



Chambre des communes  
CANADA

## Comité permanent de la défense nationale

---

NDDN • NUMÉRO 016 • 2<sup>e</sup> SESSION • 39<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le jeudi 6 mars 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 6 mars 2008

• (1530)

[Traduction]

**Le président (M. Rick Casson (Lethbridge, PCC)):** Je déclare la séance ouverte. Nous poursuivons aujourd'hui notre étude des services de santé offerts au personnel des Forces canadiennes, en particulier dans le cas des troubles de stress post-traumatique.

Nous entendrons deux groupes aujourd'hui. Nous allons commencer par la vérificatrice générale, Sheila Fraser, et la vérificatrice générale adjointe, Wendy Loschiuk. Nous vous souhaitons la bienvenue à toutes les deux.

Nous vous avons réservé une heure. Nous savons que la sonnerie nous appellera encore aujourd'hui pour aller voter à 17 h 15, et nous devons donc respecter scrupuleusement notre horaire.

Bienvenue, madame Fraser. Vous avez témoigné souvent devant des comités et vous savez donc comment ça se passe. Nous vous donnons du temps pour faire un exposé, après quoi les députés vous posent des questions. Vous avez la parole.

**Mme Sheila Fraser (vérificatrice générale du Canada, Bureau du vérificateur général du Canada):** Merci, monsieur le président.

Nous vous remercions de nous donner l'occasion de vous présenter les résultats du chapitre 4 de notre rapport d'octobre 2007, « Les soins de santé fournis aux militaires - Défense nationale ». Comme vous l'avez dit, je suis accompagnée de Mme Wendy Loschiuk, qui était la directrice principale responsable des vérifications de la Défense nationale quand nous avons fait ces travaux. Mme Loschiuk a récemment été promue vérificatrice générale adjointe.

Lors de notre vérification, la Défense nationale et les Forces canadiennes fournissaient des soins médicaux et dentaires à plus de 63 500 membres des Forces canadiennes dans 37 installations militaires au Canada et à l'étranger. Les membres des Forces canadiennes sont exclus de la Loi canadienne sur la santé; la prestation de leurs soins de santé relève plutôt de la Loi sur la Défense nationale. Si un militaire a besoin de services médicaux, la Défense nationale a la responsabilité de s'assurer que ces services lui sont fournis.

L'an dernier, la Défense nationale a dépensé environ 500 millions de dollars pour la prestation à ses membres de services de soins médicaux et dentaires, et les coûts augmentent.

[Français]

Dans le cadre de cette vérification, nous avons examiné la façon dont la Défense nationale s'assure que son personnel militaire au Canada reçoit des soins de santé de qualité. Nous n'avons pas examiné la prestation des soins de santé aux troupes déployées à l'étranger, par exemple en Afghanistan. Nous n'avons pas examiné non plus les pratiques ni les traitements médicaux.

Nous avons constaté que la Défense nationale a peu d'information pour évaluer l'efficacité ou le coût du système de soins de santé aux

militaires. Le ministère a besoin de meilleurs renseignements pour gérer le système, notamment pour l'aider à vérifier au fur et à mesure s'il fournit aux militaires des services de soins de santé de qualité.

Il est important de noter que dans le cadre d'un sondage mené par le ministère, les militaires ont dit être convaincus que, dans l'ensemble, le système de soins de santé répond à leurs besoins. Dans le cadre de sa réforme Rx 2000, la Défense nationale a amélioré l'accès aux soins de santé, de même que la continuité des soins offerts à son personnel militaire.

[Traduction]

La politique Gamme de soins de santé des Forces canadiennes fait état de l'engagement du ministère à fournir aux membres des Forces des soins de santé comparables à ceux que reçoivent les autres Canadiens. Toutefois, nous avons constaté que le Ministère n'était pas en mesure de montrer comment il s'assurait que les soins fournis répondent à ses propres normes et attentes quant à la qualité des pratiques de soins de santé.

Nous étions également inquiets, car le Ministère n'avait pas l'information nécessaire pour garantir que les patients étaient traités seulement par du personnel militaire soignant autorisé à exercer ou accrédité. Ses représentants nous ont appris que le ministère travaille actuellement à attester le statut de ses professionnels des soins de santé et qu'il élabore une politique sur le maintien obligatoire de l'autorisation d'exercer accordée à l'échelon provincial.

Je crois comprendre que le comité est particulièrement intéressé par les questions de santé mentale. Les services de soins de santé mentale ont été modifiés pour mieux répondre aux besoins. Selon un sondage sur les maladies mentales dans les Forces canadiennes mené en 2002, seulement 25 p. 100 des répondants qui avaient signalé des symptômes de problèmes de santé mentale ou de troubles mentaux estimaient avoir reçu une aide suffisante. Depuis, la Défense nationale a modifié son approche et applique un nouveau modèle à l'échelle du pays. Ce modèle se fonde sur une pratique exemplaire selon laquelle le personnel médical, des travailleurs sociaux et des spécialistes de la toxicomanie collaborent pour traiter les patients.

De plus, le ministère effectue des examens améliorés de dépistage auprès des militaires à leur retour de service à l'étranger en vue de déceler toute répercussion physique ou psychologique liée à leur déploiement.

[Français]

Malheureusement, le ministère n'a pu trouver tous les professionnels nécessaires pour doter ses services de soins de santé mentale. En raison de cette pénurie de ressources, le système ne peut répondre à toutes les demandes en matière de services de santé mentale. Les militaires sont donc dirigés vers des praticiens en pratique privée. Il s'avère alors difficile pour le ministère de surveiller la prestation des soins qu'ils reçoivent.

Notre vérification a ciblé également plusieurs autres questions que nous expliquons dans le chapitre. Nous avons constaté que peu de militaires professionnels de la santé complétaient le Programme de maintien des connaissances cliniques.

Nous avons aussi constaté que, alors que les coûts du système des soins de santé des militaires augmentent, la Défense nationale manque de données pour pouvoir déterminer si ces coûts et si les niveaux de service fournis dans les cliniques correspondent aux besoins.

Enfin, 10 ans après que le ministère ait déterminé qu'il fallait assurer une surveillance de son système de soins de santé, aucun mécanisme n'est encore en place qui permette de rassembler tous les intervenants: hauts gradés, gestionnaires principaux des soins de santé et militaires. Or, un tel mécanisme pourrait fournir une orientation et une assise pour la responsabilisation.

• (1535)

[Traduction]

Monsieur le président, la Défense nationale a accepté nos recommandations et a élaboré un plan d'action pour donner suite aux préoccupations soulevées dans le chapitre. Je suis heureuse de constater que le ministère a défini dans ce plan les résultats qu'il veut atteindre et a fixé des échéances. Le comité voudra peut-être demander au ministère de faire rapport sur ses progrès et les résultats obtenus.

Voilà qui termine ma déclaration d'ouverture. Nous répondrons avec plaisir aux questions du comité.

Merci.

**Le président:** Merci, madame Fraser.

M. Coderre va commencer et il a sept minutes.

[Français]

**L'hon. Denis Coderre (Bourassa, Lib.):** Bonjour, madame Fraser. Je vous remercie de votre présence. J'ai eu le plaisir de vous entendre parler de ce dossier lors d'une réunion d'un autre comité.

À la lumière de tout ce que nous avons entendu depuis le début relativement à votre rapport, il semble qu'il y ait un problème de compilation des données. On ne sait pas vraiment comment fonctionnent les choses. De plus, certains militaires ont le sentiment qu'il existe un problème de confidentialité à l'interne. Quand il est question de traiter quelqu'un en matière de santé mentale, les gens ont peut-être le réflexe de ne pas se faire traiter, comme on l'a constaté dans le sondage de 2002, à cause des problèmes de confidentialité.

Avez-vous quelque chose à dire à ce sujet? Selon vous, comment l'information est-elle traitée à la Défense nationale?

**Mme Sheila Fraser:** Nous ne nous sommes pas penchés spécifiquement sur la confidentialité des données. En fait, la plupart des dossiers sont encore sous forme papier. Cela rend la gestion des informations plus problématique. Il a été très difficile d'avoir des données sur l'ensemble du système, puisque c'est sous forme papier. Nous n'avons pas spécifiquement étudié la question de la confidentialité. On ne nous a pas non plus signalé que c'était une préoccupation.

**L'hon. Denis Coderre:** On parle souvent des problèmes de manque de ressources et de professionnels. Il y a également un problème d'ordre structurel. J'aimerais parler d'accréditation. Il est question, dans votre rapport, de certification. Se peut-il que des médecins qui procèdent à des évaluations présentement ne soient pas adéquatement accrédités pour le faire?

**Mme Sheila Fraser:** Monsieur le président, un tel risque existe parce que la Défense nationale n'a pas de système en place pour s'assurer que les médecins sont tous certifiés. Nous avons procédé à une vérification des certifications, et nous n'avons pas trouvé de médecin qui n'avait pas le droit de pratiquer. Cependant, ce sont nos vérificateurs qui ont fait ce travail. Le ministère lui-même n'a pas de système pour lui fournir cette assurance, bien qu'on nous dise qu'on va en mettre un en place.

[Traduction]

**L'hon. Denis Coderre:** Quand vous avez vérifié ce qui se passe dans les Forces canadiennes, vous êtes-vous penchée spécifiquement sur les éléments de la structure, la façon dont les décisions sont prises ou la manière dont nous gérons le dossier des soins de santé au ministère?

Je sais que nous avons un extraordinaire général aux commandes, le général Jaeger, mais elle doit s'occuper de plusieurs services en même temps. Croyez-vous que la structure pose actuellement un problème?

**Mme Sheila Fraser:** Monsieur le président, je vais demander à Mme Loschiuk de répondre à cette question.

• (1540)

**Mme Wendy Loschiuk (vérificatrice générale adjointe, Bureau du vérificateur général du Canada):** Merci.

Nous n'avons pas examiné précisément comment le système de soins de santé était géré. Nous voulions absolument comprendre, évidemment, le processus de gestion au niveau des bases, où le médecin-chef de la base est chargé de voir à ce que tous les services de santé soient fournis, et la manière dont l'information est ensuite transmise au QGDN. C'est là que nous avons constaté des problèmes, parce qu'en général, cette information n'est pas présentée intégralement.

Mais nous avons aussi remarqué — et nous l'avons d'ailleurs signalé à la fin du chapitre, aux paragraphes 4.65 et 4.66 — que le système semble ne comporter aucun mécanisme qui permettrait aux gens de s'arrêter pour examiner exactement quels services sont offerts, et qui donnerait à toutes les parties l'occasion de dire: « Voici comment à notre avis les services devraient être assurés ». Nous songeons à un mécanisme qui permettrait aux soldats, aux marins, etc., de dire: « Oui, voici ce que nous aimerions. » Les professionnels de la santé pourraient également étudier le dossier et dire: « Voici comment, du point de vue médical, et non pas du point de vue d'un questionnaire, nous aimerions que les choses se passent. » Et il est clair que c'est la même situation pour les cadres supérieurs, qui doivent compter sur des soldats, des marins, etc., qui sont en santé et prêts à travailler.

Je pense qu'un tel mécanisme injecterait une meilleure reddition de comptes dans le système et dans le processus et donnerait aux gens l'assurance qu'ils obtiennent exactement ce qu'ils demandent.

**L'hon. Denis Coderre:** Est-ce que cette absence de reddition de comptes explique pourquoi nos dépenses semblent quelque peu hors de contrôle? À l'heure actuelle, dans les Forces canadiennes, les soins de santé coûtent plus cher que dans le système civil. Cela explique-t-il pourquoi nous sommes actuellement confrontés à pareils chiffres?

**Mme Wendy Loschiuk:** Je pense qu'il y a bien des raisons qui expliquent pourquoi le système de soins de santé coûte un peu plus cher. Le système en question est tenu d'offrir certains éléments dont le coût n'est peut-être pas assumé par d'autres systèmes, par exemple une grande partie de la formation. Mais il serait utile d'avoir un mécanisme de reddition de comptes qui permettrait d'examiner avec du recul les services offerts et le niveau de service. À cet égard, un tel mécanisme pourrait aider...

**L'hon. Denis Coderre:** Nous n'avons donc pas suffisamment d'automatismes régulateurs? C'est bien ce que vous dites?

**Mme Wendy Loschiuk:** Cela permettrait d'instaurer un automatisme régulateur.

**L'hon. Denis Coderre:** L'un des principaux problèmes est évidemment que nous avons des politiques dictées par notre géographie. C'est déjà assez difficile de faire la part entre le physique et le mental, mais pour ce qui est de l'écart entre les villes et la campagne, quelle est votre opinion là-dessus? Il y a clairement un problème. Cela coûte plus cher. On manque de ressources et il faut tenir compte de ce qui se passe dans les villes... Il y a de très beaux endroits comme Valcartier, Gagetown et Moncton. Même au niveau des services pour les civils, nous n'avons pas assez de ressources pour avoir des cliniques partout. Qu'en pensez-vous?

**Mme Sheila Fraser:** Nous n'avons pas examiné spécifiquement cette question. Nous avons signalé la difficulté de trouver certains professionnels, surtout dans le domaine de la santé mentale. C'est probablement vrai que, dans les petites localités, on a de la difficulté à trouver ces professionnels même pour le réseau public. Mais nous n'avons pas examiné les stratégies que le ministère peut avoir mis en place pour recruter des gens.

Notre seul commentaire à ce sujet est que, si l'on fait une comparaison, il y a un certain nombre de professionnels de la santé qui sont contractuels et c'est vraiment le seul aspect que nous avons examiné. C'était seulement l'élément coût et le manque d'informations fiables pour déterminer si ce coût est acceptable.

**L'hon. Denis Coderre:** Merci.

**Le président:** Merci.

Monsieur Bachand.

[Français]

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

À mon tour, j'aimerais souhaiter la bienvenue à la vérificatrice générale et au personnel de son bureau. Ce sont des gens que l'on voit régulièrement.

