



Chambre des communes  
CANADA

## Comité permanent de la défense nationale

---

NDDN • NUMÉRO 019 • 2<sup>e</sup> SESSION • 39<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le jeudi 3 avril 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 3 avril 2008

• (1535)

[Traduction]

**Le président (M. Rick Casson (Lethbridge, PCC)):** La séance est ouverte. Nous nous réunissons aujourd'hui conformément au paragraphe 108(2) du Règlement et à la motion adoptée le mardi 20 novembre 2007 sur l'étude des services de santé offerts au personnel des Forces canadiennes, en particulier dans le cas des troubles de stress post-traumatique.

La réunion d'aujourd'hui se divise en deux parties. Premièrement, nous entendrons les témoins, que je vais présenter sous peu. Deuxièmement, nous examinerons le troisième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure qui s'est réuni mardi pour discuter des travaux futurs. Nous accorderons à ces deux messieurs autant de temps que nous le pouvons, mais nous essaierons de passer à la seconde partie vers 17 heures, 17 h 10.

Aujourd'hui, nous accueillons le général Gauthier, commandant du Commandement de la Force expéditionnaire du Canada, et le colonel Bernier, directeur des Opérations des services de santé.

Avez-vous tous les deux des exposés à faire?

**Lieutenant-général Michel Gauthier (commandant, Commandement de la Force expéditionnaire du Canada, ministère de la Défense nationale):** Oui.

**Le président:** Général, êtes-vous le premier? Je vous prie de prendre tout le temps qu'il vous faut et, à la période des questions, nous commencerons par accorder sept minutes à chaque parti, puis passerons à cinq minutes, et nous tenterons d'approfondir le sujet de notre mieux.

**Lgén Michel Gauthier:** Merci beaucoup, monsieur le président et honorables députés. Je vais essayer d'être assez bref et de m'en tenir à la déclaration que j'ai sous les yeux. Je ne peux pas vous garantir que je ferai pareil au moment de répondre aux questions, évidemment. Nous verrons bien.

[Français]

Bonjour.

Je suis heureux d'avoir cette occasion de vous parler des services de santé des Forces canadiennes à l'appui des opérations déployées.

Comme vous le savez, à titre de commandant du Commandement de la Force expéditionnaire du Canada, je suis responsable de tout le personnel des Forces canadiennes déployé sur des missions internationales. Je reçois la direction stratégique du chef d'état-major de la Défense, je produis des plans et je supervise les opérations qui en résultent. Dans le langage actuel des Forces canadiennes, je suis un employeur de force. Les responsables de la mise sur pied d'une force, autrement dit des générateurs de la force, principalement la marine, l'armée et la force aérienne, ont la tâche de produire, d'équiper et de préparer leurs forces pour des missions nationales et internationales. Ils sont ensuite assignés à mon

commandement opérationnel pendant leur emploi outre-mer, conformément à la direction fournie ou au nom du CEMD.

Actuellement, il y a un total de 16 missions outre-mer impliquant environ 3 000 membres des Forces canadiennes, tant réguliers que réservistes. Les missions à l'étranger ont beaucoup changé au cours des dernières années. Elles vont du maintien de la paix traditionnel, de l'interdiction maritime, des évacuations de non-combattants à de l'aide humanitaire. Les missions varient aussi en termes de conditions locales, mais en général, tout le personnel assigné sert dans des environnements qui présentent des risques personnels et des difficultés d'existence importantes.

• (1540)

[Traduction]

La mission avec le profil le plus élevé des Forces canadiennes et la plus exigeante est certainement celle en Afghanistan. Cette mission n'est pas aussi vaste que certaines que nous avons eues au cours des 15 dernières années, notamment en Bosnie à son pic, mais elle est clairement la plus intense en ce qu'elle comporte des opérations de contre-insurrection contre un ennemi déterminé. Cela signifie bien sûr que notre personnel en Afghanistan connaît un stress psychologique associé aux conditions difficiles, à la violence et au danger à une échelle importante.

L'autorité du commandement sur le personnel pendant des périodes où il reçoit une formation spécifique à la mission avant le déploiement relève du responsable approprié de la mise sur pied d'une force, principalement des commandants respectifs de l'armée, de la marine et de la force aérienne. Bien entendu, elle leur revient aussi une fois que ces forces rentrent au pays pour récupérer et se préparer à reprendre leurs tâches normales. J'axerai donc mes remarques sur la façon dont j'exerce mes responsabilités de commandement pour la prestation de services de santé au personnel déployé outre-mer et je me concentrerai sur l'Afghanistan, le plus important effort.

Pour toute tâche éventuelle outre-mer, le COMFEC effectue un processus d'analyse pour déterminer la composition et l'effectif des forces nécessaires en relation avec l'environnement opérationnel évalué, la mission, les tâches et le concept des opérations. Les exigences de protection de la force, de soutien logistique et de soins de santé sont tous des impératifs précis majeurs pour lesquels le CEMD doit être convaincu que la force déployée a ce dont elle a besoin pour assurer la réussite de la mission.

À mesure que la mission évolue, la composition de la force est examinée en détail entre nous et les responsables de la mise sur pied de la force tous les six mois pour veiller à ce qu'elle demeure pertinente et appropriée aux exigences de la mission. De même, par le biais d'un cadre relativement robuste de leçons retenues, les leçons sont capturées sur une base continue dans le théâtre et analysées par les responsables de la mise sur pied de la force pour adapter et améliorer d'une façon très dynamique la doctrine, l'équipement, la formation et les méthodes d'opération pour ceux qui se déploieront sur de futures rotations.

[Français]

En Afghanistan, notre présence médicale et dentaire est la plus complète que nous ayons déployée depuis la guerre du Golfe, avec un total de 166 membres des services de santé et un petit nombre de renforts cliniques civils sous contrat, ainsi que 21 autres en soutien direct à d'autres emplacements avancés. Un système de catégories basé sur des niveaux de soins progressivement plus grands et plus diversifiés répond aux besoins de notre personnel dans le théâtre, dans et hors des barbelés ou, comme on le dit en bon français, *inside or outside the wire*.

Au niveau de base, tous les soldats sont qualifiés en secourisme de combat et peuvent fournir des soins rudimentaires immédiats. Plusieurs sont formés selon une norme plus spécialisée de soins aux blessés en combat tactique. Bien que cliniquement non professionnels, ces individus fournissent un premier niveau d'intervention initial et potentiellement critique. Le premier niveau d'expertise médicale professionnelle est défini comme rôle 1. À ce niveau, des techniciens médicaux, l'équivalent des techniciens paramédicaux civils, se déploient sur des patrouilles à haut risque et fournissent la stabilisation d'urgence sur place. Le rôle 1 comprend aussi des adjoints au médecin et des médecins aux bases opérationnelles avancées pour fournir les soins médicaux de routine et ceux qui sont au-delà de la fonction des techniciens médicaux. Cette capacité à fournir un traitement initial d'urgence est extrêmement importante pour augmenter les chances de survie et un rétablissement plus complet.

[Traduction]

Lorsque la gravité de la blessure exige des soins plus complexes, le patient est rapidement transféré à notre installation médicale de Rôle 3 à Kandahar, qui est en mesure de procéder à des interventions chirurgicales et d'offrir d'autres soins spécialisés. Cette installation de classe mondiale, que certains d'entre vous ont vue, je crois, est multinationale pour ce qui est de sa composition, mais est dirigée et dotée principalement par des membres des Forces canadiennes. Grâce à l'application professionnelle et dévouée d'une médecine moderne du champ de bataille, ces individus ont sauvé de nombreuses vies. Je me fais un point d'honneur de visiter l'installation de Rôle 3 à chacune de mes visites dans le théâtre.

Les patients dont l'état est suffisamment sérieux pour les empêcher de poursuivre leur participation à la mission sont rapatriés au Canada après que leur état se soit stabilisé et qu'ils aient reçu des soins avancés pendant une période limitée au Centre médical militaire régional des États-Unis de Landstuhl en Allemagne, une autre installation de classe mondiale où un grand nombre de vies canadiennes ont été sauvées.

Ayant visité le théâtre à 20 reprises au cours des six dernières années, j'ai une opinion très positive du soutien en matière de santé que nous avons sur place, en fait de professionnels en soins de santé, de soldats formés et d'une chaîne de commandement qui est entièrement consacrée à l'importance de s'occuper de nos hommes et

de nos femmes. Je crois que le sentiment de confiance de nos soldats est si fort que, peu importe où ils sont en danger, ils seront soignés rapidement et le mieux possible.

En plus des blessures physiques que notre personnel peut subir, celles liées au stress opérationnel reçoivent une attention égale et un même engagement en termes de ressources. Je peux vous assurer que les chefs à tous les niveaux de la chaîne de commandement, depuis la section ou l'équipage jusqu'au chef d'état-major de la Défense, sont très au courant du risque élevé des opérations en Afghanistan et sont tout à fait conscients de leurs responsabilités visant à s'assurer que le cadre de soutien nécessaire dans le théâtre est en place et que les unités, à titre d'équipes cohérentes et individuellement, sont préparées le mieux possible pour faire face aux défis connexes.

Dans tout ce domaine, les Forces canadiennes en général ont réalisé des progrès importants au cours de la dernière décennie en ce que les blessures causées par le stress opérationnel sont de plus en plus considérées dans le même contexte que les blessures physiques.

Au cours de la formation de prédéploiement menée par les responsables de la mise sur pied de la force, tous les efforts sont faits pour simuler avec autant de réalisme que possible les conditions dans lesquelles nos troupes opéreront. Savoir à quoi s'attendre peut améliorer la capacité d'un individu à affronter des situations stressantes. Mais au cours de la formation, on montre aussi aux chefs à détecter des signes de stress et de pression induite chez leurs subordonnés et divers moyens de leur fournir du soutien et de les aiguiller vers des professionnels en santé mentale dans le théâtre.

Une fois aiguillés, les patients sont soigneusement examinés pour déterminer si un traitement est requis et, le cas échéant, si ce niveau de traitement les empêchera de poursuivre la mission. Ces évaluations ne sont effectuées que par des professionnels cliniques compétents, tout en gardant la chaîne de commandement informée des limitations d'emploi afférentes et des exigences du patient. Le colonel Bernier vous en dira plus long sur l'infrastructure des services de santé dans le théâtre relativement à la santé mentale.

J'ajouterai simplement que le premier niveau d'intervention et de protection, c'est l'équipe qui entoure chaque soldat, que ce soit son équipage de véhicule ou une section d'infanterie ainsi que les chefs à chaque niveau, qui se voient tous comme ayant un rôle central dans la surveillance mutuelle.

• (1545)

[Français]

Sous ma direction, une activité intérimaire de décompression postdéploiement fait partie intégrante du processus de retour pour tous les membres déployés. Le but de ce programme est conçu comme une injection contre le stress de réintégration, en fournissant une voie intérimaire entre la structure dangereuse, rapide et rigide du théâtre de combat et l'environnement au foyer. Le programme est conçu pour fournir un environnement positif loin des pressions du théâtre opérationnel. Les soldats sont capables de socialiser, de relaxer, de réfléchir sur leurs expériences et de recevoir des briefings éducatifs sur les blessures liées au stress. Ce processus a été bien reçu par notre personnel, bien que la mesure réelle de son efficacité ne sera apparente qu'avec le temps.

