



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la défense nationale

NDDN



NUMÉRO 074



1^{re} SESSION



41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mercredi 27 mars 2013

Président

M. James Bezan

Comité permanent de la défense nationale

Le mercredi 27 mars 2013

• (1535)

[Traduction]

Le président (M. James Bezan (Selkirk—Interlake, PCC)): Bonjour à tous. Nous déclarons ouverte notre 74^e séance, au cours de laquelle nous poursuivons notre étude des soins offerts aux membres des Forces canadiennes malades ou blessés.

Au cours de la première heure, nous entendrons le colonel Homer Tien, traumatologue militaire canadien et titulaire d'une chaire de recherche sur les traumatismes liés au service militaire à l'hôpital Sunnybrook, de la Défense nationale.

Le colonel Tien s'est enrôlé dans les Forces canadiennes en 1990. Il obtient son baccalauréat en biochimie de l'Université Queen's et son diplôme en médecine de l'Université McMaster en 1992. Il est d'abord affecté à la 2^e Ambulance de campagne à la BFC Petawawa et a été médecin de l'unité du 1^{er} Bataillon du Royal Canadian Regiment. Pendant qu'il est au 1 RCR, il est affecté en Croatie, dans le cadre de l'opération Harmony, puis en Bosnie au sein de l'IFOR dans le cadre de l'opération Alliance. Il sert ensuite au sein des Forces d'opérations spéciales du Canada au Centre d'entraînement de Dwyer Hill, comme premier médecin militaire de l'unité.

Il est également affecté à Vancouver, puis à Golan Heights. Il participe aussi à la mission des Anciens Combattants en vue de retracer les aviateurs de l'ARC disparus pendant la Seconde Guerre mondiale dans le cadre de la mission de récupération de Birmanie.

Il a achevé sa formation en chirurgie générale, obtenu une bourse de recherche en chirurgie traumatologique et fait une maîtrise en épidémiologie à l'Université de Toronto. Il est maintenant affecté au Sunnybrook Health Sciences Centre comme chirurgie en traumatologie. Il est directeur médical du centre régional de traumatologie Tory et coprésident du programme de traumatologie de l'Université de Toronto. Il est aussi professeur adjoint en chirurgie à l'Université de Toronto.

Colonel, nous vous souhaitons la bienvenue devant le comité et sommes impatientes d'entendre votre exposé.

Colonel Homer Tien (traumatologue militaire canadien et titulaire d'une chaire de recherche sur les traumatismes liés au service militaire à l'hôpital Sunnybrook, ministère de la Défense nationale): Monsieur le président et membres du comité, j'aimerais vous remercier de me donner l'occasion de m'adresser à cet important comité et de participer à l'étude que vous réalisez sur les soins donnés aux militaires malades ou blessés.

Comme vous pouvez le comprendre, il s'agit d'un sujet qui me tient à coeur, et j'espère que je pourrai vous aider de mon mieux dans le cadre de vos travaux. Vous avez reçu ma biographie; je m'efforcerais donc d'éviter de vous en répéter le contenu. Je tiens à préciser qu'à titre de médecin militaire généraliste, j'ai vécu des expériences incroyables qui ont contribué à façonner ma carrière dans le domaine médical. Au cours de mes déploiements, j'ai offert

des soins préhospitaliers et de rôle 1 à des militaires des Forces canadiennes blessés. Ce que cela veut dire, c'est que j'accompagnais de petites unités opérationnelles et offrais mes services en matière de premiers soins, de soins vitaux immédiats et de triage.

Vous connaissez l'expérience en chirurgie traumatologique que j'ai acquise par la suite. En qualité de chirurgien des Forces canadiennes, j'ai été affecté aux forces de stabilisation multinationales dirigées par l'OTAN en Bosnie en 2003, à Kaboul avec la FIAS en 2004 et plusieurs fois dans des unités médicales multinationales de rôle 3 à Kandahar.

Les soins de rôle 3 représentent des services liés aux ressources diagnostiques spécialisées, aux ressources médicales et chirurgicales spécialisées, à la médecine préventive et aux équipes de gestion du stress opérationnel. À titre de chef national des services professionnels de traumatologie des Forces canadiennes, je conseille le médecin-chef en ce qui concerne les soins liés à des traumatismes aigus en milieu hospitalier lors de déploiements. Je donne aussi des conseils au médecin-chef en ce qui a trait au traitement préhospitalier des traumatismes lors d'opérations.