J'ai regardé rapidement le contenu du rapport que vous avez fait en 2007, madame Fraser. Pourriez-vous me dire si vous avez vous-même décidé d'entreprendre ce rapport ou si on vous a demandé de le faire? Il arrive qu'on sollicite vos services et que vous acceptiez, mais j'imagine que dans ce cas-ci, vous avez vous-même pris l'initiative.

**Mme Sheila Fraser:** C'était en effet notre propre décision.

**M. Claude Bachand:** Pouvez-vous nous expliquer pourquoi la question du régime dentaire n'a pas été retenue? Il s'agit tout de même d'une composante importante. Vous vous êtes penchés uniquement sur la santé. Est-ce qu'on peut s'attendre à ce que vous abordiez éventuellement la question du régime dentaire?

**Mme Sheila Fraser:** Nous avons décidé de ne pas l'inclure dans cette vérification simplement parce que c'est un système un peu

différent et que le système des soins médicaux était déjà en soi un sujet long à couvrir.

• (1545)

**M. Claude Bachand:** Pourrait-on espérer que, dans un avenir proche, vous fassiez une étude sur le régime dentaire?

**Mme Sheila Fraser:** C'est toujours possible.

**M. Claude Bachand:** Une chose m'a intrigué et c'est le fait que le ministère semble offrir un régime d'assurance privée à l'ensemble des Forces canadiennes. Chaque membre est assuré par la Croix Bleue pour le cas où une clinique militaire ne serait pas disponible. D'après ce que j'ai lu dans mes notes, il en coûterait environ 66 millions de dollars par année, alors que le coût total des services de santé est de 500 millions de dollars.

Selon vous, cette pratique devrait-elle être un peu restreinte ou pensez-vous qu'elle soit normale? Évidemment, on aurait besoin de cliniques ouvertes 24 heures par jour, et ce n'est pas toujours possible. On envoie donc ces gens, quand ils sont malades, se faire soigner à des endroits qui sont de compétence provinciale. Ils se prévalent alors de leur assurance. J'aimerais entendre vos commentaires à ce sujet.

**Mme Sheila Fraser:** Cela provient du fait que la Loi canadienne sur la santé ne prévoit pas que les militaires reçoivent des soins de santé des provinces. Pour y avoir accès, ils doivent avoir une assurance privée. Cela est peut-être dû en partie à une pénurie de professionnels qui travaillent pour la Défense nationale ou simplement pour d'autres services de laboratoires, etc. Nous n'avons pas non plus vérifié l'analyse qu'ils auraient faite de ce nouveau modèle et s'ils ont fait une évaluation du coût alternatif que cela aurait ajouté s'ils offraient les services eux-mêmes. Vous pourriez peut-être demander aux représentants du ministère s'ils ont fait ce genre d'analyse.

**M. Claude Bachand:** Très bien.

J'aimerais qu'on parle maintenant de la répartition des médecins. On s'y connaît un peu, au Québec, puisqu'on est parfois obligé de faire en sorte que des médecins pratiquent dans certains coins où ils n'aiment pas nécessairement aller. Parfois, ils préfèrent rester à Montréal ou dans d'autres centres urbains. J'ai été surpris d'apprendre qu'il y a une grande différence entre le nombre de cas que traite un médecin et le nombre de cas que traite un autre. Un médecin peut voir jusqu'à 100 patients par jour et un autre, 40 par jour.

Ne serait-il pas avantageux que le ministère oblige qu'il y ait une répartition plus équitable pour l'ensemble des Forces canadiennes?

**Mme Sheila Fraser:** En effet, on constate qu'il devrait y avoir beaucoup plus de données afin de gérer le système et identifier les endroits où les médecins ont une plus grande disponibilité. Ils pourraient peut-être faire une meilleure répartition. Encore une fois, cela revient à la gestion du système dans son ensemble et au manque d'informations de base. Évidemment, il y a des informations clinique par clinique, mais dans l'ensemble du système, il manque des informations. Le ministère parle de mettre en place un système, mais cela prendra encore quelques années. Il semblerait aussi, à cause de compressions budgétaires, qu'on ne mettra pas nécessairement en place le système au complet.

**M. Claude Bachand:** Je suis aussi surpris de voir que presque 40 p. 100 de l'ensemble des médecins ne voient pas du tout de patients: ils sont affectés à des tâches administratives. Cela me semble être une mauvaise répartition de la charge de travail. D'habitude, un médecin est un médecin. Par exemple, un médecin de l'Hôpital du Haut-Richelieu à Saint-Jean-sur-Richelieu ne passera pas 40 p. 100 de son temps à faire du travail administratif.

Ne trouvez-vous pas cela un peu élevé?

**Mme Sheila Fraser:** Si on l'a noté, c'est qu'on pense que cela mérite d'être examiné. Plusieurs médecins travaillent, par exemple, à élaborer des politiques. Ils consacrent tout leur temps à l'administration. Cela ne veut pas nécessairement dire qu'ils travaillent une partie de leur temps avec les patients et une autre à des tâches administratives. Je pense qu'il appartient aussi au ministère de revoir ce pourcentage, compte tenu de la pénurie de médecins et de ce qu'il en coûte pour engager à contrat des médecins pour fournir des services aux militaires.

• (1550)

**M. Claude Bachand:** J'aimerais maintenant vous poser une question à laquelle vous ne serez peut-être pas en mesure de répondre. Au Canada, les véritables spécialistes des services de santé sont les provinces. Je sais qu'une disposition de la Loi sur la défense nationale indique que les soins de santé doivent être dispensés par les Forces armées canadiennes. Si on disait qu'il serait plus intéressant de transférer toute la question de la santé et de la santé dentaire au secteur public provincial et qu'on concluait une entente fédérale-provinciale, avec transfert de points d'impôt ou de sommes d'argent, comment réagiriez-vous? Allez-vous me répondre que c'est une décision politique et que vous ne pouvez pas faire de commentaire à ce sujet?

**Mme Sheila Fraser:** Je vois que vous connaissez déjà la réponse. Je dirai aussi qu'il faut reconnaître que la Défense nationale a des besoins assez particuliers. Ces gens veulent que les militaires aient accès immédiatement aux services requis. Je pense qu'un des obstacles pour simplement transférer la prestation des soins au système provincial est que les militaires voudraient continuer à recevoir les services au moment où ils le désirent. Un autre des problèmes qui avaient été notés dans les sondages de 2002 était la continuité des services. La Défense nationale a travaillé très fort pour assurer une continuité et une disponibilité des services.

[Traduction]

**Le président:** Merci.

Nous passons maintenant à Mme Black.

**Mme Dawn Black (New Westminster—Coquitlam, NPD):** Merci, monsieur le président.

Je vous souhaite de nouveau la bienvenue à notre comité. C'est bien de vous revoir.

Comme vous le savez, l'étude que nous faisons actuellement porte sur les soins de santé, en particulier dans le domaine de la santé mentale. Je constate que dans votre allocution, vous parlez d'un sondage fait en 2002. Je me demande si c'est celui que le Dr Brunet a fait. Il est venu à notre comité la semaine dernière. Vous avez dit que seulement 25 p. 100 des répondants qui avaient signalé des symptômes de troubles de santé mentale considéraient qu'ils avaient reçu suffisamment d'aide à ce sujet.

Le Dr Brunet nous a donné d'autres chiffres tirés de son étude, à supposer que ce soit la même. Il a dit que 57 p. 100 des membres des Forces canadiennes qui avaient un problème appréciable de santé

mentale n'avaient pas reçu le moindre traitement. Je me demande si vous êtes au courant de cette recherche.

**Mme Sheila Fraser:** L'enquête que nous mentionnons a été faite par Statistique Canada, et c'est bien la même.

**Mme Dawn Black:** C'est tiré de cette étude.

**Mme Sheila Fraser:** Oui, c'est bien cela.

**Mme Dawn Black:** Je me demande si vous êtes au courant que 57 p. 100 des gens chez qui on a décelé un trouble n'ont pas reçu...

**Mme Sheila Fraser:** Oui, je vais demander à Mme Loschiuk de répondre à cela.

**Mme Wendy Loschiuk:** Je crois que l'étude dont vous parlez a utilisé les mêmes données que Statistique Canada a utilisées en 2002. Bien sûr, ces chiffres datent de cette période. Je ne peux pas vraiment vous donner une mise à jour. Il vous faudrait demander au ministère quelle est la situation aujourd'hui.

**Mme Dawn Black:** Par ailleurs, vous êtes très préoccupés au sujet de l'accréditation des praticiens de la santé. Cela s'applique-t-il aussi aux praticiens de la santé mentale? Avez-vous examiné cela précisément?

**Mme Sheila Fraser:** Nous n'avons pas fait une ventilation des praticiens par domaine de spécialité, mais nous avons examiné l'ensemble des praticiens de la santé dans le système au complet, qu'il s'agisse des médecins, des infirmières ou de tous les autres. Le ministère, du moins au moment de la vérification, n'avait pas en place un système permettant de s'assurer que les praticiens possédaient les accréditations ou permis d'exercice requis.

Nous avons fait une vérification de tous les médecins pour nous assurer qu'il n'y avait pas de problème à ce niveau et nous avons constaté qu'il n'y en avait pas, mais nous n'avons pas vérifié par exemple la totalité des infirmières pour nous assurer qu'elles possédaient les titres requis. Je sais que le ministère a maintenant mis en place un système par lequel on exigera une accréditation annuelle des professionnels.

**Mme Dawn Black:** Est-ce à la fois pour la santé physique et mentale?

**Mme Sheila Fraser:** Oui, je crois que c'est le cas.

**Mme Dawn Black:** Bien.

Avez-vous constaté une différence quelconque dans la prestation des services ou leurs coûts entre la santé mentale et l'ensemble des services de santé? Avez-vous vérifié cela?

**Mme Sheila Fraser:** Non, nous n'avons pas fait une ventilation entre les services.

• (1555)

**Mme Dawn Black:** Je crois savoir que dans votre prochaine étude — celle que vous venez de terminer portait sur le Canada —, vous examinerez les services fournis à l'extérieur du Canada. Est-ce exact? Dans l'affirmative, vos collaborateurs iront-ils à l'aéroport de Kandahar, ou bien l'ont-ils déjà fait?

**Mme Sheila Fraser:** Nous examinons la chaîne d'approvisionnement, le soutien aux opérations à l'étranger. Nous espérons déposer ce rapport en mai. Oui, le personnel est bien allé à Kandahar.

**Mme Dawn Black:** Vous avez examiné à la fois les services de santé mentale et...

**Mme Sheila Fraser:** Nous n'avons pas examiné les services de santé. C'est plutôt la chaîne d'approvisionnement pour les biens qu'on envoie là-bas et le soutien aux opérations. Nous n'avons pas examiné les services de santé, du moins pas pour le moment.

**Mme Dawn Black:** Vous avez terminé votre étude de la santé. Merci beaucoup pour cette précision.

Avez-vous des recommandations à faire à notre comité pour orienter notre étude: quelles personnes nous devrions interroger, etc.?

**Mme Sheila Fraser:** Assurément de mettre l'accent sur la santé mentale, parce que nous n'avons pas examiné cela en détail. J'hésite un peu à vous donner des conseils à ce sujet.

Le principal problème que nous avons constaté est que le ministère n'avait tout simplement pas les systèmes d'information voulus pour pouvoir bien gérer ce programme. Même les dossiers des patients sont encore en format papier. Vous pourriez donc essayer d'obtenir de l'information sur le nombre de militaires qui souffrent de problèmes de santé mentale, de vérifier s'ils sont traités par le secteur public plutôt que par des professionnels à l'interne... Il est possible de réunir ces renseignements de manière ponctuelle, mais on ne peut pas réunir l'information voulue pour pouvoir vraiment comprendre ce qui se passe, pour discerner les tendances générales. Nous croyons donc qu'il est vraiment essentiel que le ministère mette en place les systèmes voulus.

Ce serait bien que le comité demande aux responsables quand ils vont mettre en place ces systèmes, parce que tant qu'ils ne le feront pas, il leur sera très difficile d'assurer une gestion de l'ensemble du programme, au lieu de gérer clinique par clinique.

**Mme Dawn Black:** C'est donc un problème technologique?

**Mme Sheila Fraser:** C'est facile de dire que c'est un problème technologique, mais il s'agit vraiment de gérer le programme différemment; au lieu de gérer clinique par clinique, il faut gérer le programme comme un tout, pour essayer de discerner les anomalies. Nous avons même examiné la charge de travail individuelle des divers praticiens, pour évaluer si les coûts étaient convenables, et nous avons même évoqué l'idée de faire des sondages plus réguliers auprès des militaires. Je pense que le programme a besoin d'une attention plus poussée dans ce domaine — oui, bien sûr, la technologie aiderait à faire tout cela, mais il faut d'abord la volonté de gérer de cette manière, il faut comprendre qu'il faut aborder la question de manière beaucoup plus générale et non pas individuelle.

**Mme Dawn Black:** Vous avez évoqué la charge de travail. Avez-vous constaté de grands écarts d'une région à l'autre quant à la charge de travail individuelle des praticiens?

**Mme Sheila Fraser:** Oui, et je vais demander à Mme Loschiuk de vous donner des détails.

**Mme Wendy Loschiuk:** Oui, nous l'avons constaté. Quand nous avons examiné l'effectif des différentes cliniques et la justification de cet effectif, nous avons en effet constaté que certaines cliniques avaient beaucoup de patients. Certains médecins peuvent voir jusqu'à 100 patients durant une période donnée, comme il est indiqué dans le chapitre, sauf erreur, tandis que dans une autre région du pays, la charge de travail était beaucoup moindre. Nous n'avons pas expliqué pourquoi. Nous n'avons pas été en mesure d'obtenir de l'information pour établir la raison de cet état de fait, mais nous avons demandé pourquoi l'effectif des cliniques n'était pas établi de la même manière, selon la population. Nous avons aussi demandé au ministère s'il pouvait nous fournir de l'information, si une analyse avait été faite de la charge de travail prévue. Mais on n'a pas été en mesure de nous répondre; je ne pense pas qu'il existait vraiment de l'information là-dessus. Or il serait vraiment utile de savoir cela également. Mais en conséquence, comme le ministère doit travailler avec un modèle fondé sur l'information dont il dispose, nous avons effectivement constaté des anomalies.