[Traduction]

Pour ce qui est des questions de santé en général et de la santé mentale en particulier, l'information est tenue par nos professionnels en soins de santé des FC, et elle est analysée et discutée avec la chaîne de commandement opérationnelle, au besoin.

D'après mon expérience d'un peu plus de deux ans à commander des opérations en Afghanistan, je peux dire que les blessures dues au stress opérationnel n'ont jamais été identifiées par aucun des trois commandants dans le théâtre — les généraux Fraser, Grant, puis Laroche — comme ayant un effet négatif sur les opérations ou présentant un défi qu'ils ne peuvent relever. L'indicateur le plus visible de problèmes de santé mentale ayant un impact négatif sur les opérations serait le nombre de personnes qui doivent être rapatriées du théâtre pour des blessures liées au stress opérationnel. Jusqu'à maintenant, ces chiffres sont très faibles et montrent bien le succès de notre apport en professionnels en santé mentale et de notre formation de pré-déploiement.

D'un point de vue très pratique, la santé et le bien-être de nos forces sont essentiels à la réussite de la mission. Naturellement, la confiance en notre capacité de fournir les soins de santé nécessaires est un outil important pour le bon moral des forces déployées.

Enfin, il y a un principe d'éthique plus général du leadership militaire voulant que s'occuper diligemment de ceux qui sont sous son commandement est une nécessité et un engagement moral et éthique, en particulier à la lumière de l'acceptation du risque ultime que ces individus ont pris.

Comme commandant responsable de la mission en Afghanistan et d'autres forces déployées, j'ai confiance que tous nos soldats qui mettent leur vie en danger reçoivent un niveau d'attention et de soin excellent. Ils ne méritent pas moins, compte tenu des défis auxquels ils sont confrontés en Afghanistan en particulier.

Je serai heureux de répondre à vos questions, mais je vous prie de m'en remettre au colonel Bernier pour les questions de nature médicale. Bien entendu, je vais attendre que le colonel ait fait sa déclaration avant de répondre à vos questions.

• (1550)

**Le président:** Merci beaucoup, général.

Colonel, nous vous écoutons.

**Colonel Jean-Robert Bernier (directeur, Opérations des services de santé, ministère de la Défense nationale):** Bonjour, monsieur le président, mesdames et messieurs. Je vous remercie de me donner l'occasion de comparaître devant vous aujourd'hui en compagnie du général Gauthier.

Je suis le directeur des Opérations des services de santé au sein du groupe des services de santé des Forces canadiennes. Ma direction est chargée de fournir des conseils d'ordre médical à l'État-major interarmées stratégique. Aussi, par l'entremise du Commandement du soutien opérationnel du Canada, elle aide les commandements opérationnels à planifier, à préparer et à exécuter tous les aspects du soutien des services de santé offerts aux opérations militaires.

[Français]

Voici quelques-unes de mes principales responsabilités: évaluer les menaces pour la santé auxquelles pourraient être exposés les participants à une opération particulière; établir et organiser les mesures et les capacités nécessaires à la protection de la santé des forces déployées et au traitement et à l'évacuation des blessés à partir du point où la blessure a été subie jusqu'au Canada; organiser la formation professionnelle et technique à dispenser aux unités et au personnel des services de santé qui s'apprentent à partir en mission; assurer la coordination avec les services de santé des pays hôtes et alliés, dans le but de maximiser l'utilisation efficace des ressources de la coalition; s'assurer que les éléments des services de santé qui sont déployés bénéficient de tout le soutien professionnel et des ressources des services de santé dont ils ont besoin au cours de la

mission; évaluer et coordonner les modifications apportées à la formation et aux capacités des services de santé déployés en fonction des besoins les plus actuels de la force.

[Traduction]

Comme vous le savez, en raison de la nature d'un grand nombre d'opérations militaires, il est inévitable que certains militaires éprouvent des problèmes de santé mentale et ce, malgré l'application des meilleures mesures de prévention et de traitement. Permettez-moi cependant de vous résumer le processus de prévention et de traitement que nous avons mis en place en ce qui a trait à la santé mentale des militaires participant aux opérations.

En matière de prévention et de dépistage précoce, un examen médical est effectué au moment de l'enrôlement. Les militaires subissent des examens médicaux périodiques tout au long de leur carrière et, finalement, un contrôle préalable au déploiement permet de repérer ceux qui, en raison de leur état de santé antérieur ou actuel, risquent davantage de ne pas avoir une capacité opérationnelle suffisante ou de souffrir d'un grave problème de santé pendant les opérations.

Un entraînement réaliste dispensé à l'enrôlement, au sein d'unités, et avant le déploiement, permet aux militaires de prendre confiance en leurs compétences, leurs armes, leur équipement, leurs collègues et leurs chefs. C'est un aspect important, car on a constaté qu'une grande cohésion au sein de l'unité, un soutien social, un entraînement réaliste et un leadership solide permettent de réduire le taux de stress lié au combat et comptent donc parmi les meilleures mesures de médecine préventive.

L'instruction préalable au déploiement comporte également des exposés sur la sensibilisation au stress et ceux-ci sont intégrés aux cours à l'intention des officiers et des sous-officiers. Combinés aux divers programmes lancés par le chef du personnel militaire en vue de favoriser une bonne santé mentale, ces efforts aideront nos militaires déployés à conserver la meilleure santé mentale possible.

[Français]

Pour déterminer quelles capacités de traitement liées à la santé mentale ou autre devront être déployées dans le cadre d'une mission en particulier, des consultations ont lieu entre les membres de mon personnel, des responsables des commandements opérationnels et des spécialistes de la santé expérimentés. Ces personnes examinent la menace, la nature de la mission, l'expérience, les délais d'évacuation sanitaire, les ressources des services de santé du pays hôte et des alliés, ainsi que de nombreux autres facteurs.

Parmi les effectifs actuellement dans le sud de l'Afghanistan pour offrir des soins en santé mentale, citons notamment plusieurs médecins et adjoints aux médecins affectés aux soins primaires, deux travailleurs sociaux, une infirmière spécialisée en santé mentale et un psychiatre. Les militaires canadiens bénéficient également du soutien d'un aumônier offrant des services de pastorale et de quelques experts en santé mentale américains et britanniques. Des spécialistes de la santé mentale visitent régulièrement les bases d'opérations avancées, à des fins d'information et d'intervention précoce.

L'attente pour obtenir des soins est négligeable et les cas urgents sont immédiatement pris en charge. Dans les situations où on doit traiter un grand nombre de blessés, on peut avoir recours aux services d'autres installations de soins de santé de l'OTAN en Afghanistan. De plus, des soins plus pointus sont prodigués au centre médical régional des forces américaines à Landstuhl, en Allemagne.

Les Forces canadiennes réévaluent sans cesse la capacité de leurs services de santé déployés. Pour ce faire, elles ont recours aux moyens suivants: examens hebdomadaires de statistiques sur la visite de patients; rapports et recommandations présentés régulièrement par le médecin chef de la force opérationnelle; visites d'aide de l'état-major effectuées périodiquement par des responsables venus du Canada; compte-rendus après action biennaux; opérations prévues; consultations régulières avec les alliés, pour ne citer que ceux-là.

• (1555)

[Traduction]

Nous assurons le dépistage et le traitement précoces des problèmes dans le but de faire reprendre aux militaires leurs fonctions, mais il peut se révéler nécessaire de les renvoyer au pays si c'est le meilleur moyen d'assurer qu'ils recouvrent la santé ou si la durée ou le type de restrictions d'emploi ou de traitement qui s'impose risquent de nuire à leur capacité opérationnelle.

Comme c'est le cas pour tous les problèmes de santé, la décision ne se fonde pas sur des politiques générales, mais sur une évaluation professionnelle de l'état de santé de chaque personne et des soins dont elle a besoin. Par exemple, un militaire dont l'état est bien géré et qui a atteint la phase de maintien de son traitement pourrait continuer de s'acquitter de toutes ses tâches, si cela s'avère indiqué pour lui et si son état ou les médicaments qui lui sont prescrits ne représentent aucun risque important. Les spécialistes tiennent compte du fait que des études ont démontré que les personnes souffrant de blessures psychiques retirées de leurs unités ne guérissent pas aussi bien et risquent davantage de développer des maladies chroniques comme le SSPT.

Comme l'a déjà signalé le médecin-chef des Services de santé, les patients souffrant de maladie mentale aiguë ne seront pas affectés à des missions de combat. Selon la politique des Forces canadiennes et les règles de pratique normale de la psychiatrie et de la médecine du travail, ces personnes ne devraient pas retourner au combat avant qu'un professionnel de la santé compétent n'ait déclaré qu'elles peuvent le faire sans risque pour leur santé et pour les opérations.

On peut enregistrer des pointes passagères au chapitre des visites médicales à la suite d'opérations se déroulant à un rythme élevé et d'incidents traumatisants, mais la grande majorité des patients s'en remettent rapidement et reprennent le collier. Le nombre de cas de stress opérationnel se manifestant pendant les opérations n'a jusqu'à maintenant pas eu une grande incidence sur le plan opérationnel.

[Français]

Au retour d'une mission, les militaires doivent remplir une déclaration de blessure ou de maladie dans laquelle ils doivent mentionner les circonstances où ils pourraient avoir été exposés à des risques ou les problèmes de santé qu'ils ont éprouvés au cours de leur affectation. Ils subissent une première évaluation de dépistage postdéploiement, et ceux qui risquent d'éprouver des problèmes de santé mentale sont signalés au personnel médical de leur base d'appartenance, qui devra assurer un suivi. Un examen approfondi a lieu de trois à six mois après le retour du militaire et se concentre précisément sur les risques de maladie mentale.

Les militaires participent aussi à un programme de décompression dans un tiers lieu, c'est-à-dire qu'ils passent quelques jours à Chypre avant de rentrer au Canada. Ce programme vise à faciliter la réintégration en offrant aux militaires l'occasion de prendre du repos et de se réadapter au confort de l'Occident, à mettre un point final à l'aventure en passant de bons moments avec leurs camarades dans un environnement calme et sûr, à rencontrer des professionnels de la santé mentale au besoin et à se renseigner sur le stress opérationnel,

les problèmes de réintégration les plus courants et sur l'aide à leur disposition.

Bien qu'il n'ait pas été démontré que cette intervention allège le fardeau imposé par le stress opérationnel, certains indices nous permettent de penser que l'aspect éducatif du programme contribue à amener les militaires à consulter plus rapidement un professionnel lorsqu'ils éprouvent des problèmes d'ordre mental.

À la suite de l'examen médical approfondi subi au Canada, tous les militaires continuent d'avoir accès aux programmes de pastorale, de promotion de la santé et de traitements mentionnés par les témoins qui m'ont précédé. Nous continuons à surveiller l'état de santé de nos militaires au moyen d'examen médicaux périodiques comportant des éléments de dépistage des troubles mentaux.

[Traduction]

En résumé, la mission menée en Afghanistan pourrait possiblement avoir à long terme une incidence considérable sur la santé mentale des militaires, mais les Forces canadiennes ont mis en place, et s'efforcent d'améliorer, un programme solide qui leur permet d'envoyer en mission les militaires qui sont mentalement prêts, de leur offrir un bon soutien dans le théâtre au moyen de ressources spécialisées en santé mentale et de mettre l'accent sur le dépistage et le traitement précoces des troubles qui se manifestent après le déploiement.