En me fondant sur ma formation et mon expérience en Afghanistan, j'aimerais dire au comité que je considère le traitement des traumatismes aigus offert aux militaires des Forces canadiennes blessés dans le cadre des déploiements dans le Sud de l'Afghanistan comme étant exceptionnel. J'aimerais parler un peu du processus par lequel les militaires passent lorsqu'ils se blessent en Afghanistan. De janvier 2006 à juillet 2011, les militaires des Forces canadiennes blessés dans le Sud de l'Afghanistan étaient d'abord soignés dans un milieu préhospitalier. Ils se traitaient eux-mêmes, avec l'aide de leurs collègues et des techniciens médicaux de combat des services de soins de santé des Forces canadiennes en se servant des principes des soins tactiques au combat. Les blessés étaient ensuite transférés par ambulance ou par hélicoptère à l'unité médicale multinationale de rôle 3.

Une fois à l'unité, les chirurgiens, les anesthésistes et les médecins des forces ramenaient à la vie les militaires blessés et pratiquaient des interventions chirurgicales nécessaires à la survie ou requises pour sauver des membres. Lorsqu'ils étaient stabilisés, les militaires blessés étaient évacués par la force aérienne américaine vers le centre médical régional de Landstuhl. Après avoir reçu des soins au centre, les équipes médicales des Forces armées canadiennes transféraient les militaires dans des centres de traumatologie universitaires du Canada afin qu'ils reçoivent des soins de niveau quaternaire.

Comme je l'ai déjà dit, nos soins préhospitaliers en traumatologie étaient d'une qualité exceptionnelle, comparables à ce qu'offraient nos alliés et parfois même supérieurs. Les Forces armées canadiennes prennent les soins de santé offerts à son personnel au sérieux. Nous avons publié une étude en 2011 sur les membres des forces qui ont perdu la vie dans le cadre de déploiements dans le Sud de l'Afghanistan. Parmi les 63 personnes qui sont décédées, nous avons jugé que seulement deux des morts en milieu préhospitalier auraient pu être évitées. Il importe de préciser que ces morts n'ont été jugées évitables que parce que notre méthode ne permettait pas d'évaluer la situation tactique, qui aurait pu rendre ces pertes inévitables.

Dans une étude semblable sur les décès survenus lors d'opérations spéciales américaines publiée en 2007, les enquêteurs ont jugé que 12 des 77 morts en milieu préhospitalier auraient pu être évitées. Dans une étude américaine plus importante réalisée en 2012, les enquêteurs, en se servant d'une méthodologie différente, ont jugé que 24,3 p. 100 des 4 596 morts de militaires américains en milieu préhospitalier auraient pu être évitées.

Si un membre des Forces armées canadiennes était blessé et présentait des signes vitaux à son arrivée à une unité médicale multinationale de rôle 3, une étude interne des services de santé révélait que cette personne avait 97 p. 100 de chance de rentrer au Canada en vie. Il s'agit d'une réalisation importante qui, encore une fois, constitue une comparaison favorable par rapport aux expériences de nos alliés.

Une des raisons pour lesquelles la qualité des soins en traumatologie est si élevée est que de nombreux cliniciens des forces font partie d'hôpitaux civils. Des études laissent entendre que les soins en traumatologie sont bien meilleurs lorsqu'ils sont centralisés dans des centres de traumatologie régionaux. Les cliniciens ont alors plus d'expérience avec des cas graves et, par conséquent, leurs patients ont de meilleures chances de survie. Des sept chirurgiens généraux des forces en service actif, cinq sont affectés dans des centres de traumatologie universitaires. Un est affecté dans un important hôpital communautaire, et l'autre travaille en tant que chirurgien transplantologue dans un hôpital universitaire.

● (1540)

Sans plus tarder, monsieur le président, c'est avec plaisir que je discuterai de l'un de ces domaines ou de tout autre domaine de votre choix. J'espère que ce que j'ai dit vous a éclairé sur le rôle de chirurgien au sein des Forces canadiennes et sur les mesures à prendre pour fournir les meilleurs soins possible à ces patients.

Merci beaucoup.

Le président: Merci beaucoup, colonel.