**Mme Dawn Black:** Merci beaucoup.

**Le président:** Merci.

Nous passons maintenant à M. Hawn.

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

Je vous remercie toutes les deux d'être venues. J'ai un certain nombre de questions assez brèves, mais je veux d'abord une précision sur un élément qui se trouve dans le rapport du Dr Brunet, à savoir les 57 p. 100 de gens qui n'avaient pas demandé à voir des professionnels de la santé mentale et n'en avaient pas rencontrés, par opposition à ceux qui en avaient fait la demande et avaient obtenu satisfaction. C'est peut-être un peu différent.

Il a été question de doubler le nombre des professionnels de la santé; l'une des recommandations était de mettre en place un plan pour en doubler le nombre d'ici 2009, passant de 229 à 447. Pouvez-vous nous donner une évaluation de l'impact d'une telle mesure? Cette augmentation serait-elle suffisante? Je sais que c'est difficile de donner une réponse catégorique à cette question, mais quelle est votre évaluation de la situation?

**Mme Sheila Fraser:** Je pense qu'il incombe plutôt au ministère de répondre à cela, mais il est certain que l'on s'attendrait à ce que cela réduise peut-être le montant consacré aux contrats signés pour obtenir les services de professionnels, car à l'heure actuelle, une bonne part de ces services sont obtenus par contrat.

**M. Laurie Hawn:** Je reviens à ce que disait M. Bachand, que 40 p. 100 des médecins ne dispensent pas de soins et qu'il faut un équilibre entre les soins et la gestion de l'information quand l'une des lacunes du système est justement, comme vous l'avez dit, la gestion de l'information. Comment concilier tout cela?

Personnellement, j'ai des objections à ce que des médecins fassent beaucoup de gestion de l'information. Évidemment, ils doivent faire leur part, mais est-ce que la solution consiste à confier plutôt cette tâche à des administrateurs médicaux plutôt qu'aux médecins?

• (1600)

**Mme Sheila Fraser:** Je pense que le ministère devrait certainement examiner les tâches des médecins et voir s'il serait possible de confier certaines tâches à des personnes autres que des médecins. Je suis certaine que le ministère peut vous donner une réponse plus précise que moi, mais on vous dira qu'ils s'occupent d'élaboration des politiques et autres choses du genre. Évidemment, il faut que des professionnels de la santé soient présents dans ce domaine, mais je pense que nous voulions encourager les responsables à faire une évaluation pour voir si des médecins s'occupent de tâches qui pourraient être confiées à d'autres, ce qui les libérerait pour qu'ils puissent s'occuper du travail clinique.

**M. Laurie Hawn:** Nous avons aussi discuté de titres, de diplômes et d'accréditations. C'est un problème au Canada, étant donné les exigences provinciales en matière de permis d'exercice et de la mobilité des médecins militaires. Peut-on soutenir que les médecins des Forces canadiennes doivent pouvoir transférer leurs compétences? Je sais que ce n'est pas un dossier que le MDN peut résoudre, mais pour la communauté médicale, si nous pouvions obtenir la transférabilité des permis d'exercice à l'échelle nationale pour les médecins militaires, ou même les infirmières...

**Mme Sheila Fraser:** En fait, je crois savoir qu'ils ne sont pas tenus de posséder des permis d'exercice dans les provinces où ils travaillent actuellement, pourvu qu'ils travaillent pour la Défense nationale. Le fait d'être membre, par exemple, du Collège des médecins et chirurgiens — nous avons cela ici, à l'article 4.44 — est en quelque sorte un indicateur de confiance. Nous avons vérifié pour voir s'ils sont en fait inscrits et possèdent des permis d'exercice et nous n'avons constaté aucun problème pour les médecins. Mais c'est l'équipe de vérification qui a mené à bien cette tâche. Nous nous serions attendus à ce que le ministère lui-même sache que ces employés avaient des permis dans une province quelconque et possédaient tous les titres et qualités nécessaires pour pratiquer la médecine.

**M. Laurie Hawn:** Il faut dire qu'un médecin militaire peut aussi avoir à travailler dans un hôpital civil dans un endroit comme Cold Lake. Pour cela, il lui faut un permis d'exercice provincial.

**Mme Sheila Fraser:** En effet.

**M. Laurie Hawn:** Le problème se pose peut-être davantage à ce niveau.

Votre inquiétude porte-t-elle sur les titres et qualités ou plutôt sur l'accréditation, et y a-t-il une différence entre les deux? Si quelqu'un a un diplôme valide en médecine et qu'il a son permis quelque part...

**Mme Sheila Fraser:** Alors tout va bien. Si quelqu'un travaille, disons, à Petawawa et qu'il a obtenu son permis d'exercice au Nouveau-Brunswick, il n'y a pas de problème. Ce qui nous préoccupe, c'est de savoir si les employés sont vraiment qualifiés pour pratiquer la médecine, et nous nous attendions assurément à ce que le ministère le sache.

**M. Laurie Hawn:** Oui, je vois.

Une autre question qui a été soulevée est la possibilité que ces services soient assurés provincielement, et vous avez évoqué la possibilité que les médecins militaires puissent être déployés librement, ce qui exigerait qu'ils soient des militaires. Il est également important d'avoir des médecins qui parlent la langue du patient, et je ne veux pas dire le français ou l'anglais, je veux dire le langage militaire. Serait-ce un facteur important?

**Mme Sheila Fraser:** Je suppose que ce serait important. Encore une fois, c'est vraiment une question de politiques. Je ne peux pas commenter cela. Mais comme je l'ai dit tout à l'heure, je pense que toute la question de l'accessibilité des soins selon les besoins et la question de la continuité des soins sont certainement deux questions qui ont déjà été soulevées dans le passé et le ministère a fait beaucoup d'efforts dans ce domaine.

**M. Laurie Hawn:** Pourriez-vous nous parler de l'efficacité globale du plan d'action des FC qui découle de votre rapport? Avez-vous une opinion quelconque sur l'efficacité passée ou future de ce plan?

•(1605)

**Mme Sheila Fraser:** Pour parler franchement, pas vraiment. Là encore, les systèmes d'information ne permettent tout simplement pas de faire cela. Nous constatons que le ministère a accepté les recommandations, a certainement fait savoir qu'il prenait l'affaire au sérieux et qu'il a mis en place un plan d'action. Je crois donc pouvoir dire que nous nous attendons à ce que l'on s'attaque à ces questions et nous faisons preuve d'un optimisme prudent à cet égard.

**M. Laurie Hawn:** Vous avez par ailleurs évoqué une préoccupation quant au maintien à jour des compétences médicales. Il y avait certaines lacunes à cet égard. Est-ce parce qu'il n'y a pas assez d'effectifs et que la charge de travail est trop lourde — c'est

probablement la même chose — ou bien, encore une fois, l'absence de gestion des données et tout le reste?

**Mme Sheila Fraser:** Cela nous a posé une difficulté. C'était probablement en partie à cause de la charge de travail. Encore là, il existe un programme qui permet aux intéressés d'obtenir l'expérience nécessaire pour maintenir leurs compétences à jour. Ils ne sont pas assez nombreux à suivre et à compléter ce programme. C'est donc un autre dossier que le ministère doit suivre pour bien comprendre pourquoi les gens n'en profitent pas, pour savoir quel est le taux de succès et s'il serait nécessaire de modifier le programme d'une manière quelconque pour s'assurer que les gens obtiennent la formation dont ils ont besoin pour rester à jour.

**Le président:** Merci, Laurie.

Cela met fin au premier tour. Nous allons maintenant commencer les interventions de cinq minutes. Nous allons tenter d'aller au fond des choses, dans la mesure où le temps nous le permet.

La parole est à M. Rota.

**M. Anthony Rota (Nipissing—Timiskaming, Lib.):** Merci. Je vous remercie d'être ici aujourd'hui.

J'ai une brève question. On a mentionné qu'environ 40 p. 100 des médecins — et c'est un pourcentage qui m'a vraiment frappé — ne travaillent pas comme médecins; ils font du travail administratif. Cela serait acceptable s'il y avait un surplus de médecins, mais il y a pénurie, et les autorités militaires font appel à des contractuels.

Avez-vous été en mesure d'évaluer pourquoi ces médecins, qui ont été formés pour dispenser des soins, bifurquaient vers un travail de nature administrative? Cela faisait-il simplement partie de leur routine quotidienne? Ont-ils choisi de devenir des gestionnaires et des administrateurs pour favoriser leur cheminement de carrière? Ou est-ce simplement parce qu'ils préfèrent ce travail? Quelle est la cause de ce changement?

**Mme Sheila Fraser:** Je vais demander à Mme Loschiuk de répondre.

**Mme Wendy Loschiuk:** Essentiellement, nous nous sommes intéressés à la répartition des médecins et à leurs activités. À ce moment-là, nous voulions savoir quelles étaient les causes de cette pénurie de médecins. Nous avons constaté qu'un certain nombre d'entre eux offraient des soins personnalisés à leurs patients dans les cliniques, mais comme le ministère doit aussi gérer le système de soins de santé, il faut que certains médecins établissent des normes, élaborent des politiques et se chargent d'autres responsabilités administratives. Quant à savoir combien de médecins doivent se consacrer à ces tâches, c'est une question à laquelle il est très difficile de répondre.

Nous n'avons pas été en mesure de faire des comparaisons. C'est une évaluation très difficile à faire car il faut examiner le système proprement dit. En conséquence, c'est un aspect que nous exhortons vraiment le ministère à examiner: pourquoi 40 p. 100 de vos médecins font-ils autre chose que s'occuper des patients, d'où l'obligation du ministère d'embaucher des civils, des médecins contractuels pour soigner les patients?

Quant à savoir pourquoi les médecins choisissent de travailler dans ce domaine, nous n'avons pas vraiment abordé cet aspect en particulier. Les nécessités du service ainsi que de multiples raisons liées à l'avancement de la carrière peuvent justifier cela, mais il faudrait demander aux représentants du ministère si c'est là le niveau optimal.



**M. Anthony Rota:** Autrement dit, ce n'est pas aussi simple que de dire qu'on a besoin de plus d'administrateurs ou de plus de personnel dans un certain domaine. C'est un phénomène qui est simplement apparu et qui fait maintenant partie intégrante du tissu ou de la culture, mais il est impossible de savoir comment cela s'est produit. Est-ce une bonne interprétation de la situation?

**Mme Sheila Fraser:** Notre travail ne consistait pas à identifier la genèse de cette situation. Nous n'avons certainement pas fait d'analyse qui nous permette de voir si cette proportion a augmenté ou diminué avec le temps, mais nous encourageons certainement le ministère à faire cette réflexion. Il faudrait se demander s'il n'y aurait pas moyen d'abaisser ce pourcentage de 40 p. 100 et de réaffecter certains de ces médecins aux soins aux patients.

**M. Anthony Rota:** Je reviens à la question de l'accréditation, car il semble que nous sommes plusieurs à tirer exactement les mêmes conclusions de ce rapport.

Lorsqu'un médecin est accrédité, il est autorisé à exercer. Mais comme dans la plupart des professions, il est nécessaire, au fil des années, de mettre ses connaissances à jour, d'apprendre de nouvelles techniques, bref de se recycler. Est-ce un aspect que vous avez examiné? Pouvez-vous nous dire si l'accréditation de ces médecins avait été mise à niveau au fil des ans? S'étaient-ils tenus au courant des progrès récents dans le domaine de la médecine?

En l'occurrence, ce qui nous intéresse, c'est surtout le volet santé mentale. Dans le domaine de la psychiatrie, les médecins étaient-ils au courant des derniers développements concernant le trouble de stress post-traumatique ou les problèmes de santé mentale? Les médecins veillaient-ils à maintenir leurs connaissances ou étaient-ils simplement accrédités une fois, sans que nous sachions par la suite quel est exactement l'état de leurs connaissances? Vous pourriez peut-être m'expliquer sous quel angle vous avez abordé l'accréditation.

• (1610)

**Mme Sheila Fraser:** Ce qui nous préoccupait, c'est que le ministère n'était pas en mesure de garantir que seul du personnel soignant autorisé à exercer fournissait des services. Nous avons donc vérifié le statut des médecins pour voir s'ils étaient tous autorisés à exercer ou accrédités. Mais nous ne sommes pas remontés en arrière. Nous ne nous sommes pas demandés quels étaient les titres de compétences nécessaires à cet égard ni si les personnels avaient suivi toute la formation dans une province donnée. Nous ne sommes pas allés aussi loin que cela.

Cela dit, le ministère lui-même offre un programme de formation de concert avec le régime de soins de santé provincial qui permet aux gens de faire des stages dans les hôpitaux — dans les salles d'urgence, je suppose — pour maintenir à jour leurs habiletés. C'est un autre domaine où nous avons constaté des lacunes. Les gens ne complétaient pas leur formation ou ne faisaient pas autant d'efforts en ce sens qu'on aurait souhaité. C'est donc un autre domaine où le ministère doit avoir une meilleure information afin de mieux comprendre pourquoi ce programme qu'il a instauré ne produit pas tous les résultats escomptés. Est-ce parce que ces médecins sont débordés de travail ou parce que les professionnels du monde médical en général sont débordés et ne sont pas en mesure de se libérer pour se mettre à jour? Encore là, une analyse plus approfondie est nécessaire.

Mme Loschiuk veut peut-être ajouter quelque chose.

**Le président:** En fait, nous n'avons plus de temps pour cette partie. Gardez en mémoire votre observation et nous tenterons d'y revenir.

Mme Gallant et ensuite M. Bouchard.

**Mme Cheryl Gallant (Renfrew—Nipissing—Pembroke, PCC):** Merci, monsieur le président. Je vais partager mon temps de parole avec le Dr Lunney, s'il reste suffisamment de temps.

Permettez-moi de citer un passage de votre rapport :

En 2005-2006, le système de santé des Forces canadiennes a dépensé en moyenne plus de 8 600 \$ par personne, comparativement à la moyenne canadienne des dépenses estimées en soins de santé qui se situaient à environ 4 500 \$ par personne en 2006.

Lors d'une séance précédente, avant votre arrivée, des témoins nous ont dit que les hôpitaux et les médecins facturent nos soldats à un taux plus élevé que celui de l'OHIP. La note plus élevée que doivent payer nos soldats dans un hôpital civil — et pour leurs soins de santé en général — s'explique-t-elle par les soins nécessaires pour traiter un soldat, ou est-ce peut-être que dans une société civile, le financement est insuffisant, de sorte que les soldats doivent payer ce qu'il en coûte pour obtenir un traitement adéquat, dans un contexte de pénurie de médecins et de places peut-être?

**Mme Sheila Fraser:** Dans le rapport, nous notons un certain nombre de facteurs qui peuvent expliquer ce coût plus élevé. Le premier est tout simplement la disponibilité des services. La Défense nationale ne veut pas que ses militaires attendent des jours, des semaines et des mois pour être traités. Par conséquent, le ratio des médecins par rapport à la population est beaucoup plus élevé que dans le système de soins de santé publique. À la page 15 de la version anglaise, nous précisons ceci: nous avons constaté qu'il y a quatre fois plus de médecins pour 1 000 militaires qu'il y en a dans le système civil pour le même nombre de personnes. Mais 40 p. 100 des médecins militaires assument des tâches administratives.

Il y a aussi la charge de travail des médecins dont nous avons parlé tout à l'heure. La charge de travail varie grandement d'une clinique à l'autre dans l'ensemble du pays. Les coûts associés à la formation du personnel médical militaire sont inclus dans les coûts du ministère, ce qui, encore une fois, n'est pas le cas dans le système de soins de santé publique. À cela s'ajoute les coûts associés aux médecins engagés à contrat, qui sont plus élevés que dans le régime public. Ils sont payés plus cher que même les propres médecins de la Défense nationale.

Ce sont là certains éléments qui entrent en jeu. Je pense que tout le monde peut comprendre que le coût de prestation de tels services à la Défense nationale sera sans doute plus élevé que dans le système de soins de santé publique. Mais nous nous attendions à ce que le ministère soit en mesure de faire une analyse plus poussée et d'expliquer pourquoi cela coûte davantage. Serait-ce parce que les militaires reçoivent des services des systèmes de santé provinciaux et qu'ils sont traités comme des patients de l'extérieur de la province ce qui, vous avez raison, justifierait un coût plus élevé? Ce chiffre de 8 600 \$ est-il raisonnable? C'est ce genre de renseignements que nous aurions voulu.

Nous ne portons pas de jugement à savoir si c'est trop ou pas assez. Mais nous nous attendions à ce que le ministère dispose de cette information et qu'il en assure le suivi pour que l'on sache si ces coûts sont raisonnables.

• (1615)

**Mme Cheryl Gallant:** Dans cette optique, n'est-il pas plus avantageux pour le contribuable que les militaires embauchent davantage de médecins? Cela faisait-il partie de votre évaluation?

**Mme Sheila Fraser:** Si l'on s'attarde simplement au coût d'un médecin contractuel comparé au salaire d'un médecin militaire, il serait bien sûr avantageux d'embaucher plus de médecins.

**Mme Cheryl Gallant:** Le gouvernement actuel de l'Ontario contient l'augmentation des coûts de santé en limitant le nombre des médecins praticiens. S'il est difficile de recruter des médecins dans les forces armées, c'est en partie parce qu'il n'y a tout simplement pas suffisamment de médecins qui sortent des facultés et qui obtiennent leur permis d'exercice pour traiter les patients civils, sans même parler des Forces canadiennes.

Y a-t-il place, dans les automatismes régulateurs que vous envisagez au MDN, pour des systèmes qui mettraient automatiquement de côté des fonds pour financer des places dans les facultés de médecine ou en résidence, dans le but de former des médecins?

**Mme Sheila Fraser:** Nous n'avons pas examiné cela. Nous n'avons pas étudié toute la composante ressources humaines ni la manière dont on s'y prend pour recruter des médecins et les maintenir dans l'effectif. Ce pourrait être l'objet d'une intéressante vérification.

**Mme Cheryl Gallant:** Nous avons donc un problème qui va en s'aggravant. Je me reporte à la Base de Petawawa. La province d'Ontario, par exemple, ne finance pas suffisamment les facultés de médecine et les placements en résidence pour accréditer les médecins qui ont déjà passé tous leurs examens, pour soigner les civils. Ensuite, il n'y a pas assez de psychiatres dans les forces armées pour traiter tous les patients souffrant de TSPT, de sorte que ces gens-là sont renvoyés dans le système civil où il n'y a pas suffisamment de psychiatres au départ. Il y a donc un effet en cascade.

Mes autres collègues ont mentionné le problème de la transférabilité des accréditations. Quelle réponse avez-vous reçue du MDN quant au plan envisagé pour régler ce problème?

**Le président:** Nous devons y revenir. Le temps est écoulé.

Monsieur Bouchard.

[Français]

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

Je vous remercie également d'être parmi nous, madame.

Hier, un témoin nous a parlé de l'importance d'instaurer un système de dépistage systématique des cas de santé mentale. Comme on l'a précisé plus tôt, 57 p. 100 des militaires n'ont pas rencontré de professionnel de la santé mentale. Il nous a dit également qu'il serait très peu coûteux pour la Défense nationale de mettre sur pied un tel système.

Partagez-vous cet avis?

**Mme Sheila Fraser:** D'après ce que j'ai compris lors d'une séance antérieure, la Défense nationale fait systématiquement une entrevue avec tous les soldats qui reviennent de l'Afghanistan, notamment, au moment du retour et quelques mois plus tard. Cependant, nous n'avons pas vraiment examiné cette question dans le cadre de notre vérification. Ce serait sûrement une question à poser aux représentants de la Défense nationale.

**M. Robert Bouchard:** Vous nous avez dit aussi que dans le cadre d'une enquête menée en 2002, seulement 25 p. 100 des répondants avaient déclaré être satisfaits des services qu'ils avaient reçus.

Selon vous, ce résultat est-il satisfaisant, ou faible?

**Mme Sheila Fraser:** À mon avis, on peut conclure qu'il s'agit d'un résultat faible et que les gens du ministère ont eux aussi jugé qu'il n'était pas satisfaisant. En effet, ils ont adopté plusieurs mesures par la suite, une nouvelle approche, en vue d'améliorer les services

de santé mentale. Par contre, je ne crois qu'ils aient fait un autre sondage. Il serait bon qu'ils le fassent de façon systématique pour vérifier si la satisfaction des membres des forces à l'égard des services de santé mentale progresse.

**M. Robert Bouchard:** Vous dites également qu'aucun mécanisme permettant de rassembler tous les intervenants n'a été mis en oeuvre. Avez-vous une idée de la raison pour laquelle, après autant d'années, rien n'a été fait en ce sens?

**Mme Sheila Fraser:** Je n'ai vraiment pas de réponse, mais c'est une excellente question, qui touche plusieurs de nos vérifications. S'il était possible de répondre à cette question, on verrait plus de progrès à plusieurs égards.

• (1620)

**M. Robert Bouchard:** Merci.

[Traduction]

**Le président:** Merci.

Peut-être notre comité serait-il tout indiqué pour rassembler tous les intervenants, comme vous le proposez. Nous avons la liste que vous avez mentionnée et je suis certain que nous entendrons des gens de tous ces organismes pour nous aider dans ce dossier.

Je pense qu'il reste du temps pour un dernier intervenant, après quoi nous devons passer rapidement au témoin suivant.

Monsieur Cannis.

**M. John Cannis (Scarborough—Centre, Lib.):** Merci.

Je souhaite la bienvenue aux témoins.

Au paragraphe 2, à la rubrique des dépenses pour les services de santé, je suppose que cela comprend également les services dispensés aux familles des militaires.

**Mme Sheila Fraser:** Non, parce que techniquement, les membres de la famille ne sont pas couverts par la politique de la Défense nationale. Ils le seraient seulement si c'était jugé nécessaire, sauf erreur, pour le traitement du militaire, mais les membres de la famille ne sont pas couverts autrement.

**M. John Cannis:** D'accord.

Dans votre exposé, au paragraphe 5, vous dites :

Il est important de noter que, dans le cadre d'un sondage mené par le ministère, les militaires ont dit être convaincus que, dans l'ensemble, le système de soins de santé répond à leurs besoins.

Je reviens ensuite au paragraphe 4, dans lequel vous dites avoir constaté que « la Défense nationale a peu d'information pour évaluer l'efficacité ou le coût du système de soins de santé aux militaires ».

L'un contredit l'autre. Pouvez-vous nous expliquer cela?

**Mme Sheila Fraser:** Le sondage qui a été fait visait en fait à mesurer le degré de satisfaction des militaires. Dans le rapport, nous traitons plutôt de l'information de gestion, de la capacité de gérer la charge de travail, de gérer le déploiement des effectifs, de discerner les tendances dans la problématique des soins de santé, d'examiner les coûts. Pour vraiment gérer un système qui coûte environ 500 millions de dollars par année, il faut une bonne information de gestion et celle-ci n'est tout simplement pas présente à l'heure actuelle.

**M. John Cannis:** Ma dernière question est très brève, monsieur le président.

Vous dites ici, à la fin, que vous avez constaté que « 10 ans après que le ministère ait déterminé qu'il fallait assurer une surveillance de son système de soins de santé, aucun mécanisme n'est encore en place... » Quelle en est la raison? Je pense que c'est un élément du problème. Personne ici ne vise à blâmer les gouvernements passés ou actuels, monsieur le président, mais pourquoi? Il me semble pourtant qu'il y a un certain nombre d'années — je suis ici depuis longtemps —, un effort avait été entrepris.

Pourquoi, et quels obstacles doivent être surmontés, et comment pouvons-nous les surmonter pour s'assurer qu'on fasse au moins plus de progrès? Vous remarquerez que je dis « plus de progrès », étant entendu qu'il y a eu des progrès.

**Mme Sheila Fraser:** Je pense que ce serait une excellente question à poser au ministère.

**Le président:** Les gens du ministère sont justement assis derrière vous, en train de prendre des notes sur tout cela.

Merci à M. Cannis et à M. Bouchard d'avoir été brefs.

Je crains qu'il nous reste seulement deux minutes, monsieur Lunney, après quoi nous devrions faire une pause.

**M. James Lunney (Nanaimo—Alberni, PCC):** Je vous souhaite la bienvenue au comité. Vous avez déjà répondu à beaucoup de questions. C'est votre deuxième comparution aujourd'hui. Nous vous avons entendue au début de la journée au comité de l'environnement, accompagnée de l'ambassadeur Mamedov. Je suis content de vous rencontrer de nouveau.

Au comité de l'environnement, la vérificatrice générale a été accueillie comme une véritable héroïne canadienne. Nous voulons certainement rendre hommage au bon travail accompli par le Bureau du vérificateur général.

Je veux toutefois faire une brève observation au sujet d'une question posée par M. Bachand. L'un des députés d'en face demandait ce qu'il en était des 66 millions dépensés à l'externe pour des services de santé, en comparaison des 500 millions de dollars, approximativement, à l'interne. Il me semble que la moyenne canadienne est d'environ les deux tiers des soins de santé qui sont payés par les deniers publics, tandis qu'un tiers de l'argent consacré aux soins de santé, approximativement, est dépensé pour l'achat de soins dans le secteur privé du réseau national. Or nous avons ici une proportion d'environ 12 p. 100 ou 14 p. 100, alors peut-être que nous faisons mieux à ce chapitre dans les forces armées que dans l'ensemble des services de santé au Canada.

Je remarque que durant votre intervention, vous avez annoncé de bonnes nouvelles: un taux global de satisfaction de 85 p. 100 qui se compare probablement favorablement au taux observé à l'extérieur des FC, et les délais d'attente sont plus courts dans les forces armées. Il y a donc de bonnes nouvelles dans votre rapport également.

**Mme Sheila Fraser:** Absolument, et nous savons, au sujet des soins de santé mentale, qu'après ce sondage effectué en 2002, le ministère a reconnu qu'il fallait apporter des améliorations et il a donc mis en place des mesures pour ce faire. Je pense que ce qu'il faut maintenant, c'est de vérifier si les mesures prises ont donné les résultats attendus.

• (1625)

**M. James Lunney:** Une dernière question. Des représentants de l'AMC sont venus sur la Colline cette semaine. Ils réclamaient notamment de l'argent du gouvernement fédéral pour des dossiers électroniques. Il semble assurément que cela pourrait être une recommandation que le comité pourrait reprendre à son compte. Un

investissement dans des dossiers de santé électroniques pourrait être très utile.

**Mme Sheila Fraser:** Il est intéressant de signaler que nous travaillons avec les vérificateurs généraux provinciaux de la plupart des provinces pour vérifier toute la question des dossiers de santé électroniques d'un bout à l'autre du pays, parce que beaucoup d'argent est consacré à cela. Il faut vérifier si cet argent est bien géré, car c'est une question qui nous concerne tous.

**Le président:** Merci.

Je vous remercie beaucoup toutes les deux d'être venues. Notre comité, comme, j'en suis sûr, tous les Canadiens, a toujours hâte de prendre connaissance de vos rapports et nous vous souhaitons le meilleur succès. Continuez le bon travail que vous faites pour notre pays. Merci.

Nous allons accueillir rapidement le deuxième groupe de témoins.

• \_\_\_\_\_ (Pause) \_\_\_\_\_  
•

**Le président:** Je souhaite la bienvenue à notre deuxième groupe de témoins, et notamment au général Jaeger et au colonel Fillion, que nous revoyons avec plaisir. Je vois que vous avez rédigé et distribué une déclaration. Nous vous donnerons le temps de nous en faire part, après quoi les députés poseront des questions.

La sonnerie nous appellera pour aller voter à 17 h 15 et nous poserons le plus de questions possible. Vous avez la parole.