Bien qu'il ne permette pas de prévoir l'ampleur des ravages que la mission en Afghanistan aura sur la santé mentale de nos militaires, le nombre de cas enregistrés dans le théâtre à ce jour n'est nullement supérieur à ce que nous avons prévu et nos ressources médicales déployées sont parfaitement capables de les gérer. Les problèmes de santé mentale n'ont pas eu d'impact significatif sur les opérations.

Je vous remercie de m'avoir écouté aussi attentivement et je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

**Le président:** Merci beaucoup.

Les partis auront sept minutes au premier tour. Avant de commencer, j'aimerais souhaiter la bienvenue au comité à M. Wilfert et le féliciter de ses nouvelles fonctions au sein de l'opposition officielle.

On dirait que vous êtes le premier intervenant; vous avez sept minutes.

**L'hon. Bryon Wilfert (Richmond Hill, Lib.):** Le vice-président n'est pas là, alors j'imagine que c'est à moi. Merci, monsieur le président.

J'aimerais souhaiter la bienvenue à nos témoins. C'est bon de vous revoir, général.

J'ai deux questions. Tout d'abord, je vous félicite bien sûr du travail que vous avez fait sur le terrain. Quand j'étais en Afghanistan il y a quelques années, je n'ai entendu que des commentaires très positifs de la part des soldats sur les installations médicales fournies.

Si un militaire revient à la maison, s'il quitte l'armée — certains partent plus tôt que d'autres —, quelle sorte de coordination de soutien, le cas échéant, est mise en place relativement aux régimes ou aux installations de soins de santé provinciaux pour lui et sa famille?

Par ailleurs, pour ce qui est des répercussions éventuelles à long terme que vous évaluerez concernant l'Afghanistan, quelles sortes d'évaluations effectuez-vous pour vous y préparer? Comme on le sait, on l'appelait autrefois traumatisme dû au bombardement ou épuisement au combat. Nous ne le comprenions pas aussi bien que de nos jours. Comment fait-on une évaluation pour déterminer s'il est possible de s'y préparer? De quels genres de ressources avez-vous besoin pour le faire au cas où cela aurait des répercussions à plus long terme —, dans trois à cinq ans, disons?

Monsieur le président, le général ou le colonel peut répondre.

• (1600)

**Le président:** Colonel.

**Col Jean-Robert Bernier:** Ces questions dépassent mon champ de compétence, mais je peux répondre de façon générale. On pourrait vous fournir bien plus de détails là-dessus. Compte tenu de l'importance que revêt la question, nous avons une Section de la santé des militaires déployés dont l'unique raison d'être est d'effectuer un suivi et une étude d'évaluation à long terme de toute la documentation la plus récente, ainsi que de réaliser des études originales en assurant le suivi de nos troupes.

En ce qui a trait à votre première question concernant ce qui se produit lorsque les troupes se retirent des forces armées, il y a une étroite collaboration entre le MDN et ACC, et particulièrement entre les éléments médicaux respectifs de ces deux ministères. On fait des efforts progressifs qui s'améliorent continuellement, ainsi que le chef de l'administration du personnel militaire, je crois, l'a mentionné devant votre comité à cet égard. Mais il y a une bonne coordination.

Je n'en connais pas tous les détails, mais il existe un centre commun, par exemple, pour les soins aux soldats blessés dans le but d'accroître ce type de coordination. On prend diverses mesures pour s'assurer que les dossiers de soins médicaux soient transmis sans heurt à Anciens Combattants Canada. Le personnel médical militaire s'emploie à faire en sorte qu'ACC et les soldats obtiennent l'information requise aux fins de leurs dossiers médicaux pour appuyer toute demande adressée à ACC en vue d'accéder à des services additionnels. Nous nous efforçons de consigner également tous les résultats de nos examens médicaux périodiques en vue du long terme, tant en ce qui concerne la santé mentale que les incapacités physiques, en plus des informations sur les expositions professionnelles ou industrielles susceptibles de causer un quelconque préjudice dans l'avenir.

Toutes ces informations sont consignées de façon centrale ou dans les dossiers médicaux individuels. Et tous les membres des forces armées peuvent transmettre ces dossiers au ministère des Anciens Combattants.

Pour ce qui est de votre deuxième question, l'évaluation à long terme post-Afghanistan est assurée principalement par cette Section de la santé des militaires déployés que j'ai mentionnée. Une partie de l'enregistrement et de la cueillette des données statistiques se retrouvera à devoir être effectuée par une direction distincte, soit la Direction de la prestation des services de santé. Il y a un effort qui s'améliore progressivement, et qui s'améliorera de façon encore plus importante lorsqu'un outil de gestion informatique de l'information appelé Système d'information sur la santé dans les Forces canadiennes sera en place pour permettre la cueillette et le regroupement des données à des fins d'analyse.

Entre-temps, nous avons amélioré les évaluations de santé postdéploiement que j'ai mentionnées plus tôt, et qui ont lieu entre trois et six mois après le retour du déploiement. Comme nous savons que certains traumatismes liés au stress opérationnel se manifesteront

après ces six mois, nous avons également des examens médicaux périodiques basés sur les lignes directrices du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Mais puisque ces lignes directrices pour des populations plus jeunes prévoyaient un examen tous les cinq ans seulement, nous avons conclu que ce n'était pas suffisant, particulièrement sur le plan de la surveillance en matière de santé mentale. Nous avons donc réduit l'intervalle à deux ans. Cet examen de santé périodique comprend des questions particulières sur la santé mentale, des questions validées, pour aider à déceler des problèmes de santé mentale à un stade précoce. Ainsi, tous les deux ans, sans égard au déploiement, nous pourrions également procéder à une évaluation et déceler des cas antérieurs qui auraient pu nous échapper car ils ne s'étaient pas manifestés avant le stade des six mois.

Enfin, il y a un sondage sur la santé et le style de vie que nous menons tous les quatre ans. Encore une fois, il est effectué par une autre section, alors je ne l'aborderai pas en profondeur. Je vais tâcher de m'en tenir à ma sphère de compétence. Une direction de la protection de la santé des forces s'occupe de la plupart des programmes préventifs en matière de santé, sauf en ce qui a trait à la santé mentale, qui est à ce point importante qu'elle fait l'objet d'une organisation distincte.

Dans ce sondage sur la santé et le style de vie, qui a lieu tous les quatre ans, on pose en particulier des questions aux membres, et l'exactitude de ces données est très bien validée par d'autres sources. Le dernier sondage a été réalisé en 2004, et le prochain aura lieu en 2008. Il nous fournira d'importantes données additionnelles et nous aidera à valider des informations, en plus de nous donner une meilleure idée d'un certain nombre de questions, y compris celle de la santé mentale. Ce sondage est envoyé par la poste à des milliers, voire même des dizaines de milliers de membres des Forces armées canadiennes, sans oublier la Réserve, de sorte qu'il implique un nombre important de réservistes.

• (1605)

Qui plus est, de façon périodique, et selon le sujet, des études ponctuelles supplémentaires sont réalisées. Par exemple, une série d'études très exhaustives ont été menées en ce qui concerne les anciens combattants de la guerre du Golfe. Nous déployons donc tout un éventail de mesures pour tenter d'assurer un suivi épidémiologique et d'exercer une surveillance médicale à l'égard de ceux qui reviennent d'Afghanistan ou de tout autre déploiement.

**L'hon. Bryon Wilfert:** Merci de votre réponse.

**Le président:** Vous avez environ une minute et 25 secondes. Souhaitez-vous réserver ce temps pour la prochaine série de questions?

**L'hon. Bryon Wilfert:** Je vais le céder à mon collègue, s'il vous plaît. Merci beaucoup.

**Le président:** Nous reviendrons à vous plus tard, messieurs.

Monsieur Bachand.

[Français]

**M. Claude Bachand (Saint-Jean, BQ):** Monsieur le président, je souhaite la bienvenue au général et au colonel.

Pourriez-vous nous décrire le cheminement de tel événement dans un théâtre d'opérations, par exemple sur une base avancée, à partir du moment où un soldat est victime d'une attaque? Comment cela se passe-t-il? D'abord, qui détermine la gravité de la blessure? Vous avez dit que tous les gens recevaient une première formation. Quand la blessure est plus grave, qui décide sur le terrain que l'individu qui vient de poser le pied sur une mine, d'être attaqué ou d'être victime d'un tir a besoin de soins supplémentaires? Qui dans le groupe est responsable de déterminer s'il s'agit d'une blessure grave ou moins grave et de décider qu'on peut la traiter sur place? Comment procédez-vous dans ce cas? Où transportez-vous le blessé en premier? Le transportez-vous à Kandahar et de là, s'il a besoin de soins supplémentaires, le transportez-vous en Allemagne?

**Lgén Michel Gauthier:** Le processus est très clair, mais il faut faire attention, du point de vue « *topsec* », de ne pas dévoiler tous les détails sur la façon dont nous prenons soin de nos soldats sur le terrain dans les cas d'urgence. C'est un défi que le colonel va relever.

**M. Claude Bachand:** Êtes-vous en train de me dire qu'il y a des choses classifiées?

**Lgén Michel Gauthier:** C'est classifié en ce sens que si je vous peins une image détaillée pour vous expliquer comment on réagit à une action ennemie, cela pourrait donner un avantage à ceux qui s'opposent à nos efforts en Afghanistan. C'est sérieux jusqu'à un certain point. Il s'agit simplement de faire attention à la façon de le décrire. Je pense qu'on peut quand même vous donner une bonne idée de la façon que cela fonctionne.

**Col Jean-Robert Bernier:** La détermination de la gravité de la blessure et la marche à suivre, la question de savoir si l'individu peut être traité sur place ou non ou s'il doit être transféré à un niveau plus élevé de soins reviennent toujours au personnel médical.

**M. Claude Bachand:** Y a-t-il du personnel médical sur chacune des bases avancées?

**Col Jean-Robert Bernier:** Oui, et même plus que cela. Dans la plupart des patrouilles, jusqu'à un certain niveau de déploiement, il y a du personnel médical. Même nos techniciens médicaux reçoivent une certaine formation pour identifier les problèmes de santé mentale.

**Lgén Michel Gauthier:** En principe, chaque élément détaché disposera d'une capacité de base en matière de personnel médical.

**M. Claude Bachand:** Pour décider de la gravité des blessures.

Une chose m'inquiète, et j'ai lu un article à cet effet. J'espère que vous allez être en mesure de répondre à ma question. On sait que les talibans nous écoutent presque en direct. On nous en fait souvent la remarque, mais j'y crois plus ou moins. Une base avancée peut être située de 200 ou 300 kilomètres de Kandahar. On m'a dit que si la personne en question décide d'évacuer un blessé, la condition très grave de celui-ci peut interdire le transport routier et exiger une évacuation par hélicoptère. C'est l'armée américaine qui procède aux évacuations. On n'a donc pas grand-chose à dire si les autorités américaines nous répondent qu'elles sont désolées, qu'elles n'ont pas d'hélicoptère disponible.

Dois-je comprendre qu'on administre les premiers soins à notre soldat jusqu'à ce qu'un hélicoptère américain soit disponible?