Pour ne pas perdre de temps, chacun disposera de cinq minutes au cours de l'heure pendant laquelle le colonel Tien est parmi nous.

Monsieur Harris, vous avez la parole.

M. Jack Harris (St. John's-Est, NPD): Merci, colonel, de vous être déplacé.

Vous appelle-t-on colonel ou docteur? Pouvons-nous vous appeler docteur? Est-ce que cela irait?

Col Homer Tien: Vous pouvez m'appeler Homer, si vous voulez.

M. Jack Harris: Cela vous est égal? Nous vous appellerons Homer.

Eh bien Homer, docteur, colonel, merci de vous être déplacé et d'avoir fait cette déclaration préliminaire. Je suis content de prendre connaissance de votre taux de réussite en ce qui concerne le nombre

de morts en milieu préhospitalier qui auraient pu être évités. La comparaison que vous avez faite montre bien ce qu'il en est.

Quand nous parlons de traumatisme médical ici, il est surtout question de blessures physiques de toutes sortes, non pas du genre de traumatisme dont il s'agit quand on souffre du trouble de stress post-traumatique. Cela pourrait aussi faire partie des traumatismes que vous traitez, j'imagine, mais il s'agit de deux concepts différents, n'est-ce pas?

Col Homer Tien: Étant donné que je suis chirurgien, je parle de traumatismes physiques.

M. Jack Harris: D'accord.

Je m'intéresse au fait que vous avez une formation médicale très impressionnante, notamment en épidémiologie clinique. Est-ce que cette formation vous a servi pendant votre service militaire? Un des domaines sur lesquels nous nous penchons évidemment, c'est le genre de soins que reçoivent les soldats blessés, et je pense que vous avez bien souligné nos réussites à ce chapitre.

Avez-vous pris part à d'autres études, ou êtes-vous au courant d'autres études qui établissent un lien entre les cas de TSPT survenus dans le contexte du service militaire et les suicides qui ont eu lieu à une date ultérieure? Est-ce que cela fait partie du travail que vous faites ou qui se fait dans le milieu médical militaire?

Col Homer Tien: Premièrement, je fais de la recherche clinique pour le compte des Services de santé des Forces canadiennes, mais elle est plutôt axée sur les soins traumatologiques en milieu préhospitalier et hospitalier, et sur la manière dont nous arrêtons le saignement.

J'ai participé à une étude sur les causes de décès au sein des Forces canadiennes sur une période de 20 ans. Le suicide comptait parmi les quatre principales causes de décès.

Quant au lien qui pourrait exister entre...

Désolé. Quelle était votre question?

M. Jack Harris: Je me demande s'il existe un lien entre les cas de troubles de stress post-traumatique ou de traumatismes survenus pendant les opérations militaires et les suicides qui ont eu lieu à une date ultérieure.

Col Homer Tien: Non, je n'ai pas fait de recherches à ce sujet.

M. Jack Harris: En Afghanistan, par exemple — et peut-être que vous pourriez nous parler des autres opérations auxquels vous avez participé —, les Canadiens blessés ne sont bien sûr pas seulement soignés par des chirurgiens et autres membres du personnel médical canadien. Pourriez-vous nous dire comment cela se passait avec les forces alliées? Comment vous organisiez-vous, et est-ce que cela posait des problèmes?

Col Homer Tien: Nous travaillons en étroite collaboration avec nos alliés. Par exemple, nous ne pouvions être de garde tous les soirs, alors si nous étions deux, nous étions de garde tous les deux soirs, à titre de chirurgien en chef ou de première personne chargée de ressusciter un patient atteint d'un traumatisme.

● (1545)

M. Jack Harris: C'était un établissement médical commun.

Col Homer Tien: Oui, l'UMM de rôle 3 était un établissement médical multinational. Tous les pays faisaient partie de l'équipe, et nous travaillions à tour de rôle.

Évidemment, si nous n'étions pas de garde un soir, mais que nous apprenions qu'un membre des Forces canadiennes avait été blessé, nous ne manquions pas de nous déplacer pour l'assister, parce que son état nous concernait spécialement. Si un chirurgien canadien était de garde et qu'un membre des forces armées américaines était blessé, par courtoisie, nous en avisions le chirurgien américain, qui se déplaçait toujours.