**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):** Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du comité, je vous remercie de me donner l'occasion de me présenter encore une fois devant vous, cette fois-ci pour discuter du rapport de la vérificatrice générale sur les soins de santé militaires. Je suis désolée, mais je n'ai pas l'agilité intellectuelle qu'il m'aurait fallu pour intégrer dans mon allocution des détails de ces excellentes questions qu'on vient de poser, mais je suis certain qu'on aura l'occasion d'y revenir durant la période de questions.

Je suis accompagné du lieutenant-colonel Joel Fillion, notre officier supérieur d'état-major en matière de santé mentale. À ce titre, Joel est responsable de la coordination de plusieurs aspects liés à la santé mentale au sein des services de santé des Forces canadiennes, incluant l'analyse stratégique, l'élaboration des politiques et des programmes, la formation, et l'attribution des ressources. En somme, c'est lui qui est chargé de mettre en oeuvre l'initiative de santé mentale lancée dans le cadre du projet Rx2000, et c'est donc lui qui se débat comme un beau diable pour essayer de trouver des professionnels de la santé mentale supplémentaires dans des endroits comme Petawawa et Valcartier. Ce n'est pas une tâche facile.

[Français]

Tout d'abord, le ministère de la Défense nationale accepte entièrement les recommandations énoncées dans le rapport de la vérificatrice générale. Nous croyons que le rapport donne une évaluation juste et équilibrée de l'état du système de soins de santé militaire, lequel continue son processus de réforme.

Les commentaires contenus dans le rapport de Mme Fraser sont nettement positifs dans bien des domaines. Plus particulièrement, elle indique que les préoccupations précédentes au sujet de l'accessibilité et de la continuité des soins de santé ont été prises en compte par la réforme des soins de santé des Forces canadiennes, qu'un pourcentage élevé de militaires des Forces canadiennes se disent satisfaits des soins de santé qu'ils reçoivent et que le nouveau modèle pour les soins de santé mentale est considéré comme une pratique exemplaire.

[Traduction]

En effet, de nombreuses initiatives apportées par la réforme des soins de santé des FC, comme la pratique de collaboration pluridisciplinaire et les dossiers médicaux électroniques, ont été préconisées dans le Rapport Kirby de 2002, intitulé *La santé des Canadiens - le rôle du gouvernement*, et le rapport Romanow de 2002, intitulé *Guidé par nos valeurs: l'avenir des soins de santé au Canada*. Ces pratiques sont toujours préconisées par le Conseil canadien de la santé.

Le projet Rx2000 et le Système d'information sur la santé des Forces canadiennes représentent des réformes très importantes, et, bien qu'il reste du travail à accomplir pour compléter la mise en oeuvre de ces programmes, nous sommes certains que les nombreux changements en cours nous permettront de donner suite aux recommandations de la vérificatrice générale.

•(1630)

[Français]

Comme vous le savez, le rapport contient huit recommandations centrées sur quatre thèmes clés, soit la gouvernance, le coût du système de soins de santé, la mesure du rendement et l'accréditation des fournisseurs de soins de santé. Nous avons un plan d'action général comprenant des résultats escomptés et des échéanciers pour chaque recommandation. Nos remarques aujourd'hui porteront principalement sur des actions précises entamées jusqu'à présent que nous croyons être de l'intérêt du comité.

[Traduction]

Avant la publication du rapport de la vérificatrice générale, la décision à savoir quels services de soins de santé et dentaires, incluant les traitements et les articles, seraient fournis par les deniers publics aux personnes y ayant droit, incombe principalement aux fournisseurs de santé, notamment moi-même qui suis assise devant vous.

Suite au dépôt du rapport et à l'examen des attributions de tâches du comité de révision de la gamme de soins de santé, lequel détermine les bénéficiaires en soins de santé, le chef du personnel militaire a demandé et reçu l'approbation d'élever la gouvernance du comité au niveau du Conseil des Forces armées représentant le leadership supérieur des Forces canadiennes. Le fait que le Conseil des Forces armées prenne des décisions au sujet de l'admissibilité aux soins de santé des militaires permettra aux Services de santé des FC de déterminer si les coûts engagés sont réellement liés aux besoins des patients et aux exigences opérationnelles.

La réunion inaugurale de ce comité a eu lieu le 4 février 2008. Nous continuons à améliorer notre capacité d'analyser et de capturer les données relatives au coût, bien que le Système d'information sur la santé des FC, une fois la mise en oeuvre complétée en 2011, sera l'outil idéal pour générer plus de données relatives au coût, améliorant ainsi le soutien au processus décisionnel.

Un certain nombre des recommandations du rapport de la vérificatrice générale portent sur le choix des indicateurs de

rendement, sur l'établissement de normes liées aux soins de santé et sur la comparaison des activités et de ces normes et indicateurs. Un nouveau groupe de consultation sur la mesure de rendement des services de santé a été constitué en janvier 2008 et a entrepris l'élaboration d'un cadre de mesure du rendement, dans le but de déterminer les indicateurs de rendement applicables, et d'établir des normes de référence et des exigences en matière de production de rapports. La liste d'indicateurs choisis sera conforme aux indicateurs de santé primaire pancanadiens et aux indicateurs de la santé de la population, qui ont été récemment élaborés par l'Institut canadien d'information sur la santé.

Il est important de noter que les Services de santé des FC compteront parmi les organismes qui prendront les devants pour ce qui est d'institutionnaliser ces pratiques dans un milieu de soins de santé primaire pluridisciplinaire. La collecte de données liée à certains indicateurs de santé mentale est incluse dans le Sondage sur la santé et le style de vie des Forces canadiennes prévu pour cette année.

L'examen de santé périodique, qui a actuellement lieu tous les cinq ans, mais qui se fera désormais à tous les deux ans, a été récemment modifié afin de permettre une plus grande saisie de données relatives à la santé mentale et aux déploiements. Ces données seront incorporées aux indicateurs de rendement au fur et à mesure que le cadre de mesure de rendement sera élaboré.

En ce qui a trait aux déploiements, le registre initial des FC de trauma en théâtre, fondé sur les résultats cliniques et scientifiques a permis des changements à la formation et aux protocoles préhospitaliers en soins de santé. Ce dernier a été remplacé par le Système américain interarmées de trauma en théâtre doté d'un plus grand nombre de champs de saisie de données et d'indicateurs de qualité. Ce système comprend aussi un cadre d'assurance de qualité et d'amélioration afin de générer la production et la mise à jour des pratiques cliniques fondées sur l'analyse objective des données.

[Français]

De plus, les progrès incluent l'élaboration d'un programme d'amélioration de la qualité du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes et un processus de vérification des dossiers et d'évaluation par les pairs qui examine la qualité des soins de santé, lequel sera mis à l'essai à trois bases à compter du mois prochain. Une mise au point et une application à l'échelle du réseau suivront. Tout comme il l'a déjà fait, le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes continuera de mesurer les aspects de la qualité à l'aide de mécanismes tels que des sondages sur la satisfaction des patients, des rapports de vérification du Conseil canadien d'accréditation des services de santé et des évaluations internes telles que des visites d'aide d'état-major ou, autrement dit, des inspections.

[Traduction]

En ce qui concerne l'accréditation des fournisseurs de soins de santé, une cellule d'accréditation nationale des FC a été créée récemment. Jusqu'à présent, cette cellule a fait la vérification des permis d'exercer de 100 p. 100 des médecins et dentistes, de 96,7 p. 100 des pharmaciens et de 79,9 p. 100 du personnel infirmier. La publication d'une nouvelle politique en matière d'accréditation des FC est prévue prochainement.

Je suis certaine que nous avons accompli des progrès importants et je suis extrêmement fière de pouvoir démontrer que le taux de mortalité chez les blessés en Afghanistan est aussi bas que celui de tout autre pays travaillant dans cette partie du monde, et aussi bas que celui de n'importe quel centre de traumatologie de premier rang au Canada.

La mission du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes consiste à fournir une gamme complète de services de soins de santé de qualité aux Forces armées du Canada, peu importe où elles servent. Je n'ai aucun doute que nous accomplissons notre mission et que nous travaillons diligemment afin de démontrer cela de façon objective.

• (1635)

[Français]

Voilà qui termine mes observations préliminaires. Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez aux Services de santé des Forces canadiennes ainsi que de l'occasion d'être entendue par ce comité. Je suis prête, avec le lieutenant-colonel Fillion, à répondre à vos questions.

[Traduction]

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous allons passer tout de suite aux questions.

Nous allons commencer par M. Coderre.

[Français]

**L'hon. Denis Coderre:** Général Jaeger et colonel Fillion, bonjour.

[Traduction]

Général Jaeger, vous avez accumulé trois fonctions.

[Français]

Vous êtes médecin-chef, vous êtes le commandant du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes et vous êtes la directrice générale des Services de santé. Donc, vous êtes responsable de tout ce qui concerne l'autorité fonctionnelle de la prestation des programmes et de tout ce qui touche les pratiques.

Je ne mets pas la personne en question, mais sur le plan structurel, est-il adéquat d'occuper ces trois fonctions? Si on a créé trois fonctions, était-ce parce qu'on voulait qu'elles soient remplies chacune par des personnes distinctes? En avez-vous un peu trop sur les épaules?

**Bgén Hilary Jaeger:** C'est une question très intéressante et je vous en remercie. Le plus haut niveau du système des Services de santé des Forces canadiennes a changé de structure plusieurs fois au cours des cinq ou six dernières années. Quand j'étais major et lieutenant-colonel, un major général et trois brigadiers généraux géraient le système. Ils ont divisé les fonctions.

À l'époque de la réingénierie, on a beaucoup réduit le nombre de généraux, de sorte qu'il n'en restait qu'un seul, le général Auger. En 1999, le chef d'état-major de la Défense a nommé un directeur des Services de santé qui, pour la première fois, n'était pas médecin: le major-général Mathieu. Elle était aussi le seul général. On a essayé avec un médecin-chef qui était un colonel. Après une période d'expérimentation, on a recréé le poste de médecin-chef à titre d'officier général, mais il y avait aussi, à l'époque, la directrice générale et le commandant du groupe. Le général Mathieu et moi avons travaillé dans ce cadre.

Après le départ du général Mathieu, le commodore Kavanagh et moi avons travaillé en équipe. Après la retraite du commodore Kavanagh, j'ai dû remplir toutes les fonctions. La semaine dernière, on a appris que pendant la période de mutation qui aura lieu cet été, le major-général Devlin sera nommé directeur général des Services de santé. Je continuerai à occuper le poste de médecin-chef et de commandant du Groupe des Services de santé.

**L'hon. Denis Coderre:** Pour des raisons d'imputabilité, lorsque vous faites vos *check and balance*, c'est toujours mieux si... Ou on

change complètement la structure décisionnelle, ou on nomme des gens à des postes différents. La politique de suivi exige des...

**Bgén Hilary Jaeger:** Cela nous permettra de diviser la responsabilité pour...

**L'hon. Denis Coderre:** Oui. On dit la même chose.

Je vous ai posé des questions spécifiques lorsque vous avez comparu devant le comité pour la première fois. On a eu le bonheur d'entendre le colonel Girvin répondre aux questions, notamment au sujet des fameux médicaments.

Avant toute chose, combien de soldats sous médication a-t-on renvoyés à Kandahar après qu'ils eurent souffert du syndrome post-traumatique ou de toute autre forme de trouble dépressif majeur ou d'anxiété généralisée?

**Bgén Hilary Jaeger:** Monsieur, je regrette, mais je ne suis pas en mesure de vous donner des chiffres détaillés.

**L'hon. Denis Coderre:** Allez-vous envoyer ces chiffres au comité?

**Bgén Hilary Jaeger:** Je peux essayer de le faire, mais ce n'est pas nécessairement facile.

**L'hon. Denis Coderre:** C'est important parce que c'est une question d'intérêt public.

[Traduction]

Et la raison pour laquelle je pose cette question, c'est que quand le colonel Girvin disait qu'elle pensait qu'il y en avait quelques-uns... Essentiellement, je ne crois pas qu'il y ait un suivi suffisant des patients auxquels on a prescrit des médicaments.

Elle a dit, et je cite :

... la plupart de ces médicaments sont probablement des somnifères, par exemple... Je crois qu'il est probable que beaucoup d'entre eux ne prennent pas leurs médicaments quand ils sont en permission. En fait, ils prennent cette décision en se demandant si le médicament peut, d'une manière ou d'une autre, leur nuire dans l'accomplissement de leur travail.

• (1640)

[Français]

Il est important, général, d'avoir des précisions là-dessus. Ce sont des écoles de pensée. Cela se tient par rapport à notre décision professionnelle, mais si on envoie des soldats sous médication occuper des fonctions de transport, notamment, et que par la suite ils ne prennent pas leur médication, je m'inquiète pour la sécurité de ces personnes et pour celle des gens qui les entourent. C'est le but de ma question.

**Bgén Hilary Jaeger:** Un des aspects importants du travail d'un professionnel en santé mentale ou d'un médecin en poste là-bas est de considérer tous les avantages et les inconvénients d'un plan d'action, à savoir si on doit prescrire des médicaments ou si on doit limiter les fonctions du poste.

[Traduction]

**L'hon. Denis Coderre:** Ma question porte sur le suivi. Si nous donnons des médicaments à des gens et qu'ils ne les prennent pas, nous devons nous assurer de faire un suivi quelconque de leur comportement, n'est-ce pas?

**Bgén Hilary Jaeger:** Pour répondre plus précisément à la question qui vous intéresse, ce sont des gens qui ont été déployés sur le théâtre d'opérations qui ont, par la suite, demandé de l'aide pour un problème quelconque et à qui on a prescrit un médicament psychoactif pendant qu'ils étaient sur le théâtre d'opérations et qui sont ensuite renvoyés en service à l'extérieur du périmètre.

Cherchez-vous à connaître le nombre de personnes qui sont dans cette situation?

[Français]

**L'hon. Denis Coderre:** J'ai une dernière question.

[Traduction]

Vous avez dit que nous avons maintenant un processus national d'accréditation.