• (1610)

**Lgén Michel Gauthier:** À ce que je sache, les seuls cas de manque de capacités relatif aux hélicoptères avaient un rapport direct avec les conditions météorologiques sur le terrain, ce qui empêchait l'hélicoptère de voler. C'est le seul exemple que je connaisse. Le

colonel pourra peut-être donner d'autres exemples ou répondre de façon plus directe.

**Col Jean-Robert Bernier:** Lorsque les opérations sont planifiées, on s'assure toujours qu'il existe une façon d'évacuer les patients. Cet aspect est toujours pris en compte par la chaîne de commandement.

Présentement, les Américains fournissent ce service, mais tout est dirigé par la cellule médicale du quartier régional de l'OTAN, dont le directeur médical est un Canadien. Il détermine où vont les ressources nécessaires à l'évacuation, selon les besoins. Ainsi, si d'autres troupes — les Hollandais, les Britanniques ou les Américains — en avaient besoin, c'est-à-dire s'ils avaient des cas plus graves, ils auraient la priorité. De plus, quand les troupes reviennent, les blessés sont dirigés soit vers un hôpital canadien soit vers un hôpital d'un autre pays, celui qui est le plus approprié. Il n'est pas question de laisser le contrôle aux Américains à cet égard. Ils sont très généreux de nous fournir un service exceptionnel. Ce n'est pas ainsi parce qu'on n'a pas pu le fournir nous-mêmes, mais parce qu'ils nous l'ont offert lorsque nous avons planifié cette opération.

Nous sommes capables, si nécessaire, de fournir le personnel requis. Dans un tel cas, ce serait la responsabilité du commandant opérationnel du Commandement de la Force expéditionnaire du Canada.

**M. Claude Bachand:** Y a-t-il une évaluation du risque? Si on pense envoyer une patrouille dans un endroit que l'on sait très dangereux, s'assure-t-on, avant de les envoyer dans ce théâtre d'opérations, que des ressources hélicoptères sont disponibles au cas où il se passerait quelque chose?

**Lgén Michel Gauthier:** Absolument. La capacité d'évacuation médicale fait partie de la liste de vérification lors de la planification de l'opération. Il y a une série d'autres capacités importantes pour appuyer une opération. En ce qui a trait à l'évaluation et à la gestion du risque, évidemment, le commandant du groupe tactique déciderait, ou non, d'aller de l'avant avec ou sans ces moyens, selon le niveau de risque. Je vous assure que cela fait toujours partie du processus de planification.

[Traduction]

**Le président:** Merci.

Madame Black.

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

Je souhaite la bienvenue à vous deux à notre comité. C'est agréable de vous revoir.

Un rapport a été publié aujourd'hui par l'ombudsman du MDN et des FC — ou l'ombudsperson, je suppose — en ce qui a trait aux soins médicaux destinés aux réservistes. Je suis certaine que vous avez eu la chance de le parcourir. Il contenait des observations et des conclusions fort accablantes. En lisant le rapport, il m'est apparu très clairement qu'un faible niveau de suivi est effectué relativement aux soins destinés aux réservistes.

J'aimerais vous demander ce qui justifie cet écart entre les services que reçoit un soldat réserviste et ceux auxquels a droit un soldat de la force régulière. Je ne comprends pas pourquoi il en serait ainsi. Une partie du rapport révélait, par exemple, que pour la perte d'un membre, un réserviste peut obtenir 40 p. 100 de l'indemnisation accordée à un soldat des forces régulières.

Je suis sûre que vous avez lu le rapport. Il contenait des conclusions et des déclarations très troublantes.



Je souhaite seulement vous demander pourquoi le niveau de services médicaux est différent pour les réservistes. De toute évidence, cette situation dure depuis longtemps. Sur quoi se fonde-t-on? Comment en est-on arrivé là? Et que va-t-on faire pour y remédier?

• (1615)

**LGen Michel Gauthier:** Nous sommes tous les deux directement centrés sur les opérations qui se déroulent l'extérieur du pays ainsi que sur le soutien médical dans le contexte d'opérations à l'étranger. Le problème dont vous venez de parler concerne en fait les soins et les prestations accordés une fois qu'on est de retour au Canada plutôt que dans nos théâtres d'opération, alors je ne détiens pas vraiment l'expertise nécessaire pour me prononcer sur cette question, hélas.

J'imagine que le colonel Bernier vous dira la même chose.

**Col Jean-Robert Bernier:** Je vais devoir renvoyer la question à d'autres personnes. Cela concerne ACC, à certains égards, dans la mesure où les prestations...

**Mme Dawn Black:** Non, la question ne relève pas d'ACC.

**Col Jean-Robert Bernier:** Faisiez-vous allusion au droit à une pension?

**Mme Dawn Black:** Non. Il s'agissait de soins médicaux et du suivi de l'état de santé des réservistes à leur retour au pays.

**Col Jean-Robert Bernier:** Vous avez parlé de 40 p. 100 en ce qui a trait à une pension pour la perte d'un membre.

**Mme Dawn Black:** Je parlais du niveau de prestations moindre, oui.

**Col Jean-Robert Bernier:** Ce genre de choses comme les prestations et autres questions relevant du MDN sont du ressort du chef du Personnel militaire, et n'ont rien à voir avec les services de santé; et les autres éléments ne sont pas liés aux opérations.

Je peux dire, cependant, que tous les réservistes — car nous savons qu'il est plus difficile pour nous d'assurer un suivi postdéploiement en ce qui les concerne — ont spécialement droit à une consultation avec un médecin militaire avant leur retour chez eux, à la fin du déploiement. Ils doivent aussi, en vertu de la politique, subir le même dépistage renforcé six mois après le déploiement. En matière de soins, ils ont les mêmes droits que les membres de la force régulière pour ce qui est des blessures dont ils souffrent des suites de leur service militaire.

L'un des problèmes que vous relèverez, dans le rapport de l'ombudsman, concerne les applications inconstantes et incomplètes, et autres choses du genre. Il y a bien des raisons qui expliquent pourquoi il en a toujours été ainsi, dont le fait qu'il arrive un moment où le réserviste retourne à un service à temps partiel, en tant que réserviste de classe A, et c'est alors son gouvernement provincial qui a le mandat de lui offrir des soins de santé; il y a donc là une dimension d'ingérence dans un domaine de compétence provinciale.

Je peux vous assurer que les forces armées prendront cela très au sérieux. Je sais que c'est un problème dont on discute à l'interne depuis des années.

**Mme Dawn Black:** Il est clair qu'alors que de plus en plus de réservistes sont maintenant envoyés en Afghanistan — la proportion est à la hausse en comparaison avec d'autres missions — je pense que c'est une chose qui doit absolument être... Je crois que les Canadiens seront horrifiés lorsqu'ils liront ce rapport. Je l'ai moi-même été.

Vraiment, un soldat est un soldat. Je ne fais pas partie des forces armées, alors je ne comprends pas pourquoi il y aurait une différence

de culture. Je retiens ce que vous avez dit, c'est-à-dire que vous êtes responsables des soins aux militaires qui participent à une mission, mais j'enjoins quiconque a une influence à cet égard de régler ce problème. Cela semble totalement injuste.

**Lgén Michel Gauthier:** Je ne doute absolument pas que le chef d'état-major de la Défense, le chef du Personnel militaire et le médecin-chef recevront tous le rapport de l'ombudsman avec le plus grand intérêt. En ce qui nous concerne — puisque nous sommes axés sur l'étranger — ce que nous pouvons dire, c'est qu'il n'y a absolument aucune différence entre un soldat réserviste et un soldat de la force régulière pour ce qui est de l'aide, des soins et des examens qu'ils reçoivent. Ils sont tous des soldats en déploiement.

**Mme Dawn Black:** Quand ils participent à une mission, oui.

Mon autre question fait suite à celle de M. Bachand. Il vous a interrogé au sujet des blessures dont on est victime dans les bases d'opérations avancées. J'aimerais particulièrement vous interroger au sujet des traumatismes liés au stress opérationnel et du syndrome de stress post-traumatique dans les bases avancées. Comment y fait-on face? Avez-vous déjà eu à renvoyer des soldats d'une base avancée en raison de traumatismes liés au stress opérationnel? Pourriez-vous me dire comment cela fonctionne, sans contrevenir à la confidentialité des informations que vous souhaitez respecter?

• (1620)

**Col Jean-Robert Bernier:** Nos auxiliaires médicaux sur des bases avancées, ou autre personnel médical — y compris les médecins militaires ou les techniciens médicaux — ont reçu une formation et peuvent identifier les personnes qui éprouvent des problèmes. Les gens peuvent également approcher un aumônier, s'il y en a un, ou encore leur supérieur dans la chaîne de commandement. Il y a également des compagnons-conseillers qui sont formés, un personnel non médical ayant reçu une formation spéciale pour aider à identifier et à soutenir les personnes qui souffrent de réactions au stress normales après un incident traumatisant.

À n'importe quel moment, si l'une de ces personnes devait, ou souhaitait être examinée à un niveau plus élevé — ou encore, si n'importe lequel des fournisseurs de soins de santé le jugeait nécessaire — elle pourrait alors être dirigée vers une évaluation approfondie par un médecin militaire ou des spécialistes en santé mentale. Que ce soit lorsqu'elles se trouvent sur la base d'opérations avancées, ou une fois que leur sous-unité l'aura quittée par l'effet d'une rotation pour revenir à Kandahar, ces personnes pourront en tout temps être examinées. Elles peuvent accéder directement aux services; elles n'ont pas à faire l'objet d'une recommandation par un médecin militaire, et ont la possibilité de s'adresser directement à un travailleur social ou à n'importe lequel des professionnels des soins de santé.

**Mme Dawn Black:** Quelqu'un a-t-il déjà dû quitter une base avancée à cause d'un traumatisme lié au stress opérationnel?

**Col Jean-Robert Bernier:** Je ne connais pas la réponse à cette question. Des gens ont dû être retirés au milieu d'un... Mais c'est une chose...

**LGen Michel Gauthier:** Ce ne sont pas des informations qu'on transmet normalement et régulièrement dans la chaîne de commandement jusqu'à Ottawa, ni dont on conserve la trace. Je peux vous dire que j'ai connaissance de certaines situations où cela s'est produit.

**Le président:** Merci.

**Mme Dawn Black:** C'est tout?

**Le président:** Oui, c'est tout. Quand on pose de bonnes questions et qu'on obtient de bonnes réponses, le temps file.

Monsieur Hawn, c'est votre tour, puis nous céderons de nouveau la parole à l'opposition officielle.

**M. Laurie Hawn (Edmonton-Centre, PCC):** Merci, monsieur le président, et merci à vous deux de votre présence.

J'aimerais apporter une précision en ce qui concerne la première question de Mme Black, à savoir que le ministère a déjà donné suite à certaines recommandations du rapport de l'ombudsman et qu'une proposition a été déposée auprès du Conseil du Trésor en vue d'uniformiser les indemnités accordées aux soldats de la force régulière et de la réserve. J'ignore ce qu'il en est des délais, mais on a agi à cet égard. Une action est en cours.

Général, j'aimerais vous poser une question en lien avec celle de M. Bachand.

Pourriez-vous nous décrire le degré de coopération et de soutien mutuel entre les alliés et les attitudes qu'ils adoptent les uns envers les autres dans les moments difficiles — une attaque, des blessures, etc. —, et nous dire si l'on se voit comme des Américains, des Canadiens, des Britanniques, des Hollandais, ou comme une seule entité? Pourriez-vous commenter là-dessus?