M. Jack Harris: Vous avez parlé d'un arrangement spécial qui avait peut-être été pris. Dans le cas d'un soldat blessé ayant reçu des soins d'urgence, quel était le suivi normal? Où est-ce que le soldat allait par la suite? Pendant combien de temps restait-il à la base, et où était-il transféré? Quelle est la procédure?

Col Homer Tien: Tout dépendait de la gravité des blessures. Si les soldats étaient gravement blessés, en général, nous les stabilisions; il fallait faire cela au cours des 24 premières heures. On procédait alors à une évacuation aérienne vers l'Allemagne dans les 24 heures qui suivaient une demande à cet effet. Les patients ne restaient donc pas dans l'UMM de rôle 3 pendant très longtemps.

M. Jack Harris: Après cela, ils étaient soignés en Allemagne par...? Existe-t-il un établissement américain en Allemagne?

Col Homer Tien: En Allemagne, il s'agissait d'un hôpital de niveau tertiaire de l'armée et de l'aviation américaines. Les soldats y étaient soignés jusqu'à ce qu'on ait jugé qu'ils étaient assez stables pour être transportés. Une équipe de médecins spécialistes des Forces canadiennes se chargeait alors de les ramener au Canada.

Le président: Merci.

Le temps est écoulé. Cinq minutes, c'est vite passé.

Madame Gallant, c'est votre tour.

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

Docteur Tien, pourriez-vous nous décrire comment les soins en traumatologie ont évolué à l'UMM de rôle 3 de Kandahar depuis notre arrivée là-bas jusqu'en 2011? Par exemple, avez-vous constaté une amélioration sur le plan de l'équipement diagnostique et du nombre de soignants?

Col Homer Tien: Les unités ont été améliorées de bien des manières. D'un point de vue purement structurel, le bâtiment... j'étais le premier à arriver en 2006, alors c'est moi qui ai pris la relève de ce qui était alors l'hôpital d'appui tactique américain. À l'époque, il s'agissait d'une petite cabane en contreplaqué, dont vous avez peut-être vu des photos, avec une seule salle d'opération. J'ai été le dernier à partir en décembre 2011, et à ce moment-là, c'était un édifice moderne de briques, géré par la marine américaine, qui comprenait trois salles d'opération. C'était tout un édifice. Les capacités diagnostiques avaient été améliorées, et nous avions de l'équipement neuf. C'est donc dire que les unités ont beaucoup évolué pendant ce temps.

Mme Cheryl Gallant: Vous avez obtenu un tomodensitomètre. Avez-vous jamais été doté d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique?

Col Homer Tien: Il y a toujours eu un tomodensitomètre, même en 2006: ce qui a changé, c'est le genre d'appareil. En 2006, il y avait un tomodensitomètre à deux coupes, et à la fin, il y avait un tomodensitomètre à deux et à seize coupes — ce qui fait référence à la vitesse de balayage de l'appareil. En 2011, la marine américaine a fini par doter l'UMM d'un appareil d'IRM, mais celui-ci était uniquement destiné à des fins de recherche dans le domaine des traumatismes cérébraux légers.

Mme Cheryl Gallant: Avez-vous constaté une amélioration du taux de survie des patients souffrant de traumatismes au fil des ans en raison de la mise en oeuvre de certaines procédures à suivre sur le terrain par les militaires au moment de trouver des collègues blessés? Si oui, pourriez-vous nous dire quelles étaient ces procédures?

Col Homer Tien: L'étude dont j'ai parlé et qui évoque les deux décès sur les 63 a porté en fait sur les 20 premiers mois de la guerre. Il faut se rendre compte que presque tous les décès survenus à Kandahar ont eu lieu en milieu préhospitalier. Pour donner les soins préhospitaliers, on recourait déjà à cette époque-là au secourisme en situation de combat. Le garrot est probablement ce qui a permis de sauver le plus de vies. C'est pourquoi le taux de décès évitables n'a pas beaucoup fluctué. Je pense qu'il était assez bas dès le début. C'est du moins ce qu'a révélé notre étude. Le taux de décès en milieu préhospitalier ne risque pas de s'améliorer beaucoup.

• (1550)

Mme Cheryl Gallant: Outre les médecins du ministère de la Défense nationale, il y a également les médecins civils, comme vous l'avez indiqué. Que pensez-vous de l'intégration de médecins civils à des unités médicales multinationales de rôle 3?

Col Homer Tien: Je ne peux parler que d'après ma propre expérience. Je pense que le tout s'est passé relativement sans heurts. Nous avons l'avantage que les traumatologues et autres spécialistes ne se retrouvent pas en très grand nombre au Canada. J'ai été affecté en Afghanistan avec les personnes avec lesquelles j'ai étudié au Canada. L'intégration s'opère donc très facilement. Le personnel médical nouvellement affecté a besoin d'aide pour bien connaître les aspects militaires du déploiement mais sait de toute évidence comment soigner les personnes grièvement blessées.

Mme Cheryl Gallant: Le président a indiqué que vous aviez été affecté à la base de Petawawa. Comment avez-vous fait pour maintenir vos compétences lors de cette affectation? Avez-vous travaillé en milieu hospitalier?

Col Homer Tien: Oui. Lors de cette affectation, j'ai travaillé à l'urgence de divers hôpitaux de la vallée de l'Outaouais.

Mme Cheryl Gallant: Quelle différence avez-vous remarquée entre les blessures subies en Bosnie et celles que vous avez constatées en Afghanistan?

Col Homer Tien: Il n'y a pratiquement aucune comparaison quant au nombre. Apparemment, il n'y a pas eu beaucoup de victimes canadiennes en Bosnie, Dieu merci. Quant à la nature des blessures, il y a eu moins de lésions par souffle en Bosnie, du moins durant mon affectation. Il s'agissait surtout d'accidents de la circulation et parfois de blessures par balle. Par contre, les lésions par souffle et les blessures par balle étaient beaucoup plus fréquentes à Kandahar.

Mme Cheryl Gallant: Estimez-vous que nos malades et nos blessés reçoivent tous les traitements et tous les soins nécessaires?

Col Homer Tien: Si vous faites allusion aux soins des personnes gravement malades ou grièvement blessées, je répondrais oui. Et c'est ma spécialité.

Je peux établir une comparaison avec les normes des centres de traumatologie de niveau 1 à Toronto, où je travaille. Sachez que Sunnybrook est le premier centre de traumatologie au Canada, mais on y traite également différents cancers entre autres. Les ressources sont donc réparties.

Une UMM de rôle 3 met l'accent sur les soins en traumatologie pour les militaires canadiens. Tout se fait rapidement. Nous avons très rapidement accès aux ressources que parfois je voudrais bien avoir dans la vie civile.

Le président: Merci, madame Gallant. Votre temps de parole est écoulé.

Monsieur McKay, vous disposez de cinq minutes.

L'hon. John McKay (Scarborough—Guildwood, Lib.): Très bien. Merci beaucoup. Je m'excuse de ne pas être arrivé plus tôt.

À Downsview, on nous a mis au courant de certaines recherches intéressantes, particulièrement celle sur un système informatique qui donnerait un diagnostic sur le terrain. J'ignore où en est rendue cette recherche et si elle sera touchée par les compressions budgétaires.

Êtes-vous au courant de cette recherche? Il me semble qu'elle porte sur votre domaine de spécialisation.

Col Homer Tien: Elle porte effectivement sur mon domaine de spécialisation. En fait, j'ai participé à cette recherche, du moins si c'est celle que je crois. Il s'agit d'un projet portant sur le diagnostic automatisé par ultrasons sur le terrain. Le chercheur essaie de parvenir à un algorithme permettant d'établir des diagnostics précis.

Il faut des années pour qu'un radiologiste sache interpréter une échographie. Nous n'avons pas ce luxe pour la formation de nos techniciens médicaux de combat. Un tel système automatisé serait utile à nos techniciens sur le théâtre des opérations.

L'hon. John McKay: Ceci me semble une question pertinente par les temps qui courent: « Avez-vous encore besoin de médecins? »

Des voix: Oh, oh!

L'hon. John McKay: Je ne suis pas tout à fait certain de ce que j'avance, mais je pense que c'est à New York où l'on verse dans Watson — c'est le nom de l'ordinateur — une vaste gamme de diagnostics, de façon à pouvoir obtenir beaucoup plus rapidement un diagnostic beaucoup plus précis.

Il me semble que ce qu'on faisait à Downsview a été le précurseur de tout cela. Suis-je dans l'erreur?

• (1555)

Col Homer Tien: