semianiw a avec lui des données sur les blessés et je lui renvoie la question.

Mgén Walter Semianiw: Merci beaucoup Hilary.

Je sais que c'est une question qui s'est posée ici. Il faut manifester l'équilibre de deux intérêts conflictuels: le besoin d'informer la population et celui de maintenir la sécurité militaire. Nous pouvons vous dire que la politique des Forces canadiennes sur la publication des statistiques sur les personnes blessées au combat a changé à la mi-octobre 2007...

Hon. Denis Coderre: Excusez-moi, général. C'est une question dont j'ai déjà traité avec le général Atkinson.

[Français]

Mgén Walter Semianiw: J'ai d'autres éléments.

L'hon. Denis Coderre: J'aimerais obtenir des chiffres tout de suite, parce qu'on a seulement sept minutes.

[Traduction]

Mgén Walter Semianiw: Les renseignements seront à présent réunis et fournis à la fin de chaque année civile. C'est une décision qui a été prise au milieu d'octobre 2007 et j'ai ces renseignements avec moi aujourd'hui. Je voudrais toutefois vous rappeler que les renseignements sont généraux; ils ne sont pas spécifiques; il est nécessaire qu'ils soient généraux.

Tout d'abord il nous faut considérer, généralement parlant, combien de membres des Forces canadiennes ont servi en Afghanistan entre 2002 et 2007. Le chiffre, d'après les renseignements que j'ai à ce moment-ci — ils me sont parvenus dans le courant de la journée — est d'environ 20 000 membres des forces armées, qui ont participé au théâtre des opérations ou qui l'ont appuyé dans le courant de ces sept années.

Ce sont les chiffres de 2002 à 2007, les renseignements dont je dispose allant jusqu'à la fin de 2007. Ces renseignements sont divisés en plusieurs catégories: différents types de blessures, celles non liées au combat, allant d'individus qui se sont cassés le petit doigt... Je les énumérerai dans une minute...

[Français]

L'hon. Denis Coderre: Général, j'ai beaucoup d'autres questions à vous poser. Peut-on passer aux chiffres tout de suite, s'il vous plaît?

[Traduction]

Mgén Walter Semianiw: Oui.

Si on considère le nombre total des blessures, sur les 20 000 membres des forces armées qui ont été en Afghanistan depuis cette date, le nombre total de décès et de blessures est de 749. Si l'on prend en compte strictement le pourcentage, toutefois, ces chiffres diminuent. Et si l'on prend en compte les différentes catégories, on constate qu'il y a des blessures non liées au combat, des blessures au combat, des décès non liés au combat, des décès au combat et, enfin, des totaux pour les décès et les blessures. Il est important de garder cette perspective en examinant le chiffre, pour pouvoir discuter de la question en connaissance de cause, sans s'en tenir simplement au nombre global des personnes touchées.

[Français]

L'hon. Denis Coderre: Général, je peux comprendre. Je vois que vous avez un tableau. On devrait le distribuer à tout le monde et je pourrais passer à d'autres questions. Cela vous va-t-il?

Il y a la blessure physique, mais il y a aussi la blessure mentale. À ce sujet, il y a beaucoup de tabous et on ne comprend pas vraiment le problème du syndrome post-traumatique. J'aimerais savoir deux choses. Dans un premier temps, on nous dit que lorsque nos soldats sont déployés à trois reprises ou plus, le taux de syndrome post-traumatique est plus élevé. J'aimerais que vous nous expliquiez ce phénomène.

Cela m'amène à parler de l'étape de la décompression. Chaque fois qu'un soldat se rend dans un théâtre d'opérations, avant de revenir à la maison auprès des siens, il y a une période de décompression importante. On me dit que cela se fait à Chypre et en Thaïlande. En tout cas, on les aide à décompresser. J'aimerais que vous nous expliquiez comment se passe une séance de décompression. Mais vous pourriez d'abord nous expliquer si cela vous inquiète que le taux de syndrome post-traumatique augmente après plusieurs déploiements.

Bgén Hilary Jaeger: Merci pour votre question. Le fait d'avoir un taux élevé de syndrome du stress post-traumatique après plusieurs missions est complètement logique, parce que plus souvent on est déployé, plus forte est la chance qu'on ait vécu quelque chose de vraiment stressant. À partir de nos plus récentes données, on sait que, parmi les gens qui sont de retour d'Afghanistan, ceux qui ont vécu les chocs les plus extrêmes ont la plus grande probabilité de souffrir du syndrome de stress post-traumatique, ce qui est complètement logique. Le fait de constater un taux élevé après trois déploiements n'est pas une surprise, selon moi.

Concernant la décompression, il faut savoir que cela n'a pas été créé dans le but de diminuer le taux de maladies de stress post-traumatique. Cela avait comme but de rendre plus facile la réintégration dans la famille, ce qui est différent. Cela visait à éviter les tensions qui peuvent survenir quand on est dans un théâtre d'opérations, puis, le jour d'après, à la maison. Tout le monde pense que ce sera le paradis, que ce sera parfait, mais ce n'est pas le cas. La famille s'est organisée un mode de vie, en l'absence du soldat...

L'hon. Denis Coderre: Il y a des hauts et des bas.

Bgén Hilary Jaeger: ... et quand il rentre à la maison, c'est différent.

• (1550)

L'hon. Denis Coderre: Mais sommes-nous d'accord pour dire que la décompression est une bonne façon aussi d'identifier le stress post-traumatique? On me dit qu'il y aurait des inquiétudes exprimées durant ces séances de décompression qui auraient permis d'identifier une recrudescence de stress chez les gens.

Bgén Hilary Jaeger: On est toujours prêt à fournir les soins et on en profite pour faire de l'éducation afin de s'assurer que les gens comprennent comment aller chercher de l'aide, selon leurs besoins. C'est une partie importante du processus de décompression.

[Traduction]

Le président: Merci, monsieur Coderre.

Monsieur Bachand.

[Français]

M. Claude Bachand (Saint-Jean, BQ): Merci, monsieur le président.

Si j'ai bien compris, vous avez fait mention tout à l'heure de 749 décès et blessés sur une période de sept ans, sur environ 20 000 militaires qui sont passés par un théâtre d'opérations. Vous avez un tableau devant vous; on a convenu qu'on l'étudierait.

Quelle est la blessure la plus fréquente? Comment est-ce réparti? J'ai compris que vous aviez une répartition, mais je comprends qu'un gars qui tombe de sa chaise au bureau ne subit pas une blessure liée au combat. Vous l'avez mentionné: il y a des blessures liées au combat. La répartition par type de blessure se trouve-t-elle dans votre tableau, général?

Mgén Walter Semianiw: C'est dans ce tableau.

C'est réparti, comme je le disais, en

[Traduction]

des blessures non liées au combat.

[Français]

Donc, vous avez raison.

[Traduction]

Si je tombais de ma chaise, que je me blessais et qu'on devait me renvoyer chez moi, je serais compris dans ce chiffre de 749.

[Français]

Cependant, de l'autre côté de la médaille, il y a les blessures au combat.

[Traduction]

Cela va donc d'une extrême à l'autre, c'est pourquoi je souligne l'importance de prendre en compte toutes les catégories, pour se faire une idée exacte de ce qui s'est effectivement passé.

Quand on se penche sur la question — et vous allez le voir, je vais vous en dire un peu plus maintenant. Prenez ce chiffre : blessés au combat, 280. Là, on commence à se faire une idée un peu plus nette des chiffres : 280 personnes blessées au combat sur un total de 749.

Il y a eu 395 blessures non liées au combat. Je voulais le mentionner quand on m'a posé la question au départ, mais on m'a demandé de passer tout de suite à la conclusion. Toujours est-il que le chiffre pour les blessures non liées au combat est de 395.

[Français]

Comme vous le disiez, c'est comme si je tombais de ma chaise soudainement.

[Traduction]

Puis vous avez les blessures au combat, les décès non liés au combat; c'est un autre problème. Je pourrais vous dire, moi qui ai séjourné six mois en Afghanistan, que, pour répondre à votre question, le chiffre le plus important, c'est celui-là : les blessures non liées au combat.

• (1555)

M. Claude Bachand: Non liées au combat?

Mgén Walter Semianiw: Il y a eu 395 blessures non liées au combat, ce qui arrive, parce que, ne l'oubliez pas, il y a encore...

[Français]

Par exemple, quand j'étais en Afghanistan, j'allais au gymnase chaque jour pour m'exercer. Mais si tout à coup un problème survient

[Traduction]

et je me blesse. C'est quand même une blessure qui est inscrite.

En fin de compte, je dois fournir l'appui à cette personne tout autant qu'à quelqu'un qui est blessé au combat.

[Français]

Alors, il est très important d'examiner les fiches, les détails,

[Traduction]

en examinant chaque colonne.

[Français]

M. Claude Bachand: Comment fonctionne le budget des services médicaux?

Madame Jaeger, avez-vous un budget annuel?

C'est assez difficile de fixer un budget au début de l'année. Par exemple, si une année on décide qu'on ne va pas en Afghanistan et que l'année suivante, on reste chez nous, le budget sera différent. Combien 749 blessés coûtent-ils aux contribuables?

Vous pourriez toujours me faire parvenir la réponse par écrit.

Bgén Hilary Jaeger: Cette question est un peu compliquée. Mon budget annuel, en un chiffre rond, est d'environ 300 millions de dollars, ce qui n'inclut pas les soldes des militaires, mais seulement les salaires des civils et des gens qu'on paie avec la Croix Bleue. Ce montant inclut également les médicaments, les préparations etc., mais pas les salaires des militaires. Ce montant n'inclut pas les aspects qu'on peut lier directement à l'opération en Afghanistan. Il y a ce qu'on appelle

[Traduction]

OSS, les opérations de service spécial.

[Français]

Nous avons un budget supplémentaire pour cela.

M. Claude Bachand: À combien se chiffre ce budget supplémentaire?

Bgén Hilary Jaeger: Il va me falloir vérifier. Il se chiffre peut-être à 24 millions...

MGen Walter Semianiw: Je veux mentionner une chose importante par rapport à cette discussion, monsieur le président.

[Traduction]

N'oubliez pas, pendant toute l'année, chaque ministère demande des fonds supplémentaires dans le cadre de son allocation annuelle. Donc au ministère de la Défense nationale, je retourne au ministère, évidemment, et je dis « Pouvez-vous me fournir des fonds additionnels, parce que le général Jaeger en a besoin? »

Alors nous fournissons cela tout au long de l'année afin de répondre à la demande, de pouvoir dire que l'argent n'empêche pas... Le ministère m'a donné une réponse très simple: l'argent ne nous empêchera pas de fournir le soutien nécessaire aux hommes et femmes en uniforme. Et voilà ce que nous faisons à l'heure actuelle.

[Français]

M. Claude Bachand: Merci.

Vous avez parlé tout à l'heure, monsieur Semianiw, de bien préparer vos officiers, etc. Pourriez-vous nous expliquer, lorsqu'un engagement très intense vient de se produire, quel est le rôle du commandant tactique du groupe? Est-ce qu'il y a quelqu'un en charge de ramener le calme ou est-ce qu'on administre une tisane forte à tous, par exemple, pour les calmer? Qu'est-ce qu'on peut faire pour éviter que le syndrome post-traumatique ne se développe?

Vous avez mentionné aussi que vos officiers étaient bien formés pour essayer d'identifier le problème du syndrome post-traumatique. Existe-t-il un programme de prévention pour tous ceux qui vont en zone de combat, non pas seulement pour les officiers, mais pour les simples soldats? Est-ce qu'on leur dit ce à quoi ils auront à faire face? Est-ce qu'on pourrait mettre sur pied un système de prévention

éducatif qui pourrait atténuer l'impact du syndrome post-traumatique sur les troupes?

Bgén Hilary Jaeger: Dans le but de prévenir la maladie et de préparer les gens, la chose la plus importante pour un soldat est d'être bien formé dans son domaine, d'avoir confiance en ses capacités comme fantassin, membre d'une unité blindée, officier d'artillerie, et d'être formé d'une façon très réaliste à faire preuve de leadership, le même leadership qui va l'accompagner en mission. C'est ce genre de travail d'équipe qui peut vraiment aider à gérer les situations.