**Lgén Michel Gauthier:** Cette pensée me fait sourire, parce que j'ai vu ce genre de situations lors de visites à l'étranger, surtout lorsque des vies sont en jeu. L'attitude, l'environnement de travail, l'esprit qui règne dans les installations de Rôle 3, par exemple, où il n'y a pas seulement des Canadiens mais aussi d'autres nations, où des équipes arrivent ensemble, que ce soit dans des hélicoptères américaines, britanniques, hollandaises ou autres, on est là-bas pour mener à bien la mission. On est tous là-bas pour venir en aide aux soldats. Rien n'est plus important que de leur apporter ce soutien.

Il n'y a pas de bureaucratie. Il n'y a pas de murs ni de barrières internationales qui feraient en sorte que nous n'offrions pas un soutien parce que telle chose nous appartient, et que nous ne voulons pas la partager — absolument pas —, surtout lorsque des membres et des vies sont en jeu.

**M. Laurie Hawn:** De toute évidence, vous êtes tous les deux davantage du côté du personnel, en ce moment. Je sais que les opérateurs détestent entendre cela. Avec toutes ces choses qui se passent et l'action qu'il y a sur le terrain, comment avez-vous trouvé la transmission de l'information, des commandants sur le terrain jusqu'au Commandement de la force expéditionnaire du Canada en tant qu'employeur des forces armées? Depuis les responsables de la mise sur pied de la force jusqu'au théâtre des opérations, la transmission de l'information est-elle rapide et efficace? Y a-t-il des choses que vous souhaiteriez améliorer sur ce plan?

**Lgén Michel Gauthier:** Je vais parler dans une perspective opérationnelle et de commandement, puis le colonel Bernier pourra vous donner son propre point de vue.

Le fait est qu'en tant que commandant, j'ai du personnel qui examine toute l'information qui circule. Il est clair que beaucoup de renseignements parcourent la chaîne de commandement. Mon personnel me fait part des éléments importants, soit parce qu'il sait que ceux-ci m'intéresseront naturellement, soit parce qu'il a besoin de mon aide pour orienter les choses d'une certaine manière.

À cet égard, je dirais que je me renseigne tout autant en exerçant mes fonctions de commandant qu'au moyen de l'information qui me parvient. Autrement dit, je vais en Afghanistan pour discuter avec les soldats et les commandants de pelotons, de compagnies et de bataillons. J'écoute leurs histoires; je me rends sur place aux unités

de Rôle 3 et de Rôle 1 pour discuter avec les gens, qui me font part de leur opinions sur le déroulement des choses.

Dans le domaine particulier du stress opérationnel et de la santé mentale, nous comprenons tous que tout n'est pas noir ou blanc. Il y a beaucoup de gris pour ce qui est de la ligne de démarcation entre ce qui constitue une blessure, et ce qui est simplement l'effet d'une pression normale. Il y a beaucoup de stress et de tensions dans le théâtre des opérations. Les troupes se réunissent — et le général Laroche et moi-même avons eu cette conversation dans un passé pas si lointain —, et réagissent naturellement face aux choses difficiles qui se produisent là-bas. Cela peut se traduire par de la peur, du stress, etc. Comment surmonte-t-on cela? Au premier niveau; au niveau immédiat, l'équipe dont on fait partie se réunit — et nous le comprenons tous très bien, dans le monde militaire — et tire des forces de cette expérience. Ensemble, on trouve le moyen de se redresser pour faire face au prochain défi.

Par la chaîne de commandement, on m'a rapporté bien peu de cas qui étaient accompagnés d'un signal d'alarme — je dirais aucun, en fait —, pour un problème important associé à un stress opérationnel qui aurait nécessité mon attention. En même temps, je conçois que dans un environnement très dur, le stress opérationnel est élevé. Il faut y réagir en utilisant divers moyens; certains seront d'ordre médical, professionnel ou technique. Dans certains cas, les soldats se réuniront simplement et réagiront de la bonne façon. Certains sont liés au leadership, etc.

Voilà donc une réponse décousue à votre question. Je vous dirais que j'ai une bonne idée des exigences sur le théâtre des opérations, ainsi que des défis, et que je peux dire s'il y a des problèmes en ce qui concerne toute une série de questions, bien sûr. Un système est en place, qui me permet de savoir s'il y a lieu d'être alarmé, et si je dois régler un problème particulier; et nous faisons cela régulièrement.

•(1625)

**Le président:** Il vous reste moins d'une minute.

**M. Laurie Hawn:** Très bien.

**Col Jean-Robert Bernier:** Je veux juste mentionner rapidement que nous avons des rapports hebdomadaires sur certains types de visites cliniques, et cela nous donne une bonne idée des tendances et des besoins.

Il y a chaque jour de nombreuses communications entre le personnel affecté à Rôle 3 et celui de l'unité de soutien aux services de santé, de même qu'entre cette unité et le conseiller médical du général Gauthier, le médecin-chef de COMCEF. Il y a aussi des visites par le personnel. Plus important encore, je parle chaque semaine une ou deux heures au téléphone avec l'officier responsable de l'unité de soutien aux services de santé, ce qui me permet d'être bien au fait de la situation.

Si l'on tient compte de la tonne d'autres mesures que nous prenons, dont les rapports réguliers d'analyse après action, on peut dire que nous avons une très bonne idée de ce qui se passe sur le terrain.

**M. Laurie Hawn:** On parle surtout de l'Afghanistan mais, comme vous l'avez indiqué, il y a bien d'autres missions en cours actuellement. Y a-t-il d'autres préoccupations qui découlent de ces missions-là? Nous avons tendance à les oublier, car l'Afghanistan retient toute notre attention. Est-ce que ces autres missions soulèvent des inquiétudes d'un type particulier?

**Le président:** Je suis désolé, mais il faudra revenir plus tard à cette question. Vous n'avez plus de temps.

Voilà qui termine notre premier tour de sept minutes. Nous passons maintenant aux interventions en cinq minutes en débutant avec l'opposition officielle, qui sera suivie du gouvernement et du Bloc.

Monsieur Murphy, ou n'importe lequel de vos collègues, vous avez cinq minutes.

**M. Alan Tonks (York-Sud—Weston, Lib.):** J'ai une très brève question concernant les rapports que vous recevez et les problèmes qui peuvent y être signalés. Pour ce qui est des troubles de stress post-traumatique, vous avez pris bien soin de nous parler dans votre exposé des règles de pratique normales de la psychiatrie et de la médecine du travail. Y a-t-il eu des signaux d'alerte relativement à un recours anormalement élevé aux médicaments dans le traitement psychiatrique de ces troubles de stress?

**Col Jean-Robert Bernier:** Je n'ai jamais entendu parler d'un recours démesuré aux médicaments.

Parlez-vous de la situation sur le théâtre des opérations?

• (1630)

**M. Alan Tonks:** Oui, dans le schéma thérapeutique.

D'après ce que j'ai pu apprendre très indirectement à propos du traitement des troubles post-traumatiques, monsieur le président, on connaîtrait actuellement dans le secteur civil des problèmes à tous les niveaux, du traitement du syndrome de Down — qui est inapproprié, dans certains cas — jusqu'aux soins prodigués dans les centres d'hébergement. Il semble qu'on aurait tendance à abuser des médicaments pour ces traitements. Je me demandais s'il pouvait y avoir un lien avec les traitements offerts à domicile et quelles pouvaient en être les conséquences, car j'ai peine à m'imaginer les pressions qui s'exercent sur les membres de nos forces. Je voulais juste savoir si les instances militaires avaient noté cette situation, car des problèmes inhérents y sont associés.

**Col Jean-Robert Bernier:** Nous n'avons décelé aucun problème quant à la prescription excessive de médicaments. Toutes nos pratiques sont fondées sur l'expérience clinique; les médicaments sont toujours prescrits en fonction de faits bien établis.

Nous nous devons d'ailleurs de faire particulièrement attention aux médicaments qui sont prescrits en raison des effets secondaires possibles et des impacts qui pourraient s'ensuivre sur nos opérations. Alors, il est même encore plus important pour nous de voir à minimiser le recours aux médicaments pour le traitement de nos membres.

Toutes les mesures que nous prenons, notamment au niveau des soins psychiatriques, s'inspirent de l'expérience clinique et des pratiques exemplaires en la matière.

**Le président:** Monsieur Murphy, vous avez cinq minutes.

**L'hon. Shawn Murphy (Charlottetown, Lib.):** J'ai une question qui touche d'une manière générale l'utilisation accrue des réservistes.

Je vous rappelle que je ne suis pas un membre régulier de ce comité, mais ma collectivité compte un nombre considérable de familles de militaires. Je n'ai jamais eu vent de plaintes ou de préoccupations relativement aux traitements médicaux dispensés sur le théâtre des opérations. Je pense que vos témoignages d'aujourd'hui vont dans le même sens et qu'il y a tout lieu de vous en féliciter. Il est bien évident que nous ne nous attendons à rien de moins de votre part et que vous faites la fierté des Canadiens.

Mais je me dois de constater que les hommes et les femmes qui rentrent de mission éprouvent des problèmes d'adaptation lorsque vient le temps de réintégrer la société. C'est d'ailleurs un problème

qui semble plus criant chez les réservistes que chez les membres des forces régulières. Ce n'est pas une constatation qu'ils font eux-mêmes; c'est habituellement leur conjoint ou, plus souvent, leurs parents qui notent leurs difficultés à s'adapter. Ces difficultés d'adaptation s'accompagnent parfois d'une perte d'emploi ou de problèmes de consommation d'alcool.

Dans bien des cas, le traitement de suivi assuré par le ministère de la Défense nationale n'est pas à la hauteur des attentes. Je sais que cela n'est pas de votre ressort, mais comme cette mission va manifestement se poursuivre pendant quelques années encore — trois ans — ne risque-t-on pas de se retrouver à l'avenir avec un plus grand nombre de réservistes aux prises avec ce problème, et ce, de façon encore plus marquée qu'actuellement?

Supposons un commis-comptable qui ne parvient pas à se réadapter en rentrant chez lui après six mois passés sur un théâtre d'opérations, comparativement à un militaire de carrière pour lequel la réadaptation n'est pas nécessairement aussi difficile lorsqu'il revient au pays, quoique je ne sois pas vraiment en mesure de l'affirmer; c'est d'ailleurs pour cette raison que j'aimerais savoir ce que vous en pensez.

En ma qualité de député, c'est ce que je peux constater dans ma collectivité, mais je vous répète que je n'ai entendu que des compliments relativement à ce qui se passe en mission.

**Le président:** Désolé, mais il ne reste qu'environ une minute pour répondre.

**Lgén Michel Gauthier:** Je ne peux pas faire de commentaires à ce sujet; cela ne relève certainement pas de mes responsabilités.

**Col Jean-Robert Bernier:** Je voulais juste dire que nous sommes conscients depuis un bon moment déjà de cette disparité au chapitre du soutien social. Lorsque les réservistes quittent leur unité et les troupes au sein desquelles ils sont déployés, ils ont accès à moins de mesures de soutien au sein de leur unité de la réserve lorsqu'ils rentrent à la maison. Ils bénéficient donc dans une moindre mesure du soutien des pairs, comparativement aux membres des forces régulières, sans compter le problème de l'éloignement par rapport aux services offerts.

Mais nous tenons à rejoindre ces réservistes, et nous intensifions nos efforts en ce sens. Je ne sais pas si le CPM a mentionné certaines des mesures envisagées, mais je sais qu'une partie d'entre elles ont été rendues publiques. Il y a notamment la possibilité d'établir des services d'approche améliorés en ayant recours à des infirmières de liaison utilisant des ambulances de campagne de la réserve ou à des firmes de soins médicaux de manière à pouvoir assurer un meilleur suivi de ces réservistes et de leurs problèmes, et d'éliminer les obstacles pour leur faciliter l'accès aux traitements offerts par les Forces canadiennes lorsqu'ils en ont besoin.

• (1635)

**Le président:** Madame Gallant, puis nous reviendrons à M. Bouchard.

**Mme Cheryl Gallant (Renfrew—Nipissing—Pembroke, PCC):** Merci, monsieur le président.

Je veux demander par votre entremise à nos témoins quelles sont les trois blessures les plus fréquentes subies par nos soldats déployés en Afghanistan. Je parle ici de blessures sérieuses, pas d'ampoules ou de chevilles tordues.

**Col Jean-Robert Bernier:** Tout dépend de la phase de l'opération et des rotations qui ont été effectuées. La situation varie dans chaque cas.

**Mme Cheryl Gallant:** D'accord, si l'on parle des blessures causées par les engins explosifs artisanaux.

**Col Jean-Robert Bernier:** En raison de ces engins, les blessures les plus fréquentes actuellement touchent la jambe inférieure, la région pelvienne et la tête.

**Mme Cheryl Gallant:** Merci.

J'aimerais voir un graphique, un diagramme à barres, présentant les blessures les plus courantes sur l'axe des X — mutilation, haut de la jambe, sous le genou, bras, mains, etc. — et le nombre de cas sur l'axe des Y. Nous aurions ainsi une meilleure idée du type de blessures.

Pour les blessures causées par les engins explosifs, vous avez parlé de la région pelvienne et des jambes. Je crois que certains membres de nos forces portent un protecteur spécial pour la région pelvienne. Au sein d'autres forces militaires, cela fait partie de l'équipement normal. Y a-t-il un projet ou des mesures en cours afin de se procurer un protecteur semblable pour nos militaires en mission?

**Lgén Michel Gauthier:** En bref, je vous dirais que oui. Vous pourriez obtenir plus de détails auprès de l'armée. Le commandant de l'armée pourrait vous renseigner à ce sujet. Nous pourrions aussi le vérifier pour vous.

**Mme Cheryl Gallant:** Est-ce qu'ils sont offerts maintenant?

**Lgén Michel Gauthier:** La dernière fois que je me suis rendu sur le théâtre des opérations, on m'a dit qu'on commençait à les utiliser.

**Mme Cheryl Gallant:** On les met à l'essai en ce moment?

**Lgén Michel Gauthier:** Sur le théâtre des opérations.

**Mme Cheryl Gallant:** Donc, ils sont disponibles.

**Lgén Michel Gauthier:** C'est ce qu'on m'a dit, mais nous allons obtenir des précisions à ce sujet.

**Col Jean-Robert Bernier:** On travaille à mettre en oeuvre des mesures beaucoup plus rigoureuses encore. Les renseignements à ce sujet sont classifiés pour des motifs de sécurité des opérations, mais plusieurs autres moyens permettront sûrement d'assurer une protection plus complète.

**Mme Cheryl Gallant:** Alors, tout soldat qui circule en véhicule blindé léger ou qui patrouille à pied a accès à ce genre d'équipement ou y aura accès à court terme.

**Lgén Michel Gauthier:** Oui, mais je ne pourrais pas vous dire quand exactement. Pour vous donner une réponse un peu plus large, je vous dirais qu'on suit le dossier de très près sur le théâtre des opérations et au Canada, et qu'on tient compte de plusieurs aspects, tant sur le plan médical qu'au point de vue de l'équipement.

À la lumière des analyses que nous menons, nous avons apporté des correctifs à notre flotte de véhicules pour mieux les protéger, ainsi qu'aux tenues de protection personnelle. Les dispositifs de protection évoluent constamment. Alors, on pourrait citer ces protecteurs en exemple, mais la question est beaucoup plus complexe.

**Mme Cheryl Gallant:** Merci.

Est-ce que tous les soldats, ou tous les militaires canadiens déployés, peuvent être équipés d'un protège-gorge — la partie qui s'attache au collet de leur tenue — s'ils le désirent?

**Lgén Michel Gauthier:** Je ne peux pas répondre à cette question. Je n'ai pas l'information, mais je peux vérifier.

**Mme Cheryl Gallant:** Pouvez-vous nous revenir à ce sujet?

En terminant, pouvez-vous nous décrire, étape par étape, le processus que doit suivre un soldat pour essayer, dans un premier temps, de demeurer au sein des forces militaires s'il a subi une amputation? Disons qu'on a dû lui amputer une jambe. S'il lui est impossible de rester dans les forces militaires, que doit-il faire pour obtenir toutes les formes d'indemnisation auxquelles il a droit de la part du ministère de la Défense nationale, du RARM et des Anciens Combattants? Pouvez-vous m'expliquer les étapes à franchir?

● (1640)

**LGen Michel Gauthier:** Je suis désolé, mais je ne peux pas répondre à cette question-là non plus. Ce sont d'excellentes questions, mais je ne suis malheureusement pas la bonne personne pour y répondre. Le chef du personnel militaire serait mieux placé que moi pour vous donner ces renseignements.

**Mme Cheryl Gallant:** Merci.

Je céderai la parole à mon collègue pour le temps qu'il me reste.

**Le président:** J'ai bien peur que votre temps ne soit écoulé. Vous devrez vous entendre avec votre collègue.

Monsieur Bouchard, vous avez cinq minutes.

[Français]

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

Je remercie également le lieutenant-général et le colonel d'être parmi nous.

Ma question est d'ordre général et s'adresse justement au lieutenant-général.

On constate que le nombre de militaires en mission à l'étranger est élevé. La plus importante mission est celle de l'Afghanistan. Les militaires y sont affectés selon un système de rotation. Certains d'entre eux partent, et d'autres sont recrutés. On sait que le recrutement n'est pas facile et qu'il y a des contraintes à cet égard. Le fait que ces militaires soient impliqués à répétition ou plus souvent dans cette rotation pourrait avoir des répercussions sur la santé.

Le nombre de militaires participant aux missions à l'étranger est-il suffisant, plus précisément en Afghanistan?

**Lgén Michel Gauthier:** Encore une fois, je ne suis pas nécessairement l'expert pour ce qui est des répercussions du recrutement et de l'attrition dans les Forces canadiennes ou dans l'armée. Le chef du personnel militaire ou le commandant de l'armée de terre seraient mieux placés pour répondre à ces questions. Jusqu'à maintenant, aucun problème ne nous a été soumis par l'armée de terre, à mon niveau, concernant la capacité des Forces canadiennes de fournir des troupes pour accomplir la mission. On ne prévoit pas qu'il y en ait d'ici 2011 non plus.

**M. Robert Bouchard:** Merci.

Vous nous avez parlé, dans le cadre de votre mission en Afghanistan, à Kandahar, de vos effectifs en matière de soins de santé. Vous avez dit également que le temps d'attente n'était pas long. J'aimerais que vous me disiez concrètement ce que ça représente pour un militaire qui requiert un service de santé. Parle-t-on de jours ou de semaines?

**Col Jean-Robert Bernier:** Normalement, on parle d'heures ou, au maximum, de quelques jours. En ce qui concerne les problèmes aigus, le service est immédiat, 24 heures par jour, sept jours par semaine.

**M. Robert Bouchard:** Quelle importance la Défense nationale accorde-t-elle à la réhabilitation des militaires ayant reçu des soins à la suite de blessures psychologiques qu'on pourrait qualifier de graves ou de moyennement graves et qui veulent réintégrer les opérations?

**Lgén Michel Gauthier:** Je dirais que c'est d'une importance primordiale.

Je vais laisser le colonel Bernier parler plus concrètement de ce qui a trait à notre système de santé.

**Col Jean-Robert Bernier:** Toutes les ressources disponibles sont fournies pour maximiser la réhabilitation. Celle-ci peut prendre des années, mais on garde ces personnes dans l'armée. À un moment donné, si on est certains qu'aucune amélioration n'est encore possible, on procède à une évaluation pour déterminer si cette personne peut continuer à servir en tant que militaire. La décision à savoir si les Forces canadiennes peuvent continuer à l'employer se prend à ce moment-là.

● (1645)

**M. Robert Bouchard:** Il y a donc plusieurs étapes, et l'évaluation est simplement l'une d'entre elles.

**Col Jean-Robert Bernier:** On fait continuellement des réévaluations, et aussi longtemps que cette personne a des chances, à l'aide de traitements de réhabilitation, de reprendre le service militaire d'une façon jugée acceptable par les Forces canadiennes, elle est gardée dans l'armée.

**Lgén Michel Gauthier:** C'est pour nous un principe de base. Absolument rien ne devrait être plus important que de prendre soin de ceux qui ont été blessés en servant leur pays outre-mer. C'est la façon dont nous voyons les choses, soyez-en assurés.

[Traduction]

**Le président:** Très bien, merci.

Nous allons entendre M. Tonks, suivi de M. Lunney.

**M. Alan Tonks:** Merci.

Colonel Bernier, je ne fais pas partie de ce comité et je n'ai pas entendu les témoins précédents, alors j'ai vraiment besoin qu'on m'éclaire sur le sujet.

Quand un militaire est démobilisé après avoir pris part aux opérations, cela signifie pour moi qu'il a quitté les Forces. Peut-il bénéficier du même suivi pour les troubles de stress post-traumatique ainsi qu'en matière de santé mentale? A-t-il droit aux mêmes services que les soldats qui sont revenus au pays et qui pourraient être redéployés? Autrement dit, fait-il toujours partie des Forces?

**Col Jean-Robert Bernier:** C'est au ministère des Anciens Combattants qu'il revient de veiller aux soins liés au service militaire du personnel qui a été libéré des forces armées. Nous n'avons plus le mandat légal de leur fournir des soins de santé. Nous mettons tout en oeuvre pour que leur transition vers le ministère des Anciens Combattants se déroule sans heurt et afin qu'ils reçoivent toutes les indemnités auxquelles ils ont droit. Je ne peux pas vous décrire le processus en détail, car cela n'est pas de mon ressort. Nous n'assurons pas de suivi auprès d'eux, sauf dans les cas où sont menées des études ponctuelles pour lesquelles nous devons retrouver les dossiers de ceux qui sont partis.

Je peux vous parler d'un cas précis, c'est-à-dire une étude sur le taux de mortalité des anciens combattants de la guerre du Golfe. Grâce à une collaboration étroite et soutenue de Statistique Canada, nous avons pu faire un suivi auprès des anciens combattants qui étaient partis depuis longtemps des forces armées. Nous voulions

obtenir le plus de dossiers possible, le plus d'information possible, pour pouvoir évaluer l'impact à long terme. Nous collaborons régulièrement avec le ministère des Anciens Combattants, mais généralement, lorsque des militaires quittent les forces armées, nous n'avons plus le mandat légal, ni aucun autre mandat d'ailleurs, de continuer à leur fournir des soins.

Le ministère des Anciens Combattants offre son propre ensemble de services. Dans certains cas, il s'agit de services encore plus complets. Je ne sais pas tout ce que ça comprend, mais je sais qu'ils offrent un programme de traitement très généreux aux soldats qui ont subi des blessures dans le cadre de leur service militaire.

**M. Alan Tonks:** A-t-on effectué des analyses statistiques sur le nombre de soldats qui ont été suivis dans le cadre d'un régime médical professionnel, qui sont rentrés à la maison et qui ont continué à servir dans les Forces? Avez-vous des statistiques sur le nombre de soldats qui ont repris le service actif après s'être remis d'un trouble de stress post-traumatique?

**Col Jean-Robert Bernier:** Je ne sais pas si des études ont été faites à cet égard. À la Direction des politiques médicales, dont je vous ai parlé, la section responsable de la santé des militaires déployés mène des recherches de ce genre. Mais, en ce qui me concerne, je ne connais aucune étude précise...

Je sais qu'il y a eu des études sur les symptômes que pouvaient présenter les militaires trois à six mois après leur déploiement. Ces études ont été entreprises six ans après la guerre du Golfe, au début du déploiement à Kaboul et, plus récemment, aux premiers jours de mission dans les autres régions de l'Afghanistan. Elles visaient à déterminer le pourcentage des militaires ramenés au pays qui participent au programme amélioré de dépistage médical post-déploiement. Notez bien que l'on parle de dépistage et non de diagnostic, mais les résultats obtenus jusqu'à présent ne sont pas alarmants. Dans certains cas, il est rassurant de constater que les gens vont consulter beaucoup plus tôt. Autrement dit, on commence à faire fi des préjugés, obstacles et autres facteurs de dissuasion et on ose aller chercher de l'aide plus rapidement. C'est une bonne chose, parce que plus les gens sont traités rapidement, moins ils sont susceptibles de souffrir de troubles chroniques.

● (1650)

**M. Alan Tonks:** Très bien, merci.

Merci, monsieur le président.

**Le président:** Monsieur Lunney, vous avez cinq minutes.

**M. James Lunney (Nanaimo—Alberni, PCC):** C'est une bonne introduction pour le point que je veux aborder, c'est-à-dire les commentaires du général Gauthier à propos des activités de décompression post-déploiement comme partie intégrante du processus de retour.

Je vous cite:

Ce programme est conçu comme une injection contre le stress de réintégration en fournissant une voie intermédiaire entre la structure dangereuse, rapide et rigide du théâtre de combat et l'environnement au foyer.

C'est l'intention, en tout cas.

Je crois, général Gauthier, que vous étiez à la tête de ce programme. Je veux simplement vous dire que des gens sont venus témoigner de l'importance de cette période de décompression. J'imagine que c'est à ce moment-là qu'on fait appel à d'autres militaires pour conseiller ceux qui reviennent. Je crois que ça renvoie aux remarques du colonel Bernier à propos du fait que les gens consultent plus tôt et qu'ils obtiennent ainsi de meilleurs résultats. Je tiens donc à vous féliciter pour cette initiative, qui me semble excellente.

Cela étant dit, j'aimerais vous poser une question. Vous avez mentionné plus tôt qu'environ 85 p. 100 des militaires reviennent au pays en bonne santé. Environ 15 p. 100 sont victimes de stress opérationnel, dont la plupart se remettent complètement, si je comprends bien. Nous avons des alliés en Afghanistan, quelque 26 pays. Il est évident que toutes les troupes ne jouent pas le même rôle, mais celles du Canada, des États-Unis et de l'Angleterre ont une mission davantage anti-insurrectionnelle. Est-ce que nos alliés affichent à peu près les mêmes pourcentages pour ce genre de blessures?

**Col Jean-Robert Bernier:** Certains chiffres se ressemblent beaucoup, en effet. Mais les statistiques peuvent facilement varier, étant donné que nos troupes ne sont pas nécessairement déployées de la même façon.

Par exemple, une étude menée récemment par les États-Unis a montré que leurs troupes déployées en Irak affichaient un taux plus élevé de symptômes suggérant un trouble de stress post-traumatique six mois après leur déploiement. Mais l'étude portait sur des déploiements de 12 mois et non de 6 mois.

Il y a assez de différences pour fausser les résultats et il est souvent impossible de faire des comparaisons valables.

**M. James Lunney:** C'est comme comparer des pommes et des oranges.

**Col Jean-Robert Bernier:** Exactement.

**M. James Lunney:** Je comprends parfaitement.

J'aimerais préciser la question que M. Tonks a posée plus tôt à propos des médicaments. Je crois qu'il fait plutôt référence au fait que, partout dans le monde, on s'interroge sur la meilleure façon de traiter la dépression en général, pas seulement dans le contexte militaire, vu les piètres résultats que donnent les médicaments antidépresseurs.

Mais je suis heureux de pouvoir dire — rapidement, à titre d'information pour Alan — qu'on examine d'autres options. On pourrait recourir à une initiative de désensibilisation des mouvements oculaires et de retraitement, une méthode naturelle ou mécanique de traitement qui aide les patients à revisiter leur traumatisme. Cela semble bien fonctionner. Je crois d'ailleurs que le comité entendra le témoignage de quelques soldats qui ont bénéficié de ce traitement.

Là-dessus, je cède la parole à mon collègue.

[Français]

qui attend patiemment de poser une question.

**M. Steven Blaney (Lévis—Bellechasse, PCC):** Vous êtes très cruel, cher collègue.

[Traduction]

Deux minutes... j'ai besoin de deux minutes pour mon introduction seulement.

[Français]

Merci, cher collègue.

Merci, monsieur le président. Je vais peut-être m'en remettre à votre discrétion.

Je veux d'abord vous remercier d'être venus nous rencontrer. J'ai écouté votre allocution, dans laquelle vous avez parlé de l'hôpital militaire de la base de Kandahar. Comme plusieurs membres du comité, j'ai eu la chance de m'y rendre et de constater le professionnalisme des soins qui y sont dispensés. Encore plus récemment, un infirmier auxiliaire des forces régulières provenant de ma circonscription est revenu de là-bas. Il va sans dire qu'il y a vu des choses qui l'ont beaucoup ébranlé.

Ça nous amène à parler d'une maladie professionnelle, le syndrome de stress post-traumatique. Vous nous en avez fait une assez bonne description, mais il est normal que nous restions un peu sur notre faim. En effet, on constate, en vous écoutant, dans quel environnement se développe la maladie. On sait que les effets de celle-ci peuvent durer des décennies. Ce qui se passe au cours de quelques mois ou années peut avoir des répercussions. Vous avez parlé des effets à long terme. M. Lunney a dit que 15 p. 100 des militaires étaient susceptibles de développer des troubles psychologiques à la suite de ces événements. Si le nombre de militaires ayant déjà participé à la seule mission en Afghanistan est de 25 000, on parle donc de 3 000 à 4 000 individus.

Sur le terrain, les militaires s'autodiagnostiquent-ils? Rapportent-ils, par exemple, que certains de leurs collègues souffrent d'un problème? Comment les choses se passent-elles? Je veux aussi préciser que nous avons rencontré le *Padre* lors de notre voyage en Afghanistan et qu'il nous a fait part des défis qui se présentent.

Par ailleurs, ne serait-il pas temps que les Forces canadiennes envisagent de mettre sur pied des structures d'accueil à long terme, compte tenu de la longue durée de ces séquelles, de ces syndromes qui se développent?

• (1655)

[Traduction]

**Le président:** Juste avant que vous ne répondiez, je vais vous expliquer comment nous allons procéder, parce que les cinq prochaines minutes sont consacrées à l'opposition officielle, et nous reviendrons ensuite du côté du gouvernement. Alors je vous accorde les cinq prochaines minutes pour répondre à ces deux questions.

On vous écoute, vous avez cinq minutes. On entendra les autres intervenants juste après.

[Français]

**Lgén Michel Gauthier:** Je vais vous donner une courte réponse à la première question et je vais laisser mon collègue répondre à la deuxième.

À l'intérieur d'une section d'infanterie, d'un équipage blindé ou d'un véhicule quelconque, chacun des individus voit ses camarades et suit de près leur comportement, ce qu'il disent et font tous les jours. Il y a une interaction très personnelle entre deux individus, mais cela dépend des individus. Si c'est plus sérieux, on va en glisser un mot au commandant adjoint de la section et lui demander ce qu'il en pense. À un moment donné, selon la gravité de la situation, ou la chaîne de commandement est impliquée et tente de rectifier la situation, ou on engage des professionnels de la santé pour s'occuper de la situation.

Vous devriez poser cette question au général Grant, au général Laroche et au colonel Hetherington, que vous allez recevoir au cours des prochaines semaines. Ils pourront vous donner une idée concrète de la réaction sur le terrain.

**Col Jean-Robert Bernier:** C'est ainsi. On reçoit des blessés qui nous sont référés par des pairs, du personnel médical sur place, des aumôniers, et plusieurs se présentent à nous directement.

**M. Steven Blaney:** Pouvez-vous faire quelques commentaires sur les répercussions à long terme.

**Col Jean-Robert Bernier:** Voulez-vous parler des traumatismes psychologiques?

**M. Steven Blaney:** Oui, car il va y avoir des répercussions à long terme. Il va falloir que les troupes canadiennes aient des bases, qu'elles soient en mesure de traiter les syndromes qui se développent et d'accompagner les gens au-delà du théâtre d'opérations pendant des périodes de temps assez longues.

**Col Jean-Robert Bernier:** Le général Semianiw a décrit les structures qui existent pour les suivre et leur fournir un appui, qu'il soit de nature sociale, médicale, sanitaire ou autre. Il existe même des structures pour le soutien des familles à long terme. Cependant, on n'a pas assez de données à l'heure actuelle pour déterminer combien lourd sera le fardeau à long terme. Comme je l'ai expliqué un peu plus tôt, on est encouragés par le fait que les gens se présentent plus tôt. On peut donc penser, si on se base sur la façon dont les traitements fonctionnent et sur la progression naturelle de ces maladies, que ce fait va augmenter les chances de réduire le poids de ce fardeau à long terme.

• (1700)

**M. Steven Blaney:** C'est très bien.

**Col Jean-Robert Bernier:** Naturellement, tant que continuera la mission, surtout si les opérations futures comportent beaucoup de combats, on va continuer à avoir de tels blessés.

[Traduction]

**Le président:** Très bien, merci beaucoup.

Avant de conclure cette deuxième ronde, l'opposition a-t-elle d'autres questions? Non.

Le moment est sans doute bien choisi pour nous arrêter avant d'examiner le rapport du comité de direction.

Si le comité me le permet, j'aurais quelques questions. Pour ce qui est des leçons apprises, pourriez-vous me dire combien de temps cela peut prendre pour changer les différentes formalités, le protocole, quand un événement semblable se produit et qu'il faut remonter la chaîne de commandement? Est-ce que tout ça se passe rapidement? Est-ce qu'on parle de jours ou de semaines? Est-ce qu'il faut se pencher sur la question pendant des lustres ou pouvez-vous prendre une décision rapidement?

**Lgén Michel Gauthier:** Bien honnêtement, ça peut prendre quelques minutes ou des années, selon la nature de la question. Quand il se produit un incident avec des engins explosifs artisanaux sur le théâtre des opérations, on dépêche quelqu'un sur place immédiatement, c'est-à-dire dans les minutes qui suivent. Cette personne fait une première évaluation, puis une évaluation de suivi. Dans l'ère de l'information dans laquelle nous vivons, nous sommes en mesure de diffuser les résultats de cette analyse très rapidement. L'information passe des experts en la matière sur le théâtre des opérations, qui examinent ce qui peut être fait immédiatement, et est ensuite acheminée au Canada, à l'armée, au SMA(Mat) et à l'ensemble des Forces canadiennes. Quels correctifs d'ordre matériel

peuvent être apportés? Est-ce que ça peut se faire rapidement? Est-ce que ça peut se faire sur le théâtre des opérations? Est-ce possible de le faire? Est-ce que ça prendra plus de temps? Est-ce que ce sera plus long parce que nous devons acheter une pièce d'équipement? Et c'est la même chose pour les tactiques, les techniques, les procédures, etc.

Donc, le système permet de réagir très rapidement pour ce qui est de diffuser l'information. Dans certains cas, selon la nature de la question qui est étudiée, l'analyse peut évidemment prendre un peu plus de temps, alors la solution viendra plus tard. Mais on peut réagir très rapidement.

**Le président:** Très bien.

Une dernière question. Lorsqu'on a affaire à des blessures physiques ou mentales, qui est chargé de décider si un soldat peut encore être déployé ou non? À qui revient cette décision? Est-ce qu'il faut remonter la chaîne de commandement pour décider qu'un soldat a terminé sa mission et qu'il doit rentrer à la maison, ou est-ce que cette décision peut-être prise dans le peloton du militaire?

**Lgén Michel Gauthier:** Je pense qu'il y a deux cas de figure: Un professionnel de la santé peut dire qu'un soldat n'est pas apte au travail, et la discussion s'arrête là; et un officier, à n'importe quel niveau de commandement, peut décider qu'un militaire ne peut être déployé.

**Le président:** Très bien.

Je vous remercie beaucoup tous les deux. Nous devons poursuivre nos travaux, mais nous vous laissons démêler cela entre vous. Continuez votre excellent travail. Nous vous sommes reconnaissants de tout ce que vous faites. Nous allons essayer de nous rendre à Wainwright, afin d'avoir un aperçu de la formation que nos militaires reçoivent avant de partir pour faire face à certaines situations dont vous avez parlé. Je crois que ce serait très intéressant.

Merci.

Nous allons suspendre nos travaux une minute.

• (1705)

**Le président:** Nous allons reprendre la séance et étudier le rapport.

Le sous-comité s'est réuni mardi et a élaboré un plan d'action. Le premier point est fondé sur la liste de témoins qui a été fournie par les membres. Nous avons établi un budget de 57 800 \$ pour réaliser cette étude et faire comparaître les témoins.

Le deuxième point porte sur une visite à Wainwright. C'est là-bas que les troupes finalisent leur préparation au déploiement. Les meilleures dates que Jim a pu trouver, c'est du 9 au 11 mai. Ce serait une période assez active pour voir toutes les choses intéressantes qui s'y déroulent.

Puis, il y a une visite à Valcartier, du 2 au 4 juin.

Par ailleurs, M. Cannis a demandé un compte rendu du sommet de l'OTAN à Bucarest, et une rencontre est prévue le 15 avril.

Des témoins viendront comparaître à toutes nos autres séances jusqu'au prochain congé, et si nous adoptons cela aujourd'hui, nous pourrions aller de l'avant. Je peux envoyer le budget au comité de liaison pour approbation la semaine prochaine, puis faire préparer les documents de voyage.

Y a-t-il des commentaires?

**Mme Cheryl Gallant:** Je n'ai pas entendu ce que vous avez dit à propos de Bucarest.

**Le président:** On a demandé un compte rendu de ce qui s'est passé au sommet de l'OTAN, du point de vue du Canada.

**M. John Cannis (Scarborough-Centre, Lib.):** Monsieur le président, j'aimerais informer les membres du comité que nous avons proposé — je ne dirai pas que nous avons accepté, mais nous avons proposé — d'utiliser nos crédits de voyage afin de limiter le coût de nos déplacements à Wainwright et à Valcartier. C'est seulement une proposition, bien sûr. Si tout le monde est d'accord, c'est ce que nous ferons.

**Le président:** Oui, si chacun utilisait l'un de ses 64 crédits, cela aiderait pour le budget. Je ne crois pas que nous les utilisions tous dans l'année. Sommes-nous tous d'accord?

**M. James Lunney:** Y a-t-il un problème d'argent? Je pose seulement la question, en raison du voyage en Afghanistan.

**Le président:** Je pense que si nous faisons preuve d'initiative et tentons de... Je ne sais pas si ce serait un problème, mais nous avons de l'argent pour faire l'autre voyage, nous avons cette demande, et maintenant nous allons faire une autre demande de déplacement.

**M. James Lunney:** Avons-nous obtenu les fonds pour l'Afghanistan?

**Le président:** Oui.

**M. John Cannis:** Y a-t-il des suggestions? Ce ne sera pas seulement les membres du comité qui feront les visites à Wainwright et à Valcartier. Je crois que le personnel de soutien doit se joindre à nous. Peut-être le greffier pourrait-il effectuer un calcul approximatif, car vous devrez probablement présenter la demande au comité de liaison.

**Le président:** Si c'est possible, nous réglerons cette question. Nous fournirons toute l'information détaillée concernant les dépenses prévues.

La visite du 9 au 11 mai tombe une fin de semaine, mais les responsables nous ont indiqué que c'est le meilleur moment pour y aller. Il y a d'autres options, par exemple du 11 au 14 mai. Ce serait durant la semaine. En fait, c'est la troisième option. Il serait préférable que la visite ait lieu du 9 au 11 mai, car nous pourrions voir toute l'action sur le terrain.

Monsieur Blaney.

• (1710)

**M. Steven Blaney:** J'aimerais faire un commentaire à propos de ce dernier point, monsieur le président.

Je crois que pour un ingénieur, il n'y a rien de tel que d'être sur le terrain. Vous pouvez ainsi vraiment comprendre et obtenir de meilleurs résultats. Je pense que ces deux visites nous aideront dans la préparation du rapport et des recommandations.

Ce qui me préoccupe, c'est que je viens de regarder mon agenda, et cette fin de semaine, le samedi, il y a une activité spéciale organisée par le 6<sup>e</sup> Régiment d'artillerie de campagne. Je tiens à souligner la contribution des réservistes qui ont pris part à la dernière rotation, au nom de mes électeurs. Je me demande s'il y a des événements spéciaux cette fin de semaine-là, à Wainwright. Pourquoi la visite a-t-elle lieu les vendredi, samedi et dimanche?

**Le président:** Je vais demander à Jim de vous expliquer les différents scénarios. Il va vous parler des trois possibilités.

**M. James Cox (attaché de recherche auprès du comité):** Il y a trois options. La première, c'est une visite durant l'entraînement d'une compagnie, ce qui est très intéressant. La deuxième nous permettrait aussi d'assister à l'entraînement d'une compagnie, mais en plus, nous verrions la planification d'une plus vaste opération. Cette visite aurait lieu la fin de semaine. La dernière option consiste à rester sur place et à observer cette opération d'envergure.

Vous avez donc l'entraînement de la compagnie seulement, l'entraînement de la compagnie et la planification de l'opération d'envergure, ou l'observation de cette opération.

**Le président:** La troisième option aurait donc lieu durant la semaine.

**M. James Cox:** Effectivement.

Et les entraînements sont tous intéressants. Il n'y a pas de mauvais choix.

**Le président:** Si le comité préfère, nous pourrions essayer d'y aller la semaine plutôt que la fin de semaine.

Madame Gallant.

**Mme Cheryl Gallant:** J'ai deux questions. Premièrement, y a-t-il des tirs réels?

**M. James Cox:** Non. C'est terminé, tout comme l'entraînement aux États-Unis. Même s'il n'y a pas de tirs réels, les soldats auront des capteurs sur leur casque, et des lasers. Durant la visite, vous aurez la chance de pouvoir vous approcher et de participer à l'entraînement, plutôt que de vous tenir à l'écart en raison des tirs.

**Mme Cheryl Gallant:** Très bien. En ce qui concerne l'exercice plus poussé, j'aimerais souligner que Wainwright est un endroit unique pour observer ce genre de choses. C'est très difficile, dans une base locale, de voir comment est orchestrée toute une opération. Même si j'aime être à la Chambre, je suis prête à sacrifier cette semaine-là pour que nous puissions tous observer le grand entraînement et assister aux séances de comptes rendus et de leçons retenues.

**Le président:** Et cela aurait lieu les 12, 13 et 14 mai.

Allez-y, monsieur Lunney.

**M. James Lunney:** Monsieur le président, cette semaine-là... est-ce du 5 au 11 mai, à Wainwright? Malheureusement, je dois me rendre en Israël avec le groupe Canada-Israël. Donc, si c'est possible de remettre cette visite, ce serait formidable pour moi. Sinon, je devrai me contenter de lire le procès-verbal ou le rapport.

**Le président:** John, avez-vous quelque chose?

**M. John Cannis:** Est-ce que ce sont les seules dates, James, que vous nous avez proposées?

**M. James Cox:** Ce sont les seules disponibles en ce qui concerne les activités d'entraînement.

**M. John Cannis:** Je voulais faire un commentaire après avoir entendu cela, monsieur le président.

Malgré tout le respect que je dois aux membres du comité absents, comme Claude et Dawn, je suis d'accord avec Cheryl. C'est une occasion unique que nous ne devons pas manquer, d'après ce que j'ai entendu, et pour cela, nous devons collaborer. Je crois comprendre que vous avez déjà un engagement pour cette semaine-là, n'est-ce pas, James?

• (1715)

**M. James Lunney:** C'est possible, selon ce qui va arriver.



**M. John Cannis:** Premièrement, je crois que nous devrions tout faire pour y aller.

Deuxièmement, monsieur le président, nous devons absolument obtenir la collaboration de tous les partis pour cette visite, compte tenu du solide appui collectif dont bénéficient nos militaires. Personne n'est ici pour dire: « On va rester ici parce que quelque chose pourrait arriver et on n'ira pas. » Je crois que c'est ce que Cheryl disait: nous devons y aller. Je crois que vous aurez toute notre collaboration en ce qui concerne les dates, mais je ne peux parler pour le NPD.

**Le président:** Je pense que tout le monde peut s'arranger, en particulier si nous pouvons y aller pendant que la Chambre siège. C'est pour cela que nous sommes payés, et c'est faisable. Il se peut que nous devions nous rendre là-bas le dimanche 11, et nous terminerons le mercredi ou le jeudi matin. Cela pourrait très bien fonctionner. Tout le monde est-il d'accord? Bien.

Quelqu'un pourrait-il proposer la motion?

**M. John Cannis:** [*Note de la rédaction: inaudible*]... sur le voyage en Afghanistan, monsieur le président?

**Mme Cheryl Gallant:** Nous ne sommes pas à huis clos, non.  
[*Français*]

**M. Steven Blaney:** Je propose la motion.  
[*Traduction*]

**Le président:** Il est proposé que le rapport soit adopté.  
(La motion est adoptée.)

**Le président:** Je vous remercie.

Y a-t-il d'autres commentaires? Nous devons poursuivre votre initiative.

Y a-t-il autre chose? 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.**