**Bgén Hilary Jaeger:** Oui.

[Français]

**L'hon. Denis Coderre:** Selon mes sources, des médecins auraient fait l'évaluation de certains soldats sans y être autorisés. On m'a parlé du dr Deilgat, qui ne serait pas accrédité au Québec. On ne remet peut-être pas en question ses capacités, mais j'aimerais savoir comment un médecin peut faire l'évaluation de ces soldats au Québec sans être autorisé à pratiquer par cette province.

**Bgén Hilary Jaeger:** Si un médecin qui a un permis l'autorisant à pratiquer la médecine fait du travail uniquement pour les Forces canadiennes dans un lieu fédéral, par exemple sur la base de Valcartier, le fait qu'il ait un permis du Québec n'importe pas. Pour nous, un permis du Nouveau-Brunswick ou de l'Ontario serait tout aussi approprié.

**L'hon. Denis Coderre:** Donc, des médecins des Forces canadiennes pourraient ne pas avoir l'autorisation de pratiquer, notamment au Québec, et pourraient néanmoins faire des évaluations.

**Bgén Hilary Jaeger:** Oui, s'ils évaluent des militaires.

**L'hon. Denis Coderre:** Et qu'en est-il s'ils le font à l'extérieur de la base?

**Bgén Hilary Jaeger:** Dans ce cas, ils ont besoin d'un permis de la province de Québec.

[Traduction]

**Le président:** Merci, monsieur Coderre.

[Français]

**L'hon. Denis Coderre:** Merci.

[Traduction]

**Le président:** Merci, général.

Monsieur Bachand.

[Français]

**M. Claude Bachand:** Je vous souhaite de nouveau la bienvenue, mon général.

Nous sommes parfois inquiets du fait que le rythme des rotations a tendance à s'accroître. On discute beaucoup en vue de déterminer s'il faut étirer ces rotations, étant donné le manque de soldats. On peut penser qu'il est tentant pour les Forces canadiennes de demander à ses psychiatres ou professionnels de la santé mentale de donner aux soldats un médicament qui va les maintenir au combat, même si ça frise l'inacceptable.

Nous voulons être assurés que pour les soldats qui retournent au front et prennent ces médicaments, la situation est entièrement sûre.

Autrement dit, nous voulons être sûrs que les militaires atteints d'une maladie mentale ou du syndrome de stress post-traumatique sont entièrement réadaptés lorsqu'ils retournent sur le théâtre des opérations, même s'ils prennent ces médicaments.

**Bgén Hilary Jaeger:** Si vous le permettez, monsieur Bachand, je vais vous répondre en anglais parce que c'est un peu plus facile pour moi.

• (1645)

[Traduction]

Il faut faire très attention de faire la distinction entre ce que l'on sait avec certitude et ce que la recherche semble indiquer, mais qui n'est pas encore tout à fait prouvé. Il ne faut pas confondre les deux.

Nous croyons que le fait d'avoir reçu dans le passé un diagnostic de trouble de stress post-traumatique entraîne un risque un peu plus élevé de voir réapparaître ce trouble si la personne est de nouveau confrontée au stress du combat par la suite. Ce n'est pas à 100 p. 100; ce n'est pas une garantie.

Ce que nous ne savons pas, c'est l'ampleur exacte de cette différence.

Nous savons aussi que d'autres éléments dans les antécédents de santé mentale ont une incidence semblable. Je pense que le Dr Brunet a fait allusion à des antécédents de mauvais traitements quelconques durant l'enfance qui constituent un facteur de risque élevé. Or c'est un facteur que nous ne cherchons pas à déceler dans notre processus de sélection, pour une foule de raisons.

Nous savons donc qu'il y a des facteurs de risque. Il s'agit en fait de porter un jugement professionnel avec sérieux — et les responsables prennent leurs responsabilités très au sérieux — afin d'évaluer si une personne qui a déjà été traitée et a bien récupéré, est retournée au service actif et s'acquitte bien de son travail, est suffisamment rétablie pour être renvoyée sur le théâtre d'opérations. C'est une décision sérieuse, qui n'est pas prise à la légère.

Mais si l'on arrive avec une politique générale selon laquelle dès qu'une personne a eu un diagnostic de santé mentale et a nécessité un traitement pendant une période quelconque, cette personne ne peut jamais retourner sur le théâtre d'opérations, eh bien c'est la meilleure recette pour perpétuer le stigmate et pour que le problème prenne le chemin de la clandestinité. Nous nous gardons donc bien de faire cela.

C'est au cas par cas. Nous nous fions au jugement éclairé de nos professionnels de la santé mentale pour décider si les intéressés sont prêts à retourner.

[Français]

**M. Claude Bachand:** Il y a quand même une gestion du risque, et vous avez confiance en vos médecins. Cependant, un médecin peut décider qu'un militaire ne doit pas être renvoyé au combat comme il peut prendre le risque de décider le contraire. Peut-il arriver que la sécurité de l'entourage d'une personne renvoyée au front soit menacée? Savez-vous s'il y a eu des cas où les choses se sont vraiment mal passées au retour au front et où il a été nécessaire de renvoyer définitivement des militaires au pays?

**Bgén Hilary Jaeger:** Je ne suis pas au courant d'une telle situation. On a renvoyé au front des gens ayant une histoire de santé mentale qui ont eu des problèmes et ont été retirés du combat. Par contre, ce n'était pas soudain. Ils ont décidé, après un certain nombre de semaines, que ça n'allait pas bien et qu'il était préférable de revenir au Canada.

**M. Claude Bachand:** Donc, vous ne niez pas que des soldats chez qui un problème de santé mentale avait été diagnostiqué et qui prenaient des médicaments ont été renvoyés sur la ligne de front?

**Bgén Hilary Jaeger:** Ça s'est produit. Il est vrai que ça peut présenter un risque pour les personnes elles-mêmes et pour leur entourage, mais il est vrai également qu'une crise cardiaque soudaine peut aussi mettre les pairs en danger.

**M. Claude Bachand:** Combien de temps me reste-t-il, monsieur le président?

[Traduction]

**Le président:** Il vous reste deux minutes.

[Français]

**M. Claude Bachand:** La question qui m'importe le plus est la répartition des patients. J'ai mentionné à Mme Fraser plus tôt que des médecins voyaient jusqu'à 100 patients par jour alors que d'autres en voyaient 40. Ce problème ne touche peut-être pas uniquement les militaires. En effet, nous devons prendre des mesures au Québec pour inciter les médecins à s'établir en région, de façon à ce qu'ils ne se retrouvent pas tous en milieu urbain.

Avez-vous fait des démarches pour répartir plus également le nombre de patients, de façon à ce que chacun des soldats ait droit aux mêmes traitements que les autres et que les choses soient équitables?

**Bgén Hilary Jaeger:** Il n'est pas facile d'évaluer le nombre de patients qu'un médecin traite dans une journée, parce que tous ne sont pas tout à fait égaux. Pour les gens qui ont mal au cou ou souffrent d'un problème mineur aux genoux, c'est relativement facile. Pour ceux qui sont atteints de diabète ou chez qui le cancer se manifeste de nouveau, les traitements sont beaucoup plus longs.

On peut parler des moyens. À cet égard, les choses ne sont pas complètement égales d'une base à l'autre. Au début de la réforme, on a déterminé qu'il y aurait 1 500 personnes par unité de soins de santé. C'était un chiffre un peu arbitraire.

• (1650)

[Traduction]

Je vais passer à l'anglais.

C'était un peu arbitraire et la vérificatrice générale en a fait la remarque. Nous savons que 1 500 personnes dans une base très occupée comme Saint-Jean produisent plus de travail que 1 500 personnes dans une base relativement tranquille comme peut-être Greenwood. Nous savons aussi que 1 500 officiers de 50 ans à Ottawa produisent plus de travail que l'une ou l'autre de ces bases. Il faut donc tenir compte de la composition démographique de la base.

Nous savons aussi que notre système de rémunération, en particulier pour nos médecins contractuels, est très inefficace parce qu'on applique un tarif journalier. Si l'on veut diriger un système de soins de santé au plus bas coût possible, on ne paye pas les gens selon des tarifs journaliers. Mais nous ne sommes pas intéressés non plus à établir une médecine du type ligne d'assemblage. Il n'est pas question que j'arrive avec une politique stipulant qu'il faut voir 100 patients par jour, parce que les résultats seraient merdiques. Pardon. Les résultats ne seraient pas très bons...

**Le président:** Vous avez dit critique, n'est-ce pas?

**Bgén Hilary Jaeger:** Non. J'allais dire quelque chose d'un peu moins convenable à des audiences télévisées, mais...

**Des voix:** Oh, oh!

**Le président:** Merci, monsieur Bachand.

Mme Black est la suivante.

**Mme Dawn Black:** Merci beaucoup d'être venu témoigner devant notre comité aujourd'hui.

Nous sommes allés à Kandahar l'année dernière, je veux dire les membres du comité, et nous avons vu les services médicaux là-bas et nous avons rencontré des travailleurs sociaux et des médecins. J'ai été certainement très impressionnée par leur engagement et le niveau de soins qu'ils étaient en mesure de dispenser dans un milieu aussi confiné et intense.

Une question qui m'intéresse beaucoup est de savoir ce qui se passe dans les bases d'opérations avancées. Notre étude porte particulièrement sur le trouble de stress post-traumatique, les blessures au cerveau et les services de santé mentale. Nous avons fait un tour en hélicoptère, mais nous ne sommes pas allés jusqu'à la base d'opérations avancée; nous avons dû revenir à cause du mauvais temps.

Pouvez-vous nous en parler un peu? Quels services de santé sont dispensés là-bas, dans de telles conditions, et qu'arrive-t-il quand quelqu'un manifeste des signes de troubles mentaux dans l'une de ces bases d'opérations avancées?

**Bgén Hilary Jaeger:** Merci.

Dans chacune des bases d'opérations avancées, il y a une équipe médicale. Habituellement, le chef de cette équipe est un soignant de catégorie intermédiaire, ce que nous appelons un adjoint au médecin. Ce n'est pas très connu au Canada, mais c'est bien accepté aux États-Unis. Je pense que vous en entendrez parler de plus en plus dans le système de santé canadien.

Jusqu'à maintenant, nous les avons formés nous-mêmes et nous sommes très fiers de leurs capacités. Ce sont des sous-officiers de grades supérieurs, habituellement des adjudants, et ils commandent une équipe de techniciens médicaux d'une taille variable. Ils sont assez habiles pour poser un diagnostic, et ils sont très bons pour ce qui est de déceler ce qui ne va pas chez les soldats, parce qu'ils ont eux-mêmes été soldats pendant longtemps.

S'ils voient quelqu'un qu'eux-mêmes ou la chaîne de commandement soupçonne d'avoir des problèmes, ils mettent habituellement cette personne sous observation. Ils l'installent à l'écart, sous une tente, ou parfois dans un secteur entouré de barrières de béton et de Hesco Bastion. Ils observent habituellement le type pendant un jour ou deux, après quoi ils prennent une décision à savoir s'il s'améliore et s'il avait seulement besoin d'un peu de repos pour se reprendre en main, ou bien s'il doit être examiné de plus près.

On ne prend pas à la légère la décision de transporter quelqu'un à l'arrière du front, parce que parfois, le transfert d'un endroit à l'autre peut être l'une des manoeuvres les plus dangereuses. On essaye d'utiliser un hélicoptère, ce qui est moins risqué.

Au-dessus de l'équipe de base qui se trouve à la base d'opérations avancée, et qui est dirigée par l'adjoint au médecin, on trouve les membres de l'équipe de santé mentale, qui passent la plus grande partie de leur temps à l'aérodrome de Kandahar: le psychiatre, le travailleur social, l'infirmier ou infirmière en santé mentale. Ces derniers font de temps à autre des tournées des bases avancées pour reconnaître les lieux; ils se présentent et font le tour des installations. Ils sont évidemment accompagnés des aumôniers, qui possèdent eux-mêmes d'assez bonnes antennes pour déceler d'éventuels problèmes.

**Mme Dawn Black:** Nous les avons rencontrés également.

Les praticiens de la santé dont vous parlez peuvent-ils prescrire des médicaments?

**Bgén Hilary Jaeger:** Ils peuvent prescrire de manière indépendante une gamme limitée de médicaments. Les psychotropes ne font pas vraiment partie de cette liste. S'ils en ont besoin, ils doivent renvoyer le patient à l'arrière.

**Mme Dawn Black:** Merci beaucoup.

Durant les audiences, j'ai déjà demandé quels changements ont été apportés dans les Forces canadiennes au cours des dix dernières années sur le plan des services de santé mentale et des diagnostics dans ce domaine. Vous avez manifestement beaucoup d'expérience. Je me demande si vous pourriez nous donner des exemples concrets, nous raconter des histoires qui nous permettraient de mieux appréhender les changements qui ont été faits.

**Bgén Hilary Jaeger:** C'est difficile de dire ce qui n'a pas changé. Cela ferait peut-être une réponse plus courte.

Quand j'ai commencé à traiter des patients militaires, au milieu des années 1980, je ne voyais presque jamais de soldats qui admettaient avoir un problème de santé mentale. Ils venaient nous voir et disaient qu'ils avaient mal au dos. Ils nous arrivaient parce qu'ils buvaient trop et qu'ils étaient impliqués dans des batailles dans les bars. Oui, ils avaient des problèmes de santé mentale, mais il n'était pas question qu'ils l'admettent. Cela a changé radicalement. Il y a encore une certaine résistance, mais elle est très atténuée. Cela a à voir avec une plus grande sensibilisation. C'est attribuable au travail d'une foule de gens, comme le sénateur Dallaire.

Je sais que vous avez posé des questions sur la confidentialité. Les membres du comité seront peut-être intéressés d'apprendre qu'en 2000, il y a eu un changement complet. Avant 2000, les commandants avaient le droit de connaître les diagnostics et ils pouvaient en quelque sorte fouiller dans les dossiers médicaux des soldats pour en connaître les détails. Un CANFORGEN, un message général des Forces canadiennes émis en 2000 a changé tout cela. Je ne crois pas que ce soit pure coïncidence que notre charge de travail en santé mentale ait beaucoup augmenté depuis cette date. Les soldats peuvent venir nous trouver beaucoup plus facilement.

Nous avons effectué l'enquête menée par Statistique Canada, dont on a beaucoup parlé ici même, précisément pour savoir ce que nous devions établir. Il nous fallait savoir quelle était la situation avant de concevoir un programme pour améliorer nos capacités.

**Mme Dawn Black:** Est-ce la même étude dont le Dr Brunet a parlé, qui a révélé que 57 p. 100 des gens qui manifestaient des troubles quelconques de santé mentale ne demandaient pas de traitement ou n'en recevaient pas?

• (1655)

**Bgén Hilary Jaeger:** C'est la même étude qui a été faite en 2002. Statistique Canada a fait du très bon travail pour nous en réalisant une enquête extraordinaire. Joel et son équipe n'auraient pas pu... le défi, maintenant, est de trouver ces presque 200 dispensateurs de soins de santé mentale supplémentaires... si nous n'avions pas extrapolé de cette enquête quels étaient les véritables besoins sur le terrain.

**Mme Dawn Black:** Cette enquête portait-elle sur les militaires canadiens ici au Canada, excluant ceux qui sont en mission à l'étranger?

**Bgén Hilary Jaeger:** C'était un échantillon des Forces canadiennes. Je ne crois pas qu'on ait systématiquement exclu les militaires déployés.

**Mme Dawn Black:** Le Dr Brunet nous a dit que c'était le cas.

**Bgén Hilary Jaeger:** La plupart des gens qui ont répondu étaient au Canada, et l'échantillon comprenait à la fois des soldats des forces régulières et des réservistes.

**Mme Dawn Black:** À l'occasion de votre premier témoignage devant le comité, le général Semianiw a dit que la famille était la pierre d'assise de l'efficacité opérationnelle.

Quand le lieutenant-colonel Girvin a témoigné à notre dernière séance, elle a dit que le trouble de stress post-traumatique se manifeste le plus souvent sous forme de colère et d'irritabilité, et le plus souvent, c'est un membre de la famille qui le constate.

Quel traitement cela exige-t-il? Faut-il traiter toute la famille, ou bien le conjoint, ou les enfants, quand on a affaire à un militaire qui souffre de trouble de stress post-traumatique?

**Le président:** Je suis désolé, il faudra revenir à cette question plus tard.

**Bgén Hilary Jaeger:** Nous nous réchauffons à peine.

**Le président:** Vous étiez sur votre lancée.

La parole est à M. Lunney.

**M. James Lunney:** Merci beaucoup, monsieur le président. Je sais que nous avons peu de temps et je vais donc me lancer tout de suite. Je suis content que vous soyez ici.

Je reviens à votre observation sur le taux de traumatisme et de mortalité en Afghanistan. Nous sommes fiers à juste titre du bon travail effectué sur la ligne de front. Nous vous sommes donc certainement reconnaissants de l'excellent travail que font nos services sur la ligne de front pour ce qui est de remettre nos soldats en état de servir.

Pour revenir aux propos de la vérificatrice générale, qui se demandait ici même qui commande vraiment les services de soins de santé, si j'ai bien compris votre réponse, vous avez dit que la supervision a été confiée à un comité de la gamme de soins. Pourriez-vous nous expliquer de quoi il s'agit?

**Bgén Hilary Jaeger:** Je vais faire de mon mieux. La gouvernance est l'un de mes sujets favoris, et le risque est donc assez élevé que je me lance dans des digressions sans fin.

Le comité de révision de la gamme de soins de santé dispose de certains pouvoirs sur des aspects de la gouvernance. Il décide quels soins sont dispensés aux membres des Forces canadiennes aux frais du public et il en détermine le volume.

Dans le passé, on me donnait essentiellement un montant et l'on me disait: « Arrangez-vous avec cela et si vous devez faire des compromis pour que ce soit abordable, assurez-vous seulement de ne pas faire les manchettes ». C'était en quelque sorte les règles de gouvernance.

Nous avons écrit et codifié la gamme de soins pour que ce ne soit plus arbitraire et que les gens sachent à quoi s'attendre. Ensuite, nous avons mis en place le comité chargé de prendre les décisions en la matière.



Nous nous sommes creusés la tête pendant quelque temps pour trouver le juste niveau de représentation à ce comité. Vous devez comprendre que les Forces canadiennes ne sont pas caractérisées par une culture d'un conseil de gouvernance; nous sommes plutôt habitués à une chaîne de commandement. J'ai un patron et, pour la plupart des membres des Forces canadiennes, pourvu qu'ils fassent ce que leur patron leur dit de faire, quel est le problème? Le problème est qu'il s'agit ici du système de soins de santé des membres des Forces canadiennes; ce n'est pas seulement le fonctionnement du groupe des services de santé des Forces canadiennes qui est en jeu.

Nous avons donc maintenant réussi — tout au moins avec le comité de révision de la gamme de soins — à assurer une représentation au niveau L1 moins. Ainsi, les commandants adjoints, essentiellement, de l'armée, de la marine et de l'armée de l'air font partie du comité de la gamme de soins, de même que mon subalterne le médecin-chef adjoint à titre de conseiller professionnel.

Les questions qui sont abordées au comité lui sont présentées par ceux qui travaillent sur place ou par les employeurs des forces. Ces questions font l'objet de débats. Mes collaborateurs font des recherches pour en calculer le coût probable, le nombre de personnes qui auront besoin de ce service, et l'on vérifie qu'il y a des faits à l'appui de l'inclusion de ce service. Ce comité formule une recommandation qui est ensuite présentée au Conseil des Forces armées.

Je sais qu'il y a actuellement tout un débat au sujet des interventions de correction de la vision au laser. J'ignore quelle sera la décision. Ce n'est pas une intervention médicalement nécessaire, mais les responsables sur le terrain y tiennent mordicus car ils sont convaincus que cela améliore l'efficacité opérationnelle. Ils semblent donc disposés à investir au moins un peu d'argent pour les opérations des yeux au laser.

• (1700)

**M. James Lunney:** Merci pour cette précision.

Je voudrais revenir à la dernière réunion que nous avons eue, quand le Dr Theresa Girvin et le Dr Alain Brunet ont témoigné, et à la question de M. Coderre au sujet des officiers ou soldats qui répugnent à prendre leurs médicaments pour ne pas nuire à leur déployabilité, etc.

Il y a eu des discussions au sujet de la technique EMDR, ou désensibilisation des mouvements oculaires et retraitement, qui est une technique non invasive et ne faisant pas appel aux médicaments qui semble donner de bons résultats. Pourriez-vous nous dire dans quelle mesure cette technique est répandue? Compte tenu du nouveau personnel recruté, trouvez-vous que c'est prometteur et l'utilise-t-on déjà?

**Bgén Hilary Jaeger:** Je sais que des fournisseurs de soins à la fois dans nos cliniques et dans les cliniques des anciens combattants étaient à l'aise avec ce traitement. Je ne pourrais pas vous dire dans quelle mesure l'expertise voulue est répandue — Joel le sait peut-être —, mais je sais que c'est considéré comme un traitement efficace et qu'il est utilisé dans beaucoup de nos CSTSO, sinon tous.

**M. James Lunney:** Bien, je vous remercie.

Je cède la parole à M. Hawn.

**M. Laurie Hawn:** J'ai combien de temps, monsieur le président?

**Le président:** Vous avez trois minutes.

**M. Laurie Hawn:** Merci, monsieur.

Je voudrais obtenir rapidement quelques précisions. Premièrement, nous arrive-t-il d'envoyer quelqu'un accomplir une tâche opérationnelle, qu'il prenne ou non des médicaments, si nous n'avons pas confiance en sa capacité d'effectuer la tâche en toute sécurité — à la fois pour lui-même et pour les gens qui l'entourent?

**Bgén Hilary Jaeger:** Non, nous ne faisons jamais cela. Par contre, nous ne sommes pas complètement... [*Inaudible—L'éditeur*].

**M. Laurie Hawn:** D'accord.

Au sujet des diplômes et permis d'exercice des médecins — je vous demande encore une fois de porter un jugement de valeur —, avons-nous des médecins quelconques qui traitent des militaires des Forces canadiennes et que nous ne croyons pas qualifiés pour faire ce travail?

**Bgén Hilary Jaeger:** Nous n'en avons plus, monsieur.

Chacun de vous doit avoir lu les articles de journaux sur le type que nous avons trouvé à Petawawa. Pour nous, ce n'était pas un bon...

**Mme Dawn Black:** Oui. Je n'en revenais pas.

**Bgén Hilary Jaeger:** Il y avait des circonstances atténuantes: il était diplômé d'une faculté de médecine, il avait complété sa résidence en médecine familiale et il avait passé les examens. Mais il n'avait pas reçu son permis d'exercer du Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario et il avait quelque peu induit en erreur les agents de recrutement à propos de sa situation. Nous nous en sommes aperçus environ deux semaines après qu'il ait commencé à travailler à Petawawa. Nous avons examiné tous les patients qu'il avait vus et l'avons en quelque sorte suspendu, et il a été renvoyé des forces armées. C'est maintenant au Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario de s'occuper de son cas.

**M. Laurie Hawn:** Bien. Très bien.

Vous avez dit, au sujet de l'accréditation, que 100 p. 100 des médecins sont maintenant accrédités, que tous les pharmaciens sauf un...

**Bgén Hilary Jaeger:** Tous les pharmaciens sauf un.

**M. Laurie Hawn:** Et 79,9 p. 100 des infirmières. On se dirige évidemment vers les 100 p. 100 pour les infirmières?

**Bgén Hilary Jaeger:** Les infirmières sont plus nombreuses. Il faut un peu plus de temps pour compléter la tâche.

**M. Laurie Hawn:** D'accord.

**Bgén Hilary Jaeger:** C'est seulement une question de finir la paperasse.

• (1705)

**M. Laurie Hawn:** Vous-même ou quelqu'un d'autre a parlé du dépistage préalable au déploiement et d'une meilleure gestion des données. La vérificatrice générale a insisté pas mal là-dessus, la capacité de faire un dépistage efficace avant le déploiement, ou de déceler les problèmes au fur et à mesure qu'ils surviennent.

Y a-t-il eu des améliorations à ce chapitre? Constatez-vous des améliorations, ou bien est-ce uniquement dû à une meilleure gestion des données? Que faut-il faire pour améliorer la situation?

**Bgén Hilary Jaeger:** Je pense que notre dépistage après le déploiement a été amélioré immensément. C'est le plus important pour nous, parce que c'est à ce moment-là que les gens sont dirigés vers des traitements. En fait, nous ne faisons rien de tel avant 2002; je pense que c'était le tout début de ce que nous appelons le dépistage renforcé postdéploiement. En fait, nous appliquons toute une série d'instruments de dépistage standardisés et scientifiquement validés qui sont administrés à tous ceux qui reviennent de mission. Ou plutôt, c'est censé être administré à tous ceux qui reviennent; il nous faut la collaboration de la chaîne de commandement et des intéressés eux-mêmes qui doivent se présenter. Le taux de conformité est donc inférieur à 100 p. 100, mais il est assez élevé.

C'est obligatoire pour une bonne raison: pour aider à surmonter le stigmate. Les soldats ne peuvent pas pointer du doigt un collègue qui se présente au dépistage en lui disant par exemple: « Ah bon, tu as l'impression qu'il y a quelque chose qui ne va pas ». En effet, tout le monde se présente au dépistage, pas seulement ceux qui pourraient croire qu'il y a quelque chose qui cloche.

Nous avons donc fait d'immenses progrès du côté du dépistage postdéploiement. Pour le dépistage préalable au déploiement, c'est moins structuré, mais il y a quand même beaucoup de possibilités de dépistage offertes aux soldats — et aussi à leurs familles — qui peuvent avoir des entrevues à divers niveaux, par exemple avec le travailleur social et l'aumônier, avant d'être envoyés outre-mer.

**M. Laurie Hawn:** Merci.

**Le président:** Merci.

Cela met fin au premier tour et nous commençons les interventions de cinq minutes.

Monsieur Rota.

**M. Anthony Rota:** Bon, très bien.

Je serai bref parce que je vais partager mon temps avec M. Murphy.

J'ai pris connaissance du rapport de la vérificatrice générale et je me préoccupe notamment de l'impartition des services et de la manière dont on choisit les contractuels. Je vais vous présenter un cas. Je ne veux pas généraliser à partir d'un seul cas, mais on en trouve beaucoup d'autres exemples. Dans ce cas particulier, un militaire s'est présenté pour obtenir une évaluation et de l'aide psychologique, et la personne qui le traitait, qui était psychologue agréé, lui a dit essentiellement: « Je ne sais pas comment traiter le trouble de stress post-traumatique. Je ne l'ai jamais fait, mais voyons ce que l'on peut faire et l'on verra bien comment ça va se passer ». C'était un jeune homme âgé d'environ 22 ans. Il avait sa vie devant lui et il s'est fait dire qu'il servirait de cobaye. J'ai beaucoup de misère à accepter cela.

Ma question est double ou peut-être même triple. Il n'habite pas près d'une base des Forces canadiennes. Alors quel est le traitement pour les gens qui n'habitent pas aux alentours d'une base? Deuxièmement, comment choisissons-nous les gens qui sont chargés de traiter nos jeunes hommes et femmes à leur retour? Et troisièmement, qui détermine, à la fin du traitement, s'ils sont aptes à retourner sur le théâtre d'opérations?

Cette personne présente un certain nombre de pathologies. Le trouble psychologique est probablement ce qui l'affecte le plus actuellement, parce que cela l'empêche d'aller de l'avant avec les autres. Il est soldat. C'est ce qu'il veut faire dans la vie, c'est à cela qu'il veut consacrer sa vie. Qui décide quand le moment est venu pour lui de retourner sur le théâtre d'opérations? Est-ce le psychologue sur le terrain? Est-ce quelqu'un à la base?

Je vous pose donc trois questions, si vous le voulez bien.

**Bgén Hilary Jaeger:** Je vais essayer de répondre en commençant par la dernière.

La personne autorisée à le renvoyer sur le théâtre, du point de vue médical, est le médecin de la base à laquelle il est affilié. Normalement, c'est un médecin omnipraticien, mais celui-ci n'agirait jamais — pas jamais, mais ce serait extrêmement rare — contre l'avis d'un spécialiste. Il est plus probable que l'omnipraticien, le médecin de la base, en se fondant sur son expérience militaire, soit plutôt hésitant à le renvoyer. Nous avons fréquemment des spécialistes qui disent que la personne n'a pas de problème, alors que l'omnipraticien n'est pas à l'aise avec la décision. Nous nous plaçons toujours dans la position suivante. Si j'étais le seul médecin de la base opérationnelle ou bien à Kandahar, voudrais-je être responsable de ce qui pourrait arriver à ce type? Voilà pour la partie facile de la réponse

Comment fournir des services dans les régions éloignées...

• (1710)

**M. Anthony Rota:** Je suis à North Bay. Ce n'est pas tellement éloigné. Il y a une base qui est tout près. Petawawa est la plus proche et c'était la base de ce soldat.

**Bgén Hilary Jaeger:** Petawawa est la plus proche, et elle est mal desservie, y compris du point de vue des ressources en santé mentale.

Il y a une zone floue et, en fait, c'est une question de jugement professionnel. Le médecin de premier recours joue un rôle important dans la décision. Il y a une différence entre nos médecins engagés par contrat, qui travaillent pour Joel et qui ont un contrat permanent, et les fournisseurs de services rémunérés à l'acte, vers qui l'on se tourne pour divers services. Dans certaines régions, pour la santé mentale, nous avons des fournisseurs de services rémunérés à l'acte. J'ai l'impression que le psychologue en question faisait probablement partie du lot, qu'il n'était pas membre de notre équipe intégrée de médecine dans notre système de santé.

C'est très regrettable qu'il ait dit une chose pareille, parce qu'évidemment, le TSPT n'est pas rare dans la population canadienne. Il se trouve qu'il n'était pas à l'aise pour traiter ce syndrome. Je lui reconnais le mérite de l'avoir dit, mais il aurait dû le dire non pas au patient, mais plutôt au médecin traitant, pour qu'il ou elle puisse peut-être l'aiguiller vers une ressource plus compétente.

À vrai dire, nous nous retrouvons souvent au point où nous devons nous demander quelle ressource serait mieux que pas de ressource du tout. Nous ne pouvons pas créer de toutes pièces le système parfait de santé mentale. S'il n'y a pas de ressources dans une région donnée, il faut alors se demander s'il n'y aurait pas lieu de transférer le patient. Il faut alors peser le pour et le contre. Nous savons que nous pouvons trouver les ressources voulues à Ottawa, mais ce n'est pas nécessairement une option attrayante non plus.

Je répète qu'il faut analyser tous les avantages et les inconvénients au cas par cas et essayer de trouver les ressources qui conviennent le mieux pour le patient en question.

**Le président:** Merci. Vous vous arrêtez pile.

Nous aurons le temps de vous redonner la parole au prochain tour.

Maintenant, du côté des ministériels, pour cinq minutes.

[Français]

**M. Jacques Gourde (Lotbinière—Chutes-de-la-Chaudière, PCC):** Merci beaucoup, monsieur le président.

Le syndrome de stress post-traumatique m'inquiète beaucoup. J'ai déjà eu à mon emploi un ex-militaire, il y a une dizaine d'années, qui avait été atteint de ce syndrome. En outre, un jeune qui était à mon emploi s'est enrôlé dans les forces armées.

Pendant leur entraînement, nos militaires sont-ils sensibilisés au syndrome de stress post-traumatique? Un militaire peut sentir, au cours d'une mission, qu'il commence à avoir des problèmes d'ordre mental. Parfois, le syndrome arrive après. Supposons qu'un militaire parte pour six mois et qu'au bout de quatre mois il ne soit plus capable mentalement d'endurer la mission, peut-il se retirer ou doit-il absolument se rendre au bout de la mission?

**Bgén Hilary Jaeger:** En ce qui a trait à votre première question, il y a une formation de base sur les problèmes de stress, ce qui inclut le syndrome de stress post-traumatique. Cela fait partie de la formation de base de tous les militaires à la base de Saint-Jean.

[Traduction]

L'entraînement militaire de base comprend un cours sur les effets du stress et sur le trouble de stress post-traumatique.

Pendant qu'un soldat est en mission, s'il croit souffrir d'un problème de santé quelconque, il n'est pas obligé de poursuivre. Il ne peut pas décider de lui-même qu'il va rentrer chez lui. Ce qu'il faut faire alors, c'est de se présenter... Si le soldat est à l'extérieur de sa base d'opérations avancée, il doit aller voir son technicien médical ou l'adjoint au médecin. S'il se trouve à l'aérodrome de Kandahar, il se présente à la clinique de soins primaires associée à l'hôpital de l'aérodrome de Kandahar et il décrit ses symptômes: par exemple, je n'arrive pas à dormir; le coeur me cogne dans la poitrine; j'ai des nausées; j'ai des cauchemars. Il doit alors décrire tous ses symptômes. Aucune loi ne dit: vous êtes arrivé ici il y a quatre mois et il vous reste deux mois à tirer et il vous est impossible de sortir d'ici avant cette date. Le personnel de santé doit alors juger si le soldat peut être traité et appuyé sur place, ou bien s'il faut l'envoyer ailleurs.

[Français]

**M. Jacques Gourde:** Merci.

[Traduction]

**Le président:** Allez-y.

**M. James Lunney:** Me reste-t-il du temps?

**M. Rick Casson:** Un peu.

**M. James Lunney:** Merci. Je ne m'attendais pas à avoir mon tour.

Je veux revenir sur une autre observation que vous avez faite au sujet des programmes de soins primaires multidisciplinaires. Vous avez dit qu'il y avait des projets-pilotes dans trois bases. Est-ce le même programme dont il est question en ce moment? Pourriez-vous nous en dire plus long là-dessus? Pourriez-vous nous décrire cela?

**Bgén Hilary Jaeger:** Je pense que mon français n'était pas terrible.

Le programme que nous avons mis à l'essai dans trois bases est en fait un processus systématique d'examen par les pairs, dans le cadre duquel un certain nombre de dossiers de chaque praticien est examiné périodiquement pour des raisons d'assurance de la qualité.

• (1715)

**M. James Lunney:** D'accord. Je vous remercie pour cette précision.

Je veux revenir brièvement à ma question sur la technique EMDR. J'avais l'impression que le lieutenant-colonel Fillion voulait peut-être intervenir là-dessus.

Avez-vous quelque chose à ajouter sur la technique EMDR?

**Lcol Joel Fillion (officier supérieur d'état-major, Santé mentale, ministère de la Défense nationale):** Oui. En fait, je dirais que nous n'avons pas de chiffres précis quant au nombre de personnes qui utilisent ces techniques.

Je pense que tous ceux qui fournissent un service aux différents clients qu'on dirige vers eux utilisent leurs propres habiletés et les compétences qu'ils ont acquises. Il se trouve que certains d'entre eux n'ont pas reçu de formation à la technique EMDR, tandis que d'autres l'ont suivie. La plupart de ceux qui ont suivi cette formation utilisent cette technique la plupart du temps s'ils estiment qu'elle est la meilleure thérapie pour les clients.

Je sais que dans la plupart des grandes cliniques, les fournisseurs de soins utilisent cette technique EMDR.

**M. James Lunney:** Vous n'avez aucun commentaire à formuler sur le taux de satisfaction des gens qui suivent cette thérapie, par opposition à d'autres types de thérapies.

**Lcol Joel Fillion:** Non, nous n'en avons pas.

**M. James Lunney:** Merci.

**Le président:** Très bien. Merci.

Monsieur Bouchard.

[Français]

**M. Robert Bouchard:** Merci, monsieur le président.

Je vous remercie de témoigner. J'ai posé deux questions à la vérificatrice générale. La première concernait le système. Dix ans après que le ministère ait établi qu'il fallait assurer une surveillance de son système de soins de santé, aucun mécanisme n'est encore en place permettant de rassembler tous les intervenants.

Ce mécanisme recommandé par la vérificatrice générale est-il important pour vous?

**Bgén Hilary Jaeger:** J'ai hâte de le voir moi-même. À mon avis, c'est un retour aux questions de gouvernance, ce qui va au-delà d'une chaîne de commandement.

Personnellement, ma chaîne de commandement fonctionne très bien. Ça commence à bouger petit à petit. Il y a environ quatre ou cinq mois, ils ne savaient pas qu'ils avaient la responsabilité de nous donner des priorités et de faire rapport sur ce que nous avons accompli par rapport à ces priorités.

[Traduction]

Nous n'avions donc pas vraiment de système qui pouvait nous dire clairement où nous devrions diriger nos efforts; c'était à nous de décider quelle devait être la priorité pour nos efforts dans le domaine des soins de santé. Si vous examinez la différence entre le directeur général d'un hôpital et le conseil d'administration de l'hôpital, c'est le conseil qui décreète les priorités et qui établit le plan stratégique de l'hôpital. Le travail du directeur général est de mettre en oeuvre les décisions prises.

J'ai été le directeur général et le président, comme mes prédécesseurs l'ont été. Nous voudrions nous éloigner de ce rôle de président du conseil; nous préférierions être le directeur général.

[Français]

**M. Robert Bouchard:** C'est bien.

[Traduction]

**Le président:** Monsieur Murphy, je vais vous donner encore deux minutes, car j'entends la sonnerie.

**L'hon. Shawn Murphy (Charlottetown, Lib.):** Merci beaucoup, monsieur le président.

Je n'ai qu'une seule question.

Brigadier-général, en lisant le rapport et en écoutant votre témoignage — vous avez évidemment déjà comparu devant le comité des comptes publics pour discuter du même sujet —, le chiffre qui me frappe est le pourcentage élevé de vos professionnels de la santé qui ne dispensent pas de soins à nos militaires. C'est considérable — du moins, je trouve que c'est considérable. J'en conclus qu'il y a un problème systémique. Mais vous êtes confronté à une situation extraordinairement difficile. Vous organisez et mettez en oeuvre le système de santé pour 65 000 personnes qui sont éparpillées dans le monde entier. C'est essentiellement un système entièrement rural, et non pas urbain. Vous êtes dans un environnement qui est extrêmement compétitif. Les technologies de l'information semblent poser un problème; les mesures semblent poser problème; la gouvernance semble également problématique. Et puis bien sûr, vous devez fonctionner dans un environnement marqué par le commandement et le contrôle, ce qui n'est pas normal.

Mais pour ce qui est de l'ensemble du système de santé — c'est d'ailleurs devenu une spécialité, puisque beaucoup de gens qui travaillent dans ce domaine ne sont pas médecins ou chirurgiens, mais ont plutôt suivi une formation spécialisée —, estimez-vous avoir autour de vous des collaborateurs qui sont vraiment à jour dans cette discipline spécialisée qu'est la gestion moderne de la santé? Je dis cela parce que c'est une question extrêmement importante compte tenu des difficultés extrêmes auxquelles vous êtes confrontés. Le problème du recrutement, par exemple, pose d'énormes difficultés et je ne crois pas que cela va s'améliorer d'ici cinq ou dix ans.

• (1720)

**Bgén Hilary Jaeger:** Je vous remercie pour cette question, qui est très intéressante.

Premièrement, je tiens à préciser que le chiffre de 40 p. 100 en administration — j'en fais évidemment partie — représente des médecins en uniforme; ce 40 p. 100 n'est pas le pourcentage global

des médecins qui fournissent des soins aux membres des Forces canadiennes. Par conséquent, si l'on se demande qui peut être remplacé par un civil, on ne peut pas vraiment remplacer les cadres les plus haut gradés. Tous ceux qui occupent une fonction de supervision sont en uniforme: ce sont des lieutenants-colonels et des colonels, qui comptent tous dans ce 40 p. 100. De plus, mes experts en santé publique, mes experts en santé professionnelle et ceux qui examinent les dossiers médicaux des recrues pour voir si ces recrues sont aptes à entrer dans les forces sont comptés comme des postes administratifs, mais seuls des médecins peuvent occuper ces fonctions.

Pour ce qui est de la gestion, nous avons eu une extraordinaire amélioration au chapitre des professionnels. Nous avons une catégorie séparée pour l'administration de la santé. Cela fait partie d'une autre classification, celle des opérations des services de santé. Le général Mathieu a été le premier à occuper un poste d'administrateur en santé et il a ensuite commandé le système. Nous sommes membres du Collège canadien des directeurs de services de santé. Nous participons à leurs programmes de perfectionnement professionnel. Nous encourageons nos membres à obtenir, par l'entremise du collège, la désignation de directeur accrédité de services de santé, afin d'améliorer le niveau de base de notre gestion de la santé et notre capacité à cet égard.

Nous pouvons toujours faire mieux, mais en comparaison avec la situation qui existait quand je me suis enrôlée, alors que, pour parler franchement, un administrateur de la santé, c'était quelqu'un qui voulait devenir pilote et qui avait échoué, ou bien qui voulait s'enrôler dans l'infanterie mais qui s'était blessé et ne pouvait plus servir comme fantassin, nous sommes à des années lumière de cette époque.

**Le président:** Bien.

Merci beaucoup.

**L'hon. Denis Coderre:** Je voudrais une précision, monsieur le président. Il y a déjà un certain temps que j'ai demandé combien de soldats prennent des médicaments. Par l'entremise de la présidence, je m'attends à obtenir ces chiffres. Il est impératif que nous les ayons pour bien comprendre le dossier.

Merci.

**Le président:** Nous allons y veiller.

Je vous remercie beaucoup encore une fois d'être venus et d'avoir contribué à notre étude.

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.**