C'est le travail des chefs, après qu'un événement étonnant s'est produit, après un choc — bien que ça ne soit pas formel —, de s'asseoir avec les soldats et de parler de ce qui s'est passé, de ce qu'on a bien fait, de ce qu'on n'a pas bien fait, de voir comment va tout le monde et de déterminer si c'est correct.

Ce processus, le simple fait d'être en équipe et de parler ensemble, est très important. C'est beaucoup plus efficace que d'avoir un psychologue de l'extérieur du groupe: ils ne fonctionnent pas très bien.

Après un choc comme cela, la chose qui peut aider le plus un individu à ne pas développer le syndrome de stress post-traumatique, c'est de sentir qu'il a un bon soutien social, que ce soit de sa famille militaire ou de sa famille propre. C'est de soutien social qu'il a besoin après un tel choc.

Je veux préciser, si je le peux, monsieur le président, qu'on n'entraîne pas les chefs à faire le diagnostic du syndrome post-traumatique. Ils sont formés pour détecter que quelque chose ne va pas bien, que quelque chose n'est pas normal, mais ils ne font pas de diagnostic, parce qu'il ne s'agit pas toujours du syndrome de stress post-traumatique.

• (1600)

[Traduction]

Le président: Merci.

La parole est maintenant à M. Comartin.

M. Joe Comartin (Windsor—Tecumseh, NPD): Merci, monsieur le président.

Généraux, je vous remercie de votre présence.

Major-général, j'ai une brève question sur les blessures hors combat. Est-ce que cela inclut les accidents de véhicules impliquant des véhicules militaires par opposition à des véhicules ordinaires?

Mgén Walter Semianiw: Monsieur le président, est-ce que je peux lire la définition s'il vous plaît.

Les blessures hors combat comprennent celles qui résultent d'accidents de la circulation, de la décharge accidentelle d'une arme, ou toute autre blessure accidentelle qui n'est pas reliée au combat. Cela inclut également les membres qui sont malades, qui sont rapatriés pour des raisons humanitaires ou pour des raisons médicales. Finalement, c'est une catégorie très vaste.

M. Joe Comartin: Il y a eu un incident où nous avons vraiment perdu un de nos soldats. Ils se déplaçaient entre deux bases et le véhicule a chaviré. Est-ce que cela ferait partie de la catégorie des blessures hors combat?

Mgén Walter Semianiw: Non, il ne s'agit pas d'une blessure à ce moment-là. S'il est mort, il est tombé. À ce moment-là ce serait un décès. Il y a une autre colonne qui montre les décès liés au combat et les décès hors combat. Comme vous le savez, il existe des cas où un soldat est mort dans un accident de la circulation. Il s'agirait alors d'un décès hors combat, ce qui est très injuste à mon avis. En fin de compte, cela ne fait rien comment nos soldats, nos marins, nos aviateurs et aviatrices tombent dans le théâtre des opérations: ils sont tous morts pour la nation. En fin de compte, ils sont morts.

M. Joe Comartin: Cette définition et ces chiffres se trouvent tous dans le matériel que vous allez nous envoyer?

Mgén Walter Semianiw: Je l'ai apporté avec moi pour vous aujourd'hui.

M. Joe Comartin: Général Semianiw, c'est vous qui avez parlé d'un séminaire ou d'une conférence que vous teniez hier ou la veille au comité des comptes publics. Vous alliez examiner les meilleures pratiques, si je peux m'exprimer ainsi. Tout d'abord, est-ce que cela a eu lieu?

Mgén Walter Semianiw: Je peux y répondre. C'est une très bonne question.

La conférence s'est tenue ces jours derniers au Centre des congrès d'Ottawa et a réuni 450 personnes provenant de toutes les provinces du Canada. Les blessés, leurs familles, les fournisseurs de soins et les particuliers dans la chaîne de commandement se sont tous réunis pendant deux jours pour étudier les thèmes. L'objectif de cette conférence, monsieur le président, c'était de déterminer comment nous pouvons améliorer les façons de faire. Cette conférence a effectivement eu lieu. Elle a été inaugurée par le chef de l'état-major de la défense, le général Hillier.

J'ai assisté à la majeure partie de cette conférence. Il m'appartenait... J'étais accompagné du général Jaeger. De toute évidence, nous avons travaillé en partenariat. Je ne suis pas médecin, je suis officier d'infanterie, mais nous étions tous deux présents.

La conférence a pris fin hier. Elle s'est très bien déroulée, et tout le monde est d'accord sur ce point. En fait, cette conférence a servi à mettre en commun les pratiques exemplaires. J'ai promis de tous les réunir à nouveau — je crois que j'ai dit dans six mois, mais ce sera probablement plutôt huit mois — pour voir comment les choses se passent et pour déterminer ce que nous avons fait, mais ils ont cerné certains aspects pour lesquels ils aimeraient que nous apportions des améliorations.

M. Joe Comartin: Est-ce qu'un rapport sera publié à la suite de cette conférence?

Mgén Walter Semianiw: Oui. Nous avons en fait promis à l'ensemble des participants que nous préparerions un rapport à leur intention des résultats auxquels ils s'attendent dans les domaines indiqués. Je tiens à préciser que nous n'avons absolument pas été étonnés de ce que nous avons entendu. Je sais que nous n'avons pas le temps de le faire ici aujourd'hui, mais j'aimerais très brièvement vous dire quels sont ces cinq ou six domaines sur lesquels nous devons continuer à mettre l'accent dans le cadre de notre travail respectif pour nous assurer que nos hommes et nos femmes en uniforme reçoivent l'aide dont ils ont besoin.

M. Joe Comartin: Ce rapport sera-t-il rendu public?

Mgén Walter Semianiw: C'est ce que je dois déterminer maintenant. Aucun journaliste n'était autorisé à assister à cette conférence afin que les participants puissent s'exprimer ouvertement de part et d'autre. Il faudra que j'examine cette question.

Comme je l'ai déjà dit, je pourrais vous indiquer les résultats ici aujourd'hui, mais de toute évidence vous ne connaîtrez pas les détails de la situation propre à une personne en particulier. Ce rapport renfermera probablement plutôt des recommandations sur la nécessité peut-être d'améliorer l'intégration et la coordination.

M. Joe Comartin: J'aimerais enchaîner sur la question posée par M. Bachand à propos de la prévention. Dans le cadre de cette conférence, a-t-on discuté en particulier d'un entraînement supplémentaire à un niveau très fondamental? A-t-on proposé des mesures supplémentaires qui pourraient être prises à cet égard pour prévenir certaines des blessures liées au stress?

● (1605)

Mgén Walter Semianiw: Pour aider le comité, j'aimerais demander, par l'intermédiaire du président, si nous parlons ici de santé mentale ou de blessures physiques?

M. Joe Comartin: Je parle de santé mentale.

Mgén Walter Semianiw: L'un des six aspects abordés c'est celui de la santé mentale. Nous avons effectivement discuté d'un certain nombre de mesures que nous pourrions prendre pour apporter une aide à cet égard. Si nous avons le temps, nous pourrions vous exposer les nombreuses mesures qui ont été prises. Nous avons effectivement parlé d'assurer un entraînement supplémentaire. Nous avons un réseau de soutien par les pairs dans le cadre du projet de soutien social aux victimes de stress opérationnel. Vous avez raison, ce projet met l'accent sur le retour à la maison et non l'aspect prévention. Mais nous sommes en train de mettre sur pied un programme de formation qui est en fait en train de débiter dans le Secteur de l'Ouest de la Force terrestre. Mon conseiller spécial en matière de traumatismes liés au stress opérationnel, le lieutenant-colonel Stéphane Grenier, dirige le Secteur de l'Ouest de la Force terrestre, et travaille en collaboration avec le général Jaeger et ses équipes, afin de mettre sur pied ce programme de sensibilisation à la prévention, et de continuer à l'administrer. En fait, nous sommes en train de l'intégrer à notre entraînement à l'intention des soldats et des caporaux également.

M. Joe Comartin: Votre unité s'est-elle inspirée de ce que font d'autres unités militaires ailleurs dans le monde? Avez-vous fait ce genre d'analyse afin de pouvoir la présenter aux responsables de l'entraînement?

Mgén Walter Semianiw: Pas seulement pour la santé mentale. Le général Jaeger et moi-même pouvons vous dire que... J'étais à Walter Reed pas plus tard que la semaine dernière. Le général Jaeger s'est rendu à beaucoup plus d'endroits que moi. Elle est en rapport étroit avec ses homologues sur la question. En un mot, la réponse est oui: de très nombreuses façons, nous sélectionnons les pratiques exemplaires de manière à ne pas avoir à réinventer la roue. Chez les Américains, nous étudions ce qui s'appelle les Warrior Transition Brigades — excusez-moi, je sais que je m'éternise — une formule qui permet de mieux coordonner les soins donnés aux blessés. C'est quelque chose que nous examinons. Il y a donc un échange d'idées entre alliés.

M. Joe Comartin: Avez-vous recommandé des changements à la formation et vos recommandations ont-elles été adoptées?

Mgén Walter Semianiw: Elles ont toutes été adoptées parce que l'ordre en a été donné. Je suis allé à la dernière réunion du comité et j'ai dit... les gens nous ont accusés au bout du compte d'être des bureaucrates mais ce n'est pas le cas, nous sommes des pionniers. Nous donnons des ordres qui sont acceptés.

M. Joe Comartin: Je ne sais trop à qui adresser ma question. Nous avons eu vent de cas de familles qui ne reçoivent pas des soins suffisants. Dans ma province de l'Ontario, il y a eu une controverse publique au sujet des enfants ici, à Petawawa. A-t-on trouvé une solution ou le problème est-il entier?

Mgén Walter Semianiw: Je vais vous donner un début de réponse puis céder la parole au général Jaeger, qui nous parlera du cadre constructif.

Dès que le ministère a été mis au courant, il a accordé des fonds à la province à un fournisseur de soins local, pour s'occuper du cas de Petawawa: à peu près 100 000 dollars d'aide.

Comme le général Jaeger va vous le dire, c'est un problème pour nous parce que du point de vue réglementaire et législatif, cela se situe hors de notre compétence. Tous les deux, nous savons que la famille est le socle de l'efficacité opérationnelle — une idée qui mérite d'être approfondie ici. Je le répète, à bien des égards, nous devons mieux nous occuper des familles. Nous avons fait beaucoup de choses pour elles. Il y a des cas particuliers dont nous nous occupons quand nous apprenons leur existence. Mais le ministère a accordé des fonds à la province dans ce cas particulier pour donner un coup de main. Le général Jaeger peut vous l'expliquer.

Le président: Merci.

Monsieur Comartin, je pensais que vos questions allaient porter sur le séminaire qui a été tenu pour voir si nous pouvions être invités comme témoins ou observateurs la prochaine fois qu'il se tiendra. On n'est pas allé jusque là.

Mgén Walter Semianiw: Non.

Le président: La réponse semble être non.

Nous allons passer du côté ministériel.

M. Joe Comartin: Peut-on demander au général Jaeger de compléter la réponse sur le traitement offert aux familles?

Le président: Au prochain tour vous aurez le temps.

Madame Gallant.

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

Par votre intermédiaire, monsieur le président, je demande au témoin ceci. J'ai constaté que les Forces canadiennes ont cinq centres de soutien pour trauma et stress opérationnels à Halifax, Valcartier, Ottawa, Edmonton et Esquimalt. C'est une excellente initiative de soins mais comment s'occupe-t-on des soldats qui vivent ailleurs?

Beaucoup de bases militaires sont situées en banlieue ou en région rurale et non dans les grands centres urbains. De fait, la majorité vit en dehors des zones métropolitaines. Il n'est pas toujours commode pour ceux qui souffrent de problèmes de santé mentale de se faire soigner loin de leur famille, surtout après un déploiement de six mois.

Est-ce qu'on envisage des unités satellites en région ou quelque chose de nouveau, comme des cliniques ambulantes?

• (1610)

Bgén Hilary Jaeger: Merci de votre question.

Je sais exactement de quoi vous parlez. J'ai été médecin-chef à Petawawa de 1996 à 1999 et je connais donc assez bien la Vallée de l'Outaouais.

Les CSTSO font partie d'un programme précis. Il y a deux ou trois choses qu'il faut savoir à leur sujet. Ils ont été conçus en 1998 et créés en 1999, et sont donc antérieurs à la mission en Afghanistan. Les moyens dont nous disposions ne nous ont permis d'en créer

qu'un certain nombre; il fallait aussi offrir le service dans les deux langues et essayer de couvrir du mieux possible le territoire national. C'est la raison pour laquelle il n'y a qu'une seule clinique en Ontario.

Il y en a beaucoup dans la province: Petawawa, Ottawa, Kingston, Trenton, Borden et Toronto. À l'époque, il nous a semblé que le meilleur endroit était Ottawa. Aujourd'hui, vu la cadence des opérations et la mission en cours, le besoin est beaucoup plus grand à la base de Petawawa.

L'idée initiale, c'est qu'il ne s'agit pas des seuls endroits où obtenir des soins de santé mentale. Dans chaque base, il y a un service de santé mentale de tailles variables; dans le cas de Gander, il peut ne s'agir que d'un seul travailleur social ou d'une dizaine dans une base plus grande.

À Petawawa, le problème est double. Il s'agit d'une grosse base très animée mais située dans une partie du monde — magnifique, je le sais, parce que j'adore la pêche et la chasse — où peu de psychiatres veulent s'établir. Je ne sais pas pourquoi. Peu de psychologues cliniciens veulent s'y installer non plus.

Si cette initiative en matière de santé mentale est menée à terme, il y aura plus de fournisseurs de soins de santé mentale à Petawawa que dans certains des autres CSTSO et il y aura la même combinaison de fournisseurs qui emploieront les mêmes méthodes.

Mais je dois reconnaître que nous avons beaucoup de difficultés à attirer des fournisseurs de soins de santé mentale à Petawawa.

Mgén Walter Semianiw: J'ajouterais ceci, monsieur le président. Le général Jaeger et moi-même savons qu'il nous faut plus de personnel à Petawawa. Le message nous est parvenu cinq sur cinq. Petawawa a besoin le plus tôt possible de l'équivalent d'un CSTSO et nous nous y employons. Là et aussi à Gagetown.

J'ajouterais — et cela pourra aider le comité — que les CSTSO s'inscrivent dans un cadre plus vaste qui englobe le ministère des Anciens combattants, qui a des cliniques de SSVSO. Les deux se ressemblent beaucoup et se trouvent à divers endroits au pays. Le ministère des Anciens combattants ouvrira prochainement une clinique de SSVSO à Gagetown. Les deux ministères collaborent étroitement pour faire face au problème. Ne me citez pas, mais je pense que le ministère a reçu des fonds dans le dernier budget pour ajouter dix cliniques supplémentaires, dont une à Gagetown.

Vous avez donc raison, surtout en ce qui concerne les réservistes. Et la question a été soulevée, monsieur le président, lors du symposium sur les leçons apprises. C'était effectivement une des six questions. Que fait-on pour les réservistes de Kitchener mais peut-être pas pour ceux de Toronto ou de Petawawa? Encore une fois, nous n'avons pas le temps d'en discuter à fond, mais nous savons que le problème existe.

Nous avançons sur plusieurs fronts pour faire en sorte que les hommes et les femmes en uniforme, des forces régulières ou de la réserve, reçoivent le soutien dont ils ont besoin. Nous sommes conscients que c'est difficile quand la personne n'est pas à proximité d'une grande base.

Bgén Hilary Jaeger: Pour revenir aux solutions à court terme, nous savons bien qu'il faut du temps pour recruter des gens. À ceux que nous avons embauchés à Ottawa, nous avons dit qu'une de leurs conditions de travail serait de devoir prendre l'autocar jusqu'à Petawawa une fois ou deux par semaine. Même chose pour Galetown, le personnel du CSTSO d'Halifax offre régulièrement des cliniques dans une antenne à Galetown.

Nous savons que nous avons des lacunes dont on se passerait bien et nous essayons de réaffecter notre personnel pour les combler. C'est une solution de fortune.

Mgén Walter Semianiw: Est-ce idéal? Non. Est-ce mieux que c'était? Oui. Nous savons dans quelle direction nous allons et ce que nous avons à faire.

Mme Cheryl Gallant: Je suis heureuse de l'entendre.

En ce qui concerne la dotation en personnel, dans ma circonscription de Renfrew-Nipissing-Pembroke, là où se trouve Petawawa, plus de 20 000 civils n'ont pas de médecin de famille. Il y a une pénurie de médecins. C'est de cette façon que le gouvernement provincial limite les dépenses de santé. En réduisant le nombre de médecins de famille, vous diminuez le nombre de renvois à un spécialiste et de tests de diagnostic, et les files d'attente se raccourcissent. C'est bon pour les finances du gouvernement mais ne sert pas au mieux les intérêts du patient.

Vous avez dit que vous étudiez divers services. Aux États-Unis, en 2006, une loi fédérale a ajouté les conseillers conjugaux et familiaux au nombre des soignants de première ligne.

Quels autres professionnels de la santé non traditionnels viennent s'ajouter au personnel en place pour faire face aux formes de stress qui n'exigent pas forcément un psychiatre mais des soins préventifs?

• (1615)

Bgén Hilary Jaeger: Nous avons beaucoup recours à nos travailleurs sociaux pour ce genre de choses. La grande majorité des consultations de nature conjugale sont données par des travailleurs sociaux en uniforme. Elles sont offertes aux familles et aux militaires, ensemble ou séparément, ce n'est pas un problème.

Je m'aventure peut-être un peu, mais je dirais que nous exploitons au maximum la capacité des travailleurs sociaux de s'occuper des familles. Nous repoussons les limites le plus possible. Je n'ai pas le mandat ou le pouvoir juridique de traiter de civils à moins que leur vie soit en jeu, sans autorisation du ministre, sauf en passant par les travailleurs sociaux.

Mme Cheryl Gallant: Est-ce que chaque médecin qui traite un militaire canadien doit détenir une autorisation d'exercer de la province?

Bgén Hilary Jaeger: Oui.

Mme Cheryl Gallant: D'accord. Malgré que la Loi canadienne sur la santé énonce que les soins destinés aux Forces canadiennes relève du gouvernement fédéral et que le personnel militaire est nommément exclu du régime d'assurance, en Ontario, les soldats doivent quand même payer la contribution santé de l'Ontario, contrairement à ce qui se passe dans d'autres provinces.

La province envisage-t-elle d'offrir des professionnels ou des installations de traitement en sus de ce que le gouvernement fédéral finance déjà pour les soldats?

Bgén Hilary Jaeger: C'est une question intéressante. Moi aussi je paie cette contribution santé. Elle varie beaucoup d'une province à l'autre et évidemment ce n'est pas toujours les provinces elles-mêmes qui fournissent la facturation. Habituellement, ça ne l'est pas. Ce sont chacun des fournisseurs ou chacune des autorités régionales de santé, ou les hôpitaux eux-mêmes.

Mais en moyenne, nous payons 30 p. 100 de plus que les taux provinciaux de soins de santé pour chaque service que nous achetons au système provincial.

Mme Cheryl Gallant: Ma dernière...

Le président: Désolé, Cheryl, on a un peu débordé.

Voici qui met fin à la première série de questions. Nous allons passer à la deuxième. Les interventions seront de cinq minutes. Nous procéderons dans l'ordre suivant: l'opposition officielle, le gouvernement, le Bloc, l'opposition officielle, le gouvernement, l'opposition officielle, le gouvernement. C'est ainsi qu'on va procéder.

Monsieur McGuire, si vous voulez bien commencer. Vous avez cinq minutes.

L'hon. Joe McGuire (Egmont, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je vais poursuivre dans la même veine. Tout le pays est à cours de médecins et de soignants. Avez-vous autant de mal à recruter et former des gens dans l'armée?

Bgén Hilary Jaeger: Nous avons eu de gros problèmes dans le cas des médecins militaires généralistes — les médecins de famille — dont le nombre a atteint son niveau le plus bas aux environs de 2002. À cette époque, il nous en manquait plus du tiers. Nous pensons pouvoir disposer d'un effectif complet dans un an ou un an et demi. Le recrutement ciblé a eu beaucoup de succès.

Nous avons aussi assez bien réussi à recruter des spécialistes comme personnel de relève. Pour nous, la mission en Afghanistan a été un atout. Le personnel des bases, les traumatologues et les anesthésistes accordent beaucoup de valeur à ce travail et veulent le faire. Cela nous a aidés dans notre recrutement.

Actuellement, la grosse pénurie se trouve parmi les pharmaciens. Mais nous nous en tirons bien du côté du personnel en uniforme.

C'est vraiment la fonction publique, et beaucoup de mes soignants qui restent sont censés être des fonctionnaires. À l'heure actuelle, ils ne le sont pas, ils travaillent à contrat parce que les barèmes de rémunération de la fonction publique, pour être honnête, ne suffisent pas actuellement pour attirer des médecins. Je paie un gros supplément à un sous-traitant tiers pour remplir ces vacances.

L'hon. Joe McGuire: Avez-vous recours à des médecins formés à l'étranger qui ne sont pas dans notre système? Vous adressez-vous à eux?

Bgén Hilary Jaeger: J'ai des médecins formés à l'étranger mais seulement s'ils ont rempli les formalités et obtenu une autorisation d'exercer dans une province au Canada.

L'hon. Joe McGuire: Il n'y a donc pas...

Bgén Hilary Jaeger: Il n'y a pas de passe-droit. Je suis prêt à les aider. Il y a plusieurs étapes entre le Conseil médical du Canada, les organismes de réglementation médicale fédéraux et les provinces qui dirigent les facultés qui assurent la formation. Il y a divers paliers.

Un des gros problèmes pour ces gens-là c'est qu'ils doivent faire une autre résidence sans être rémunérés. S'ils ont réussi les examens, et s'ils ont trouvé une place, je peux les enrôler et leur donner une rémunération de base comme stagiaires. Ils ne verront toutefois pas de patients militaires avant d'avoir achevé leur formation et obtenu une autorisation d'exercer.

• (1620)

L'hon. Joe McGuire: Est-ce que vous souhaiteriez que les gouvernements provinciaux ou le gouvernement fédéral accorde un passe-droit pour qu'ils puissent s'occuper de nos soldats? Surtout de nos jours, vu l'Afghanistan, la Bosnie et le reste, l'armée voudrait-elle se prévaloir de cette catégorie de personnel qualifié?

Bgén Hilary Jaeger: Pour répondre brièvement à votre deuxième question: non. Ce n'est pas à moi de contredire les autorités de réglementation provinciales; c'est à elles de déterminer qui peut détenir une autorisation d'exercer la médecine. Il existe un équilibre délicat entre la sécurité publique et le fait de pouvoir disposer de personnel médical qualifié et bien formé. La disponibilité des soins est une qualité en soi.

Nous avons largement recours à d'autres fournisseurs de catégorie intermédiaire, comme les infirmières praticiennes et les auxiliaires médicaux, qui ont un effet démultiplicateur sur la prestation des soins primaires.

L'hon. Joe McGuire: J'imagine qu'il y a des gens que l'on peut perdre quel que soit le système, civil ou militaire, mais on voit dans les journaux des cas de gens qui se font tirer dessus parce qu'on ne s'est pas occupé d'eux ou parce que les gens ne les écoutaient pas, eux ou leur famille. Ce sont des gens qui avaient été des militaires. Est-ce parce qu'il y a trop peu de gens que l'on peut les envoyer consulter?

Bgén Hilary Jaeger: C'est toujours dramatique quand on entend parler de quelqu'un qui a eu une altercation avec la police avec un résultat dramatique ou de quelqu'un qui semble être sorti de ses gongs quelque part.

Vous devez bien comprendre qu'on ne guérit pas tout le monde, surtout quand il s'agit de santé mentale. En général, on essaie d'aider les gens à s'accommoder de leur état sur une base chronique. Vous constaterez que ce n'est pas linéaire. La situation ne s'améliore pas de façon linéaire. Parfois les gens ont des rechutes. Même avec le meilleur traitement qui soit pour des choses comme SSPT, si vous faites une recherche dans la documentation et prenez le chiffre moyen du nombre de gens que le traitement aide et ceux qu'il n'aide pas, vous constaterez qu'à peu près les deux tiers sont aidés et qu'un tiers ne l'est pas, même quand il s'agit des meilleurs traitements qui soient. On peut donc mobiliser quantité de ressources mais il y aura toujours des gens qui n'iront pas bien.

Le président: Merci.

Nous allons maintenant passer à M. Hawn puis nous retournerons au Bloc.

Monsieur Hawn, vous avez cinq minutes.

M. Laurie Hawn (Edmonton-Centre, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci à vous deux d'être venus.

J'ai deux ou trois courtes questions à poser puis peut-être une autre un peu plus longue.

Avez-vous une ventilation des morts au combat par rapport aux autres?

Mgén Walter Semianiw: Les morts hors combat sont des personnes qui ne sont pas tuées au combat. Ce sont des personnes tombées, par exemple, comme on l'a dit tout à l'heure, par suite d'un accident de la route. C'est ainsi que les deux se définissent.

M. Laurie Hawn: Je comprends. C'est le chiffre qui m'intéresse.

Mgén Walter Semianiw: Oh, vous voulez le chiffre. Pardon.

Entre 2002 et 2007, le nombre de morts hors combat est de huit et le nombre de tués au combat est de 66. C'est jusqu'au 31 décembre 2007.

Encore une fois, si je peux le répéter, parce que j'ai du mal à dire ceci, je vais avec le chef, dans beaucoup de cas, au rapatriement des corps. Au bout du compte, la manière dont vous tombez pour votre pays ne compte pas. Mourir pour la patrie c'est mourir. Malheureusement, c'est ainsi que l'information doit être présentée. Mais la façon dont on est mort pour la patrie, quand on sort de l'avion, ça ne change rien pour les familles.

M. Laurie Hawn: Croyez-moi, je le comprends parfaitement.

J'ai une question qui vient de Mme Gallant. Vous payez 30 p. 100 de plus pour chacun des services. Est-ce uniquement pour l'Ontario ou pour tout le pays?

Mgén Walter Semianiw: Pour tout le pays.

Bgén Hilary Jaeger: Ce n'est pas uniforme et ça dépend évidemment en grande partie du fournisseur de services. N'oubliez pas que dans la plus grande partie du pays, les médecins représentent une petite entreprise et ils nous facturent en fonction du barème de leur association médicale provinciale et pas en fonction du régime d'assurance-maladie négocié avec le gouvernement. Il y a entre les deux un écart d'à peu près 30 p. 100.

Des hôpitaux nous facturent aussi des frais d'établissement pour avoir accès à leurs lits et à d'autres choses, ce qui augmente les coûts.

M. Laurie Hawn: Merci.

Je reviens aux chiffres. Avez-vous des données historiques sur les conflits antérieurs, la Deuxième Guerre mondiale et la guerre de Corée, au sujet des blessures hors combat? Je ne parle pas des morts. Est-ce qu'il y en a plus?

Mgén Walter Semianiw: C'est une bonne question. Je n'ai pas le renseignement ici. L'essentiel de ceci, je l'ai obtenu aujourd'hui, puisque c'est aujourd'hui que la politique a changé. On a examiné le mois d'octobre et les chiffres nous sont arrivés ensemble. Mais je suis certain que vous pouvez trouver l'information et la consulter.

La seule mise en garde que je ferais — et je savais qu'il y aurait sans doute une question sur la comparaison avec les chiffres des États-Unis ou du Royaume-Uni — c'est qu'il faut bien préciser qu'il faut regarder la situation dans laquelle ils sont. Ils sont dans des situations différentes et je pense qu'il serait dangereux d'établir des parallèles entre certains chiffres. Vous le savez tous, je le sais, mais je voulais le préciser.

• (1625)

M. Laurie Hawn: Beaucoup de réservistes sont partis et sont revenus et beaucoup sont allés dans un endroit perdu et ils ne sont plus avec leur bataillon. Je sais que vous vous en occupez.

Vous avez parlé de dépistage entre quatre et six mois. J'ai accueilli beaucoup d'avions à Edmonton, serrés des centaines de mains et croisé des centaines de regards. Pour chaque arrivage de 140 personnes, je me dis après coup que six ou huit d'entre eux auront sans doute des problèmes.

Dites-moi un peu ce qui se fait au niveau de la compagnie ou à un autre dans la garnison avant la période de quatre à six mois, ou de la façon dont vous essayez de contacter les réservistes qui ne sont plus dans le régiment.

Mgén Walter Semianiw: Je vous parlerai de ce qui se fait en amont dans l'unité puis je demanderai au brigadier-général Jaeger de vous parler de l'aspect médical.

Le soldat qui quitte le théâtre s'en va en décompression dans un tiers lieu à Chypre. J'insiste sur le fait que l'on ne repère pas tout le monde à Chypre. Certains se présentent d'eux-mêmes ou le dépistage se fait lors de rencontres avec des experts formés. Mais comme le brigadier-général Jaeger l'a dit, le plus important, c'est d'informer les gens pour qu'ils soient plus conscients afin que, si eux ou les membres de leur famille voient chez eux quelque chose de différent, ils le forcent à voir.

La première chose, c'est qu'ils rentrent dans leurs unités — moi, j'appartiens au 1^{er} Bataillon du Princess Patricia. Les gens s'en vont et prennent leur congé post-déploiement. Les soldats qui rentrent au Québec après la rotation actuelle auront du temps pour réintégrer leur famille, parce que ce n'est pas aussi simple qu'on le penserait. C'est votre femme ou votre mari qui mène la barque depuis six mois et à votre retour vous voulez faire des changements. Ce n'est pas aussi simple que ça. Je rappelle aux membres du comité que c'est un élément de la décompression dans un tiers lieu. Ce n'est pas une question de santé mentale. C'est une question de moral et de bien-être pour permettre aux gens de se décontracter.

Après le congé post-déploiement, le soldat reprend ses fonctions normales. Il se retrouve sans doute au sein de son équipe et ses chefs vont le voir et lui parler. Il est arrivé souvent que le commandant juge que le soldat a besoin d'aide et il le met en rapport avec les services médicaux.

Je vais céder la parole au brigadier-général Jaeger qui vous en dira plus.

Le président: Nous sommes à court de temps. Il faudra y revenir plus tard.

Mgén Walter Semianiw: Mes excuses.

Le président: Non, ça va.

Nous allons passer à M. Bouchard puis revenir à M. Rota.

[Français]

M. Robert Bouchard (Chicoutimi—Le Fjord, BQ): Merci, monsieur le président.

Merci d'être ici avec nous. Ma question concerne le traumatisme lié au stress opérationnel. On sait qu'il y a plusieurs théâtres d'opérations dans le cadre des missions militaires. Pourriez-vous comparer les souffrances des militaires qui sont allés dans les Balkans avec celles des militaires qui ont été blessés en Afghanistan?

Bgén Hilary Jaeger: Cette comparaison est vraiment difficile à faire. Les chiffres font état d'une légère augmentation, après les missions en Afghanistan, par rapport à celles des Balkans. Il y a certainement aussi des personnes qui souffrent de stress opérationnel lié à leur service dans les Balkans. Nos chiffres sur cette époque sont loin d'être exacts. On n'a pas procédé au même *screening* après déploiement. Les chiffres ne sont donc pas vraiment comparables.

À cette époque, le temps qui s'écoulait entre la fin de la mission et le moment où les gens se présentaient pour recevoir des soins était de quatre à six ans. Les gens ont essayé de se guérir pendant un bon bout de temps. Grâce au système de *screening*, cette période est maintenant de quatre à six mois après la mission. Le dépistage des gens qui ont besoin de soins s'est beaucoup amélioré et on peut leur offrir des soins de santé beaucoup plus tôt. Les choses se sont améliorées à cet égard.

• (1630)

M. Robert Bouchard: Connaissez-vous d'autres théâtres d'opérations qui ont produit un nombre important de victimes de traumatisme?

Bgén Hilary Jaeger: Certainement. La mission au Rwanda et en Somalie a fait des victimes du syndrome de stress post-traumatique. La mission qui avait pour but de récupérer les gens morts lors de l'écrasement du vol 111 de Swissair a aussi fait quelques victimes. Cela dépend de l'événement et des individus.

Il faut rappeler que 90 p. 100 des effectifs des Forces canadiennes ne sont pas déployés. Il peut aussi y avoir des accidents de véhicule, et les gens peuvent être victimes d'un assaut sur la route. Toutes sortes d'événements peuvent causer le syndrome de stress post-traumatique. Les femmes et les hommes peuvent être violés. Il y a beaucoup de raisons pour lesquelles les membres des Forces canadiennes peuvent souffrir du syndrome de stress post-traumatique.

Mgén Walter Semianiw: Il serait très important ici de définir le SSPT. Pouvez-vous le définir, madame Jaeger?

[Traduction]

Bgén Hilary Jaeger: Je vais vous répondre en anglais parce que je ne m'y retrouverai pas en français.

D'après la définition du syndrome de stress post-traumatique que l'on trouve dans la quatrième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, il faut un stresser qui ait fait une telle impression sur vous que vous avez pensé que votre vie était en danger. Vous étiez convaincu que vous alliez mourir ou que quelqu'un à côté de vous pensait que vous étiez en péril, quelqu'un de très proche de vous, et vous avez eu une réaction. Pour la plupart des gens, c'est une accélération des battements cardiaques, des tremblements, vomir, salir ses culottes — une réaction très intense, un déversement d'hormones de stress. Si ça ne s'est pas produit, ce n'est pas impossible, mais la plupart des psychiatres diront que vous avez peut-être subi un traumatisme lié au stress opérationnel, que vous avez peut-être des troubles psychologiques persistants liés au stress, sans que ce soit le SSPT, et qu'il s'agit de quelque chose d'autre. Ce peut tout simplement être un trouble d'anxiété. Il se peut que vous ayez déclenché une dépression qui ne soit pas le SSPT. C'est important parce que les traitements ne sont pas les mêmes.

Le président: Merci, monsieur Bouchard.

Merci, madame.

Monsieur Rota.

M. Anthony Rota (Nipissing—Timiskaming, Lib.): Merci, monsieur le président.

Permettez-moi de poursuivre ma définition: le syndrome du stress post-traumatique commence soudainement, et les traumatismes liés au stress opérationnel incluent pratiquement tout ce qui se présente progressivement. Nombre de dysfonctionnements et de problèmes qui se présentent éventuellement n'apparaissent pas immédiatement. Ils se manifestent progressivement au fil du temps après plusieurs épisodes. Le traumatisme lié au stress opérationnel — et ce n'était pas une des questions que j'avais l'intention de poser, mais les deux choses sont en quelque sorte connexes. Les deux problèmes ont des effets dévastateurs. Pouvez-vous m'en dire un petit peu plus là-dessus?

Bgén Hilary Jaeger: Tout d'abord, dans le secteur médical on ne dit jamais jamais. Si vous étudiez mes documents sur le domaine psychiatrique, je doute fort que vous retrouverez l'abréviation « TSO ». C'est une abréviation et une expression qui a été créée par les Forces canadiennes pour assurer une discussion plus générale des questions de santé mentale, afin que ces discussions ne portent pas exclusivement sur le SSPT. Il s'agit de tout trouble mental persistant qui peut être associé à votre service au sein des FC.

Le SSPT se manifeste habituellement de façon abrupte suivant un événement, mais ça ne veut pas nécessairement dire que dès l'événement vous présenterez des symptômes. Parfois il faut un certain temps avant que les systèmes se manifestent et bouleversent la vie du soldat.

Mgén Walter Semianiw: Lorsque le problème se pose... et nous en avons parlé, étudiant la situation du point de vue du soldat. Je ne recommanderais pas que vous répétiez ce que je vais dire, mais moi, je compare un peu cela aux cartes de crédit. Pourquoi moi mais pas vous? J'ai peut-être une marge de crédit plus importante que la vôtre, et ça me touche aussi, ça peut être attribuable à un incident ou à l'ensemble de la situation. Tout n'est pas si net. C'est justement le vrai défi qu'il nous faut relever, non seulement le diagnostic mais également le traitement.

M. Anthony Rota: Cela m'amène à ma question, celle que je voulais poser à l'origine, sur l'équipe de santé désignée qui accompagne toutes les rotations.

Je suppose que vous avez un groupe qui accompagne les troupes pendant cette rotation. Est-ce qu'ils établissent des liens avec les soldats, ou s'agit-il simplement d'une équipe de santé qui attend que les gens viennent les consulter? Quel est le ratio des membres de l'équipe santé par rapport au nombre de personnes dont ils s'occupent?

• (1635)

Bgén Hilary Jaeger: Ceux qui ont des contacts étroits avec les troupes sur le terrain sont principalement les techniciens médicaux, les adjoints médicaux — enfin je suis convaincue que vous en parlerez dans votre rapport — et les médecins de soins généraux.

L'équipe de santé mentale est habituellement centralisée au terrain d'aviation de Kandahar et rencontre les patients qui lui sont renvoyés. Les membres de cette équipe quittent le terrain d'aviation lorsqu'ils peuvent obtenir des services de transport. Une des choses les plus dangereuses à faire dans cette région c'est se déplacer d'un endroit à l'autre. Les BOA sont dans une situation habituellement sécuritaire. Le problème c'est de s'y rendre, que vous preniez un hélicoptère ou un véhicule, c'est là que vous pouvez être tués. Les déplacements ne sont pas des choses que vous voulez faire trop souvent.

Les équipes de santé mentale vont visiter à intervalles réguliers les BOA, mais ils demeurent habituellement à un point central, soit au terrain d'aviation de Kandahar. Les travailleurs de première ligne

sont les techniciens médicaux, les adjoints médicaux et les médecins généralistes; on dit qu'ils ont le premier rôle. Ça veut simplement dire qu'ils sont sur la première ligne.

M. Anthony Rota: Qui détermine s'il s'agit d'un cas de TSO? Est-ce un des travailleurs de première ligne? Ces gens ont-ils la formation nécessaire pour pouvoir identifier ces cas? Quel est leur taux de succès? S'agit-il simplement de circonstances où un soldat ne s'en sort pas tellement bien, décrit sa situation et puis vous pensez au...? Évidemment, ce n'est pas un traumatisme qui est facile à identifier!

Bgén Hilary Jaeger: Non, ce n'est pas très clair.

En fait, c'est l'équipe médicale, le soldat, ou les deux. La personne en question s'en rendra peut-être compte. Ses pairs ou son commandant de section ou son commandant de peloton constateront qu'il y a peut-être quelque chose qui cloche. Normalement vous enverrez le soldat voir le technicien médical ou l'AM à la base d'opération avancée et ces derniers sauront peut-être ce qui cloche ou pas. S'ils le jugent nécessaire, ils enverront le soldat au terrain d'aviation de Kandahar.

À ce moment-là, vous n'avez probablement pas décidé qu'il s'agit d'un TSO. À ce moment-là vous parleriez probablement de réaction de stress au combat ou de trouble de stress aigu, tout dépendant du dernier livre que vous avez lu avant votre déploiement.

En fait ces deux choses ne sont pas tout à fait identiques — vous savez pendant la Deuxième Guerre mondiale, George Patton envoyait le soldat dans ces circonstances à l'hôpital. Dans la plupart des cas, si vous offrez au soldat une période de repos et de récupération, il retournera rejoindre ses compagnons plus tard.

En fait, il est très important de ne pas parler à ce moment-là de problèmes de santé mentale parce que cela nuit énormément à l'estime de soi lorsqu'on dit que vous n'êtes plus à la hauteur, que vous avez un problème. Il faut éviter de le faire. Dans la plupart des cas, les traumatismes liés au stress opérationnel se manifestent... et c'est pourquoi nous avons parlé de quatre à six mois. Environ trois mois après la fin de la mission, vous pouvez identifier des nouveaux cas et en fait jusqu'à un an après la mission il est possible d'identifier certains cas.

Mgén Walter Semianiw: De plus, il faut le reconnaître, nous avons amélioré le système de dépistage. Lorsque j'ai subi mon examen médical il y a quelques semaines, le médecin m'a posé toute une série de questions — et parmi ces questions sans que j'en sois conscient il y en avait qui portaient sur ma santé mentale.

Il faut éviter de préciser qu'il s'agit de psychologues, de psychiatres, de travailleurs sociaux — il s'agit d'une équipe. L'équipe est quand même assez importante.

Tous les jours le brigadier-général Jaeger vient me parler, elle me regarde, et elle s'assure que je suis toujours tout là et que je n'ai pas de problème.

Des voix: Oh, oh!

Mgén Walter Semianiw: Je suis en bonne santé. C'est une bonne grosse équipe qui appuie les soldats.

Le président: C'est très intéressant, monsieur.

Vous avez probablement un document qui démontre que vous êtes en bonne santé physique et mentale. Malheureusement ce n'est pas le cas pour tous!

Des voix: Oh, oh!

Mgén Walter Semianiw: Nous pourrions vous fournir ce document.

Le président: Nous passerons maintenant à M. Lunney, qui dispose de cinq minutes, puis nous reviendrons à M. Coderre puis par la suite à M. Blaney.

M. James Lunney (Nanaimo—Alberni, PCC): Merci beaucoup.

Vous devrez m'excuser mais la voix me manque aujourd'hui. J'espère que c'est seulement ma voix qui ne vas pas très très bien.

Je voulais revenir à la question de la prévention dont ont parlé certains de mes collègues. M. Bachand a parlé de la préparation psychologique pour la prévention. M. Comartin a parlé de formation.

Dans les documents que vous nous avez fournis ou dans votre exposé je n'ai rien vu qui décrive ce type de façon de faire les choses, mais je me demande si on a songé à offrir une aide en matière de nutrition aux soldats qui seront déployés. Le reste d'entre nous, ou un bon nombre de Canadiens... il y a les vitamines pour le stress, par exemple, les vitamines de la famille B, B1, B6, B3 —

Une voix: L'acide folique.

M. James Lunney: L'acide folique c'est pour le coeur cher collègue, et les vitamines B sont pour le stress. Les amino-acides... je m'excuse, madame Jaeger, vous êtes un médecin donc nous avons un médecin dans la salle. L'acétyl-L-carnitine et le phosphatidylsérine, cela a été démontré, ont un impact sur la fonction cognitive.

Est-ce qu'il a donc un soutien nutritionnel? Dans cette équipe que vous avez décrite — les psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux et j'en passe — a-t-on songé à inviter des spécialistes du domaine orthomoléculaire et qui savent comment aider au point de vue nutritionnel les gens qui vivent avec ce genre de problème, avec la dépression? Nombre de ces conditions peuvent être traitées de façon relativement efficace grâce à des additifs nutritionnels.

Dans vos discussions ou dans les modèles qui existent dans le reste du monde, a-t-on songé au soutien nutritionnel?

• (1640)

Bgén Hilary Jaeger: Je ne sais pas s'il existe des preuves que cette approche nutritionnelle soit préférable à autre chose. Le plus gros problème du soldat canadien moyen est en fait une surnutrition. Et au retour de nos déploiements en Afghanistan, nous devons surveiller de près nos IMC. Probablement un des avantages de la mission c'est que la majorité d'entre eux perdent du poids lorsqu'ils sont là-bas.

Mgén Walter Semianiw: J'ai perdu 18 livres quand j'étais là-bas.

M. James Lunney: Docteur Jaeger, sauf le respect que je vous dois, nous parlons ici de surconsommation plutôt que de surnutrition.

Bgén Hilary Jaeger: Ça s'appelle la malnutrition. C'est une consommation trop importante de certains produits.

M. James Lunney: Écoutez, à titre de députés nous savons très bien ce que c'est la surconsommation. La majorité d'entre nous ici essayons de perdre du poids.

Mgén Walter Semianiw: C'est intéressant parce que nous allons annoncer sous peu un nouveau programme des Forces canadiennes en matière de santé et de condition physique. L'équipe du général Jaeger et mon équipe ont collaboré à ce dossier. Tout cela sera annoncé le 1^{er} avril. En fait, ce programme comporte deux volets: la condition physique et l'aspect de la santé et de la nutrition. Nous avons fait faire des affiches qui communiqueront ce message et qui visent à sensibiliser les Forces canadiennes.

Vous avez raison, c'est une chose dont nous sommes conscients, mais encore une fois cela devient en partie un défi culturel.

M. James Lunney: Pour ce qui est de cette question de la carte de crédit que vous avez mentionnée tout à l'heure, j'ai trouvé votre analogie plutôt intéressante, se demander pourquoi moi et non pas quelqu'un d'autre.

Il y a certainement des intervenants du monde médical — la majorité d'entre eux ont travaillé dans le domaine de la médecine moléculaire — qui jugent que les niveaux de nutrition que la majorité des gens jugent normaux ne suffisent pas pour ceux qui ont besoin de plus de vitamines. Lorsque vous y ajoutez le stress, sans pour autant avoir une situation de syndrome du stress post-traumatique, le fait demeure que les responsabilités opérationnelles, le manque de sommeil et tous les changements qui se produisent pourraient expliquer pourquoi une personne a soudainement besoin d'un soutien nutritionnel alors que ce ne serait pas nécessairement le cas si cette personne n'avait pas été déployée.

Mgén Walter Semianiw: Je crois que c'est juste.

La question de la santé et de la prévention relève du général Jaeger. Elle a une nouvelle direction qui s'en occupe.

Si vous pensez à la nourriture que nous fournissons aux soldats — et n'oubliez pas que j'ai été moi-même déployé —, vous constaterez que nous offrons à ceux qui sont déployés en mission de la bonne nourriture. Je ne sais pas si d'autres personnes peuvent parler du point de vue du soldat.

Je crois que tout ce que vous dites semble bien logique en principe, et n'oubliez pas cependant que je suis membre de l'infanterie, je ne suis pas médecin. Je suis convaincu, par exemple, que j'aurai besoin de meilleurs repas que d'habitude après cette réunion simplement pour m'assurer que je puisse récupérer les vitamines que j'ai peut-être épuisées. Mais je crois que vous avez raison, intuitivement je dirais que c'est logique.

Bgén Hilary Jaeger: Moi j'exige d'avoir de la médecine factuelle; je demanderai à mon personnel de faire des recherches pour voir s'il est possible de découvrir quelque chose là-dessus.

M. James Lunney: Très bien. J'ai certainement certaines suggestions à faire. Je serai heureux d'en discuter avec vous, si vous êtes prête à accepter que l'aspect nutritionnel est peut-être intéressant. À mon avis c'est un secteur qui promet beaucoup et il serait intéressant de faire une petite étude là-dessus.

J'aimerais revenir à la définition de traumatisme lié au stress opérationnel et ce que cela représente. On en a parlé brièvement, mais je me demande si on pourrait en discuter un peu plus longuement.

Bgén Hilary Jaeger: Il s'agit, de par la définition, de tout problème psychologique persistant. À l'origine on s'est limité au déploiement dans une mission, mais on a élargi la définition pour inclure le service dans les Forces canadiennes. Cela pourrait être lié à un incident lors de votre formation à Wainwright avant d'être déployé en Afghanistan. Cela aussi pourrait être un problème tout aussi important.

Ces troubles peuvent prendre la forme de dépression, d'anxiété, de phobie et de syndrome de stress post-traumatique — et c'est un peu difficile à ajouter — mais le fait d'avoir un problème de personnalité qui ne fait que s'empirer. Peut-être certains ont-ils certaines caractéristiques qui les rendent moins agréables et lorsqu'ils sont stressés ils finissent par avoir de graves problèmes de personnalité. De plus l'abus de divers produits et d'autres facteurs peuvent...

Le président: Merci.

Nous passons maintenant à M. Coderre, qui dispose de cinq minutes, puis nous passerons à M. Blaney. Cela mettra fin à ce tour de questions, puis nous passerons au prochain tour.

L'hon. Denis Coderre: J'aimerais poser deux questions.

Je suppose que si vous voulez identifier un cas de syndrome de stress post-traumatique, on commencerait en fait au recrutement. Vous ne savez jamais ce qui peut se produire, ça dépend de la réaction de la recrue à diverses étapes de sa formation. Le fait est que nous pouvons changer, même au moment du recrutement, l'examen de condition physique et toutes ces choses. J'aimerais que vous nous en disiez un petit peu plus long là-dessus. Pouvez-vous à l'occasion associer le syndrome de stress post-traumatique au recrutement? De quels outils disposez-vous? Je sais bien qu'il vaut mieux prévenir que guérir.

De plus, certains disent que la réadaptation est la meilleure façon de guérir cette personne — de la ramener au Canada le plus tôt possible. Qu'en pensez-vous?

• (1645)

Bgén Hilary Jaeger: J'essaierai de vous répondre de façon claire et assez rapide.

Nous ne procédons pas à une présélection détaillée, étudiant les habiletés psychologiques des recrues. Nous posons des questions sur les antécédents psychiatriques cependant. Dans l'ensemble, si vous avez d'importants antécédents psychiatriques, vous ne pouvez pas devenir membre des Forces canadiennes. Nous n'utilisons pas le test MMPI ou d'autres tests de personnalité. Cela avait été essayé pendant la Deuxième Guerre mondiale, mais n'avait pas été un succès. Peut-être avec un peu plus de recherches, il y a... Mais si vous faites appel à ces tests, très peu de gens seront exclus parce que le seuil est alors trop élevé.

L'hon. Denis Coderre: Mais il doit quand même y avoir en quelque sorte un juste milieu.

Bgén Hilary Jaeger: Les tribunaux des droits de la personne surveilleront toutes ces activités de très près, et ce n'est d'ailleurs pas un secteur qui relève de moi.

Il est vrai qu'il faut mieux prévenir que guérir. Un nombre toujours croissant de documents étudient leur ressort psychologique. Malheureusement tout cela n'est pas très bien défini. Nous surveillons quand même l'évolution du dossier. Je préfère y faire la promotion du ressort psychologique plutôt que celle des traitements. Nous n'avons pas vraiment une bonne définition des caractéristiques et il est donc très difficile de faire la promotion du ressort psychologique. En fait ce secteur n'en est qu'à ses premiers balbutiements.

J'ai oublié la deuxième partie de votre question.

L'hon. Denis Coderre: Certains disent qu'il faut rapatrier le plus tôt possible le soldat.

Bgén Hilary Jaeger: Dans les cas de trouble de stress aigu, vous traitez les soldats dès que le problème a été identifié. Mais ça ne veut pas dire qu'il faut les rapatrier au Canada. Dès que vous leur faites quitter le théâtre de guerre, ils s'identifient comme étant des patients et croient donc qu'ils n'ont pas à certains égards su être de bons soldats.

L'hon. Denis Coderre: Que préférez-vous faire? Qu'en pensez-vous?

Bgén Hilary Jaeger: Notre approche comporte plusieurs volets. Les troubles de stress aigu doivent être simples. Pendant la Deuxième Guerre mondiale, on jugeait que trois bons repas chauds

et un bon lit suffisaient. On vous nourrissait et on vous permettait de dormir parce qu'on jugeait qu'il y avait eu une certaine lacune à cet égard. Puis, si vos symptômes diminuaient ou disparaissaient après 48 ou 72 heures, vous retourniez rejoindre votre unité. Ils disaient qu'il fallait que ces soldats puissent encore entendre le son des armes pour qu'ils sachent qu'ils étaient toujours partie de la mission. Je suis convaincu que c'est une bonne idée.

Si ça ne fonctionne pas, vous les envoyez au terrain d'aviation de Kandahar pour rencontrer le psychiatre, qui jugera peut-être s'il est bon de fournir des médicaments ou de changer les responsabilités du soldat, tout en le gardant membre de la mission. Si ça ne fonctionne pas, le soldat quittera le théâtre.

Le coeur de tout traitement pour syndrome de stress post-traumatique est la thérapie cognitivo-comportementale. Il s'agit en fait d'un trouble anxieux. Vous devez exposer ces personnes, de façon contrôlée, à ce qui suscite cette anxiété pour leur apprendre à assimiler la situation de façon différente.

L'hon. Denis Coderre: Est-ce que vous dites que certains de nos soldats qui sont renvoyés dans leurs unités prennent des médicaments?

Bgén Hilary Jaeger: C'est une question fort intéressante.

L'hon. Denis Coderre: Je me contente de répéter ce que vous venez de dire.

Bgén Hilary Jaeger: Je ne dirais pas qu'il y a des soldats d'infanterie à la BOA, mais je sais que des soldats ont continué à faire, par exemple, des patrouilles de la force logistique de combat tout en prenant des psychotropes.

L'hon. Denis Coderre: Quel type de médicaments? Il ne s'agit pas que de Sudafed, j'imagine.

Bgén Hilary Jaeger: C'est plus que du Sudafed, mais il faudrait que je m'adresse aux psychiatres responsables, au théâtre d'opération, pour savoir ce qui a été administré. Je sais que des interventions ont été faites pour que les soldats continuent de travailler.

L'hon. Denis Coderre: Bien.

J'ai une courte question, général. Quant on parle de gens blessés au combat et de bombes artisanales, pour moi, il s'agit de combat, mais est-ce décrit comme une blessure hors combat?

Mgén Walter Semianiw: J'ai des copies sous les yeux. La définition pour la blessure au combat, c'est la blessure résultant de l'explosion de bombes artisanales, de mines, d'attaques à la roquette et de combats directs avec la force ennemie.

[Français]

J'ai les copies ici.

L'hon. Denis Coderre: Non, ça va, merci.

[Traduction]

Le président: Pour terminer ce tour de questions, nous donnons la parole à M. Blaney qui a cinq minutes.

[Français]

M. Steven Blaney (Lévis—Bellechasse, PCC): Merci, monsieur le président. Je souhaite la bienvenue à nos témoins, qu'on voit beaucoup sur la Colline du Parlement ces temps-ci, notamment au Comité permanent des comptes publics et au Comité permanent des langues officielles, où j'ai vu M. Semianiw.

Vous êtes ici aujourd'hui pour nous aider à déterminer si, dans le cadre de la mission en Afghanistan, les Forces canadiennes sont suffisamment équipées pour répondre aux besoins de nos militaires qui reviennent de leur séjour et de leurs familles, entre autres en ce qui a trait aux services de santé et, plus particulièrement, en santé mentale.

Général Jaeger, vous avez parlé de choc extrême. Pourriez-vous m'expliquer ce que c'est, s'il vous plaît?

[Traduction]

Vous pouvez parler en anglais.

• (1650)

Bgén Hilary Jaeger: Il est peut-être préférable de l'expliquer en anglais, en effet. Un choc extrême, on comprend ce que cela veut dire d'instinct: si vous êtes transportés dans VBL III et que son explosion cause la mort de votre voisin de siège, si vous survivez, vous avez vécu tout un choc. Si vous participez à une fusillade et que votre meilleur ami est tué, c'est un choc. Une femme qui se fait violer par une bande dans Central Park à New York va vivre un choc physique et émotif.

M. Steven Blaney: Diriez-vous que ces chocs extrêmes peuvent déclencher un syndrome de stress post-traumatique?

Bgén Hilary Jaeger: Ce sont des exemples classiques d'incidents qui peuvent mener au syndrome de stress post-traumatique.

M. Steven Blaney: Vous avez dit que lorsqu'on passe près de la mort sur le champ de bataille, quand on vient près de mourir, l'activité hormonale augmente et le rythme cardiaque accélère. C'est normal. Ça doit arriver à tout le monde sur un champ de bataille. Vous dites qu'en pareil cas, un diagnostic de SSPT serait posé.

Mais comment ce syndrome se développe-t-il?

Bgén Hilary Jaeger: Je ne suis pas neuropsychiatre. Je ne suis même pas psychiatre, je ne suis qu'omnipraticienne. Je vais vous fournir une explication simple, d'après ce que je comprends.

Lorsque le cerveau est ainsi inondé d'hormones, les souvenirs sont traités autrement. Le souvenir de votre dernière visite à Disney World reste dans votre cerveau mais d'une façon tout à fait ordinaire et normale. Le souvenir du moment où vous avez failli mourir est traité autrement. Il se situe ailleurs dans votre cerveau, plus étroitement associé à un mélange hormonal se rapportant au choix entre la fuite ou le combat. Cela vous rend anxieux.

M. Steven Blaney: Ce que je veux savoir, c'est comment il se fait que pour certains, la réaction est normale alors que pour d'autres, il y a un syndrome de stress post-traumatique. Est-ce que la réaction dépend de chacun?

Bgén Hilary Jaeger: Il y a de grandes variations, d'une personne à une autre.

M. Steven Blaney: Bien.

Vous avez des statistiques. En avez-vous au sujet du SSPT?

Bgén Hilary Jaeger: Non.

[Français]

Bgén Walter Semianiw: Comme j'ai dit la semaine dernière,

[Traduction]

Nous sommes encore en train de recueillir ces statistiques.

Je rappelle toutefois que ces statistiques sont d'ordre général. Pour en connaître les détails... Il y a un risque, au sujet du SSPT. Nous sommes en train de recueillir ces données.

Mais ce sont des données d'ordre général.

[Français]

M. Steven Blaney: Combien de temps faut-il, au retour de la mission, pour que cela survienne? Vous avez dit, je pense, que cela peut prendre jusqu'à deux ans.

Bgén Hilary Jaeger: Cela peut prendre un bon bout de temps. On ne sait jamais tout à fait si les symptômes viennent juste de se manifester ou si les gens ont connu ces symptômes mais les ont ignorés ou mis de côté pour un bon bout de temps.

M. Steven Blaney: Une autre question m'apparaît importante. Certains de nos soldats — malheureusement, je dois bien le dire — tombent au combat. Qu'en est-il du soutien aux familles, aux conjoints, aux conjointes, aux survivants liés indirectement aux troupes? Comment cela fonctionne-t-il pour les survivants, les veuves, les veufs des militaires qui meurent? Ont-ils un encadrement, un suivi? Ils ont quand même perdu un être cher et il peut y avoir des séquelles.

Bgén Hilary Jaeger: Nous, des services de santé, avons perdu quatre techniciens médicaux, dont deux du Québec, au cours des six derniers mois. Nous avons nos familles, nos veuves aussi. Le point de contact le plus important, on l'appelle, en anglais,

[Traduction]

L'officier désigné.

Je passe à l'anglais, c'est plus facile et plus rapide.

Cette personne est désignée dès qu'on apprend qu'un soldat est décédé. Il guidera la famille pendant tout le processus et lui donnera un soutien.

Personnellement, j'ai mes idées là-dessus. Je pense qu'il est très important de ne pas médicaliser le deuil et de ne pas automatiquement renvoyer ces gens à des médecins pour que tout aille bien, tout de suite. Le deuil est un processus normal. La grande majorité des gens le vivent. C'est très pénible. Pour eux, il n'y a rien de plaisant et vous ne voudriez pas être à leur place. Mais ils s'en sortent.

• (1655)

M. Steven Blaney: Merci.

Le président: Merci, monsieur Blaney.

Avant de passer à la dernière ronde, j'aimerais moi-même poser une courte question, si vous le voulez bien.

Quel pourcentage des soldats qui ont été déployés sont atteints de SSPT? Avez-vous ce nombre?

Bgén Hilary Jaeger: Nous avons une approximation, qui est fondée surtout sur la première rotation à Kandahar, soit les soldats de la première rotation. D'après les chiffres des bilans post-déploiement, nous estimons le nombre de cas de SSPT à 5 ou 6 p. 100 des soldats déployés.

Le président: Bien, merci. C'est apprécié.

Pour le dernier tour, pour en finir avec les questions, commençons par l'opposition officielle puis nous reviendrons au parti ministériel.

Vous avez la parole.

M. Anthony Rota: Bien. Je partagerai mon temps avec M. McGuire.

On a tourné autour de cette question et je ne sais pas très bien comment la poser. Rappelons que vous avez déclaré que 20 000 soldats jusqu'ici étaient allés en Afghanistan, que 739 ont été blessés, soit 298 blessures au combat et 350 blessures hors combat.

De ce nombre, quelle est la proportion de TSO et de SSPT?

Mgén Walter Semianiw: Précisons ce que je veux dire par « au théâtre d'opérations ». Rappelons qu'il ne s'agit pas seulement des gens envoyés en Afghanistan, mais aussi de ceux qui sont sur des navires, dans le golfe et qui s'y font blesser. Cela comprend ceux qui sont au théâtre d'opérations, mais pas seulement en Afghanistan. Le théâtre d'opérations comprend le golfe, pour la force aérienne, l'armée et la marine.

Bgén Hilary Jaeger: Je pense que nous avons des chiffres ici, lorsqu'il a été possible d'établir un lien clair avec des problèmes de santé mentale ou de traumatisme lié au stress opérationnel ou TSO. Rappelons que six ou 12 mois par après, on s'attend à constater de nouveaux cas... Il y a donc une sous-déclaration des questions relatives à la santé mentale, puisqu'elles surviennent plus tard. Ceux qui compilent les données pour les membres des forces qui reviennent de Landstuhl n'ont pas ces chiffres-là.

M. Anthony Rota: Ils ne sont donc ni dans les blessés au combat, ni dans les blessés hors combat, n'est-ce pas?

Bgén Hilary Jaeger: Je ne suis pas convaincue qu'ils y soient tous.

Mgén Walter Semianiw: On dit ici que les blessés au combat comprennent ceux qui ont été blessés par des bombes artisanales, qui ont subi des blessures personnelles et des traumatismes psychologiques graves directement attribuables au combat et qui nécessitent une intervention médicale. Ce sont les blessés au combat...

Bgén Hilary Jaeger: Mais ils ne font pas partie de ceux qu'on détecte six mois plus tard.

Mgén Walter Semianiw: ... et non pas ceux qui sont détectés six mois plus tard, qu'on trouve dans la deuxième partie.

M. Anthony Rota: Très bien, merci.

L'hon. Joe McGuire: Avez-vous des incitatifs à proposer à ceux que vous avez formés et à qui vous avez versé un salaire pendant leurs études universitaires et de médecine, afin qu'ils restent au sein des Forces canadiennes, alors que vous en avez besoin plus que jamais? Ils peuvent être fort tentés de partir, après cinq ans de service, ou après avoir répondu aux exigences. Y a-t-il moyen de les retenir? Je présume que vous en perdez constamment.

Bgén Hilary Jaeger: En fait, au cours des dernières années, notre rétention a été supérieure à ce que j'ai vu pendant toute ma carrière. Pour la recrue que nous parrainons pendant ses études de médecine, l'exigence de base est de quatre ans après son admissibilité. Autrefois, 80 p. 100 de ceux qui arrivaient à ce point-là portaient.

Je n'ai pas les chiffres exacts mais je peux vous les obtenir. C'est bien moins, maintenant. D'ailleurs, pour l'année qui vient, nous serons en position de refuser de parrainer ceux qui veulent faire des études de médecine, parce qu'ils sont trop nombreux. Dans deux ou

trois ans, il est possible que des carrières soient associées à des contraintes, puisqu'on offrirait de nouveaux contrats sans prolonger les conditions actuelles.

Mgén Walter Semianiw: Le recrutement des médecins a fait l'objet de pratiques exemplaires au sein des Forces canadiennes, si on jette un coup d'oeil aux résultats. On a fait bon nombre de choses, tant à l'échelle provinciale que fédérale pour avoir davantage de médecins. Comme l'a dit la générale Jaeger, au cours des cinq dernières années, leur nombre a beaucoup augmenté.

L'incitatif, ce sont les promotions. On offre aux médecins à la fois des promotions au sein des forces et, cela va de soi, une rémunération bonifiée.

Bgén Hilary Jaeger: Et ils aiment le travail aussi.

L'hon. Joe McGuire: Manifestement, ils aiment aussi faire partie de l'action.

Bgén Hilary Jaeger: Ils voient que leur travail a une valeur.

Mgén Walter Semianiw: Ce qu'on oublie et dont on n'a pas parlé ici, c'est l'idée de servir le pays. Nous y viendrons. Je suis aussi responsable du recrutement. Le recrutement augmente, partout au pays. Pourquoi? On constate que dans bien des cas, les gens veulent servir leur pays, en participant à ce que le pays fait actuellement ailleurs dans le monde.

L'hon. Joe McGuire: Quand nous sommes allés à Kandahar, le personnel de l'hôpital semblait très motivé et compétent, mais allait bientôt repartir, dans le cadre d'une rotation. Est-ce que beaucoup d'entre eux se portent volontaires pour revenir en Afghanistan?

• (1700)

Bgén Hilary Jaeger: Nos médecins militaires suivent les mêmes rotations de six mois que la plupart des membres des Forces canadiennes dans ce théâtre. On ne leur permettra pas, on ne les encouragera pas à se porter volontaires pour y revenir avant au moins un an. On essaie de ménager nos gens. Selon toute probabilité, on ne les réaffectera pas, de force, avant deux ou trois ans.

L'hon. Joe McGuire: Est-ce qu'ils continuent, dans leur temps libre, de contribuer à la mise sur pied d'unités spéciales dans la ville de Kandahar, par exemple?

Bgén Hilary Jaeger: L'armée nationale afghane a construit un nouvel hôpital dans le camp Hero, juste à l'extérieur de la principale base aérienne de Kandahar. Nous collaborons beaucoup avec les Afghans. Nous faisons aussi du travail avec les services de santé publique de la ville de Kandahar, pour aider à la prévention en matière de santé.

Le président: Merci.

Quand nous avons visité l'hôpital il y a un an, il y avait là un patient qui avait été essentiellement tout rassemblé. C'était un Afghan blessé et dans son cas, on avait fait un fantastique travail.

Nous passons maintenant à M. Hawn, puis nous reviendrons à M. Bachand.

M. Laurie Hawn: J'ai quelques courtes questions. Je partagerai mon temps avec M. Blaney.

Générale Jaeger, vous parlez de rester assez près des tirs, et je le comprends bien. Peut-on dire que fondamentalement, les soldats sont les meilleurs psychologues les uns pour les autres?

Bgén Hilary Jaeger: Oui, et je pense que c'est assez vrai.

Mgén Walter Semianiw: C'est une bonne question. Avec la sensibilisation des dernières années, nous constatons que de plus en plus de soldats viennent nous dire: « Mon ami a des problèmes. Je pense que vous devez l'aider ». On le voit plus que jamais, mais aussi des familles, des conjointes qui disent: « Mon mari a besoin d'aide ». Je pense que c'est un effet supplémentaire de l'éducation ou de la sensibilisation.

M. Laurie Hawn: Vous n'y voyez aucune connotation péjorative, mais est-il juste de dire que nous serons toujours probablement en retard sur les besoins, ne serait-ce qu'à cause de l'évolution de la situation dans laquelle se retrouvent les Forces canadiennes?

Bgén Hilary Jaeger: Je ne sais que dire au sujet de l'évolution rapide des besoins. Si nous revenions en 1944, sachant ce que nous savons maintenant, il y aurait une bousculade de patients atteints de SSPT.

J'en profite pour vous dire qu'il y a une différence entre un diagnostic de SSPT et une invalidité complète associée à ce diagnostic. On peut avoir bon nombre de patients qui ont reçu un diagnostic de SSPT, mais avec les bonnes interventions, ce ne sera pas nécessairement pour eux un grave handicap.

Mgén Walter Semianiw: Les chiffres sont clairs et la générale Jaeger me rappelle que lorsque nous sommes venus ici, il y avait un psychiatre pour 3 000 soldats.

Bgén Hilary Jaeger: Ce sont les chiffres actuels.

Mgén Walter Semianiw: Actuellement. À l'échelle provinciale, c'est un psychiatre pour 8 000 personnes. Nous veillons sur la capacité d'intervention tout en reconnaissant que ce n'est pas seulement un problème national, mais international. Il faut trouver des professionnels de la santé mentale et nous faisons de notre mieux. Précisons, ce n'est pas une simple question d'argent et de rémunération. Pas du tout. On ne peut tout simplement pas trouver ces gens-là, pour qu'ils soient là où on a besoin d'eux, au bon moment.

M. Laurie Hawn: Merci. Je cède le reste de mon temps à M. Blaney.

Je suis désolé, je dois partir pour un entretien avec M. Duffy.

[Français]

M. Steven Blaney: Merci beaucoup.

Je serai bref. J'ai trois ou quatre questions à vous poser. Je vais d'abord les poser et je vous laisserai y répondre par la suite.

Vous avez mentionné qu'environ 5 p. 100 des militaires de la première rotation avaient été atteints par le syndrome de stress post-traumatique. Avez-vous un pourcentage pour les autres problèmes mentaux? C'est ma première question.

Ma deuxième question est la suivante. Le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique est-il toujours suivi d'une médication? Si oui, combien de temps dure la médication?

Voici ma troisième question. J'aimerais connaître votre opinion sur le soutien donné aux familles des militaires chez qui on a diagnostiqué le SSPT.

[Traduction]

Bgén Hilary Jaeger: Merci.

Rapidement, et en anglais, pour que je puisse parler plus vite, au sujet de la proportion de 5 p. 100 de soldats atteints de SSPT, je dois dire que le même nombre environ ont un grave problème de dépression. Pour les troubles mentaux au retour d'une mission, la plus forte proportion est celle de la consommation d'alcool à risque, dans environ 17 p. 100 des cas, si je ne m'abuse. Il y a aussi les idées de suicide, c'est-à-dire songer au suicide sans pour autant passer à l'acte, pour 2,5 à 3 p. 100 du nombre, si je me souviens bien. Pour le reste, ce sont des diagnostics moins graves. Voilà les chiffres dont nous disposons.

Est-ce qu'on prescrit toujours des médicaments? Non. Avec une démarche multidisciplinaire, nous pouvons recourir aux pratiques exemplaires quel que soit le problème. Très souvent, la psychothérapie est indiquée, souvent assortie de médicaments. Dans le cas de SSPT et de troubles anxieux, il faut calmer un peu l'anxiété pour que la réflexion puisse se faire, il faut calmer le tumulte dans le cerveau, mais on n'y arrive pas à 100 p. 100 du temps, loin de là.

Certains patients refusent, de toute façon. Beaucoup de personnes n'aiment pas les psychotropes et préfèrent s'en abstenir. Il recourt donc à diverses méthodes.

Par ailleurs, il faut compter sur le soutien de la famille. Nous avons trouvé un joli terme, soit "les soins de santé mentale axés sur les militaires et leurs familles", ou quelque chose comme ça, pour décrire le fait que lorsqu'un militaire a des problèmes, nous offrons des services psychoéducatifs à la famille pour lui apprendre à vivre avec une personne atteinte de troubles mentaux et la faire participer à la thérapie familiale.

Nous ne pouvons pas traiter la famille isolément. Nous ne pouvons pas traiter que la conjointe. Quand quelqu'un perd une jambe en Afghanistan, mais que tout va bien par ailleurs, qu'il n'y a pas de problème de santé mentale pour lui, mais si cela fait que sa femme souffre de dépression, nous ne pouvons pas la traiter avec nos ressources. Il faut trouver d'autres ressources, par l'intermédiaire du PAMFC et du centre de ressources familiales, pour qu'elle obtienne les soins dont elle a besoin du réseau provincial.

● (1705)

M. Steven Blaney: Combien de temps cela prend-il? Peuvent-ils surmonter leurs difficultés et se dire guéris du syndrome, après un certain temps?

Mgén Walter Semianiw: Quand je suis allé en Afghanistan récemment, deux membres de mon état-major personnel avaient souffert du SSPT. La réponse est donc oui.

Bgén Hilary Jaeger: On peut s'en remettre. D'ailleurs, le meilleur traitement actuellement... Ce n'est pas vrai que vous serez sur le divan pendant trois ans à raconter votre vie à un psychiatre trois heures chaque semaine; le maximum est d'environ 20 séances pour que la thérapie cognitive du comportement donne des résultats. Certains vont très bien après six ou sept séances. Le traitement peut donc être assez court.

M. Steven Blaney: Merci.

Le président: Merci.

C'est maintenant au tour de M. Bachand, puis je donnerai la parole aux ministériels.

[Français]

M. Claude Bachand: Merci, monsieur le président.

Je vais également vous poser trois questions. J'aimerais que vous les notiez pour ne pas les oublier.

D'abord, vous avez parlé de votre équipe au sein de laquelle beaucoup de gens interviennent. Je suis déjà allé dans un théâtre d'opérations et j'ai remarqué que l'aumônier y avait une tâche très importante. Je me suis rendu compte que les aumôniers sont un peu le confessionnal où les soldats se confient souvent. Mais je crois que cela ne relève pas des services de santé. On pourra éventuellement approfondir le rôle des aumôniers.

Deuxièmement, on a parlé des cinq Centres de soutien pour trauma et stress opérationnels. J'ai lu votre rapport et le sondage, général Jaeger. Selon le sondage, il existe une certaine stigmatisation qui ferait en sorte que certains soldats n'osent pas le dire. Je sais que plusieurs centres de soutien sont situés sur des bases militaires. L'ombudsman des Forces canadiennes a déjà suggéré que ces centres ne soient pas situés sur des bases militaires parce que quand les individus entrent au centre, beaucoup de gens le savent. J'aimerais connaître votre opinion là-dessus.

Finalement, il est important d'avoir une vie sociale. Je sais, pour être allé dans un théâtre d'opérations, que les gens sont souvent stressés. À chacun sa façon de décompresser. Il nous arrive d'aller dans un bar et de prendre une bière ou deux. Or, je sais que vous avez une politique anti-alcool.

Je suis allé en Bosnie, où on permettait aux soldats de prendre deux bières le soir. Je suis allé en Afghanistan, où on ne leur permet plus de le faire. Je suis aussi allé dans un théâtre d'opérations d'Allemands et de Hollandais. Si on avait dit aux Allemands et aux Hollandais qu'ils ne pouvaient plus boire de bière, ils auraient fait une révolution et il y aurait probablement eu des morts.

Est-ce vous qui instaurez la politique anti-alcool en Afghanistan? Sur quoi est-elle basée? Ne pourrait-on pas permettre aux soldats d'avoir une plus grande vie sociale et de parler ensemble autour d'une bière, comme cela nous arrive de le faire?

[Traduction]

Bgén Hilary Jaeger: Vous avez posé une série de questions intéressantes et, encore une fois, vous me pardonnez de répondre en anglais, mais ce sera mieux ainsi.

Les aumôniers font en effet partie de l'équipe multidisciplinaire de nos CSTSO. C'est d'ailleurs l'une de nos pratiques avant-gardistes que d'employer un conseiller en pastorale à temps plein dans nos centres. Même à l'extérieur de ce cadre, sur le terrain, les aumôniers représentent la première ligne de détection, leur rôle est très important car ils prennent le pouls des troupes et écoutent ceux qui éprouvent peut-être des difficultés, surtout ceux qui ont des croyances spirituelles. Il est vrai que les athées ne s'adressent probablement pas à l'aumônier, mais ils ont d'autres recours.

Votre question sur la stigmatisation est intéressante, mais n'est pas facile à régler. Ce n'est d'ailleurs pas l'apanage de l'armée, car ce genre de stigmatisation se manifeste ailleurs dans le monde civil. Selon moi, l'idéal serait d'avoir un seul centre sur la base militaire, un endroit où vous pourriez aller sans hésiter car personne ne se soucierait de savoir ce qui vous y amène. Peut-être y allez-vous pour une maladie transmise sexuellement, ce qui entraîne une stigmatisation aussi, pour un cancer du sein, un sujet très délicat pour certaines femmes, pour une colonoscopie, un autre sujet délicat, ou pour une consultation en santé mentale. Nous sommes tous là pour dispenser des soins de santé.

En matière de santé mentale, peu importe qu'il s'agisse d'un traumatisme lié au stress opérationnel ou de SSPT ou d'un autre

problème — ces autres problèmes étant plus répandus au sein des Forces canadiennes que les traumatismes liés au stress opérationnel, car nous voyons beaucoup plus de problèmes courants de santé mentale qu'autre chose. Obliger les militaires à quitter la base pour se faire soigner perpétue la stigmatisation, d'une certaine façon. Ça peut marcher dans une grande ville, où l'anonymat est assuré, mais cela peut aussi empêcher le malade de faire face à certaines difficultés. Dans une petite ville comme Petawawa, où irez-vous? Tout le monde sait que la clinique de santé mentale se trouve dans un logement résidentiel et on reconnaîtra votre voiture si elle est stationnée devant.

Pour ce qui est de la politique limitant la consommation de bière à deux par jour, cette politique relève de la chaîne de commandement et non pas de moi. Mon opinion personnelle, c'est que l'abstinence est l'approche la plus sûre. Si on adopte une politique limitant la consommation de bière à deux par jour, il faut que la chaîne de commandement soit sûre de pouvoir la faire appliquer de façon très stricte, sinon, on se retrouve dans une situation dangereuse. On doit être prêts à renvoyer tout membre de la mission qui viole la politique, qu'il s'agisse du sergent-major de la force opérationnelle, du commandant adjoint ou du commandant, sinon, la politique n'a aucune valeur et ne donnera rien. Ce n'est pas là l'opinion du médecin chef mais bien d'un officier chevronné des Forces canadiennes.

• (1710)

Le président: Merci.

C'est maintenant au tour des ministériels, puis on reviendra à l'opposition officielle.

Monsieur Lunney.

M. James Lunney: Merci.

Comme nous amorçons l'étude du SSPT, pour cette dernière série de questions, j'aimerais aborder le syndrome de la Guerre du golf. Des préoccupations ont été exprimées au sujet des vaccins qui ont été administrés aux soldats et des interventions médicales qu'ils ont subies avant de partir pour le Golf Persique. Certains soldats qui ne se sont même pas rendus au champ de bataille ont connu de graves problèmes de santé.

Quelles sont les mesures de prévention dont font l'objet les soldats avant de partir? Ces informations sont-elles publiques? Pouvez-vous nous en parler?

Ainsi, même le vaccin contre la grippe contient du thimérosal, un dérivé du mercure qui est neurotoxique, ce qui est un peu inquiétant. Bien des chercheurs s'inquiètent de l'effet qu'il pourrait avoir sur les fonctions cognitives, par exemple. Il s'agit d'un phénomène neurologique.

Pouvez-vous nous donner des informations à ce sujet, ou sont-elles confidentielles?

Bgén Hilary Jaeger: Les mesures de santé publique dont font l'objet les soldats qui s'apprentent à partir pour l'Afghanistan ne sont pas confidentielles. Il s'agit de mesures assez courantes. Nous visons surtout les arbovirus. Nous avons un programme d'immunisation normale, mais les risques les plus élevés sont ceux que présentent les arbovirus de la malaria et de la leishmaniose. Notre approche médicale pour la prévention de la malaria comprend les barrières physiques et la lutte antivectorielle.

Par ailleurs, j'estime que le thimérosal ne présente pas de risque notable. De nombreuses études ont été menées sur l'innocuité des vaccins, et il n'a pas encore été prouvé qu'il y a un lien entre la présence de thimérosal et des effets secondaires indésirables.

M. James Lunney: Cela fait toujours l'objet d'une controverse., en effet. Je suis heureux de connaître votre opinion, mais c'est quand même préoccupant.

Bgén Hilary Jaeger: En effet, il y a encore beaucoup de gens qui s'inquiètent à propos des vaccins, et peut-être n'avons-nous pas bien communiqué les preuves scientifiques, car ma plus grande crainte en matière de santé publique, c'est que l'on refuse les vaccins qui constituent en fait la meilleure forme de prévention, autant pour la santé personnelle que pour la santé publique.

• (1715)

M. James Lunney: Merci. Beaucoup de médecins sont de votre avis.

Pourriez-vous nous donner la liste des vaccins qui sont administrés aux soldats?

Bgén Hilary Jaeger: Je demanderai au personnel de la protection de la santé des forces armées de vous transmettre cette liste.

M. James Lunney: Je vous prierais de l'envoyer au comité. Cela pourrait nous être utile dans le cours de nos délibérations.

Merci.

Mme Cheryl Gallant: Général Jaeger, l'idée d'un centre de traitement unique pour tous les traitements médicaux est souhaitable et pratique, mais à la base de Petawawa... L'hôpital est déjà plein à craquer. De plus, il commence à tomber en morceaux. On ne pourrait tout simplement pas y mettre plus de gens. C'est ainsi depuis plus de dix ans et la situation ne fait que s'aggraver. Qu'allez-vous faire? Est-il prévu d'améliorer l'infrastructure?

Bgén Hilary Jaeger: On m'a dit que ce serait bientôt le temps des étrennes.

Mgén Walter Semianiw: Pour ce qui est de l'infrastructure, le projet Rx2000 — je vous le décris brièvement — est un élément crucial de la construction d'infrastructure. Il nous faut une infrastructure à quatre endroits, Edmonton et ... Petawawa est l'un de ces endroits. Nous avons besoin de cette infrastructure, mais c'est le défi à relever.

Je suis moi-même allé au centre de préparation des forces pour m'entretenir avec les soldats des défis qu'ils devront affronter. Il nous faut trouver de l'espace pour leur dispenser les soins dont ils ont besoin et nous avons l'argent pour pouvoir construire de nouvelles installations. Cela se fera dans le cadre du projet d'infrastructure Rx2000. Cela doit être fait et ce sera fait.

Bgén Hilary Jaeger: Nous avons des fonds... Ce ne sera pas très beau. Il nous faut une solution temporaire, car la construction de ces nouvelles installations prendra de trois à cinq ans. Nous devons donc injecter des fonds dans la location de remorques ou...

Je n'aime pas dispenser des soins dans une remorque, mais c'est mieux que dans une tente sur un parc de stationnement.

Mme Cheryl Gallant: Merci.

Le président: Monsieur Comartin, vous vouliez poser une question? Vous aurez le dernier mot.

M. Joe Comartin: J'ai seulement deux ou trois questions à poser.

En réponse à une question de M. Blaney, vous avez dit avoir indiqué au comité des comptes publics qu'un examen mené à la fin

des six premiers mois vous avait permis de constater que 27 p. 100 des répondants avaient des problèmes. Ce chiffre est-il encore bon?

Bgén Hilary Jaeger: Oui, et c'est de 16 p. 100 à 17 p. 100 pour les pratiques dangereuses de consommation d'alcool et toutes les autres catégories.

M. Joe Comartin: Que 5 p. 100 d'entre eux souffrent de dépression et 5 p. 100, de stress post-traumatique, n'est-ce pas?

Bgén Hilary Jaeger: Si le comité veut avoir des données plus précises, je peux les lui faire parvenir.

Le président: Nous vous en serions reconnaissants.

M. Joe Comartin: J'ai encore une question sur les préjugés.

Vous m'avez donné l'impression que vous dispensez des soins médicaux dans les cas de troubles mentaux liés au stress. J'ai l'impression que vous faites appel à des psychiatres plutôt qu'à des psychologues.

Bgén Hilary Jaeger: Je suis heureuse que vous posiez la question, parce que, en fait, parmi nos prestataires de soins, nous comptons presque deux fois plus de psychologues que de psychiatres.

Les deux participent aux évaluations. Les psychiatres et les psychologues participent à l'évaluation des patients, aux diagnostics, et c'est un psychiatre ou un psychologue qui s'occupe ensuite du traitement, selon les soins dont a besoin le patient. Dans certains cas, les deux dispensent des soins, si les médicaments sont prescrits. Le psychologue s'occupe de la psychothérapie et le psychiatre gère les médicaments.

M. Joe Comartin: Une dernière chose, sur des informations provenant des États-Unis au sujet des guerres menées en Irak ou des guerres en général. Il semble que l'on ait donné des diagnostics de stress post-traumatique alors qu'il s'agissait en fait de symptômes découlant de blessures à la tête ou de traumatismes crâniens n'ayant pas été diagnostiqués. Cela se produit-il aussi au Canada?

Bgén Hilary Jaeger: Il y a certainement des traumatismes crâniens, mais je vous mets en garde... Si vous lisez attentivement un article paru très récemment dans le *New England Journal of Medicine*, vous verrez qu'on ne dit pas que des cas de syndrome du stress post-traumatique sont en fait des cas de traumatismes cérébraux multiples, mais bien qu'un traumatisme cérébral comme une commotion avec perte de conscience ou non, s'ajoute aux autres facteurs qui augmentent le risque de SSPT.

On oublie en fait qu'il faut examiner attentivement ceux qui se sont trouvés sur le lieu d'explosion pour trouver d'éventuels symptômes du SSPT. L'article ne dit pas que l'on a posé le mauvais diagnostic et qu'il ne s'agit pas de SSPT. Je crois que bien des gens qui ont lu le résumé de l'article paru dans les journaux n'ont pas bien compris cela.

• (1720)

M. Joe Comartin: Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, Joe.

Merci beaucoup à nos deux témoins. Vous nous avez beaucoup aidés à lancer notre étude. Je remercie aussi les députés de leurs remarques franches et de leurs questions pertinentes.

Avant de terminer, je signale aux membres du comité que nous faisons l'impossible pour trouver des témoins et remplir nos séances de la semaine prochaine.

Merci beaucoup.

La séance est levée.

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

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

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address:

<http://www.parl.gc.ca>

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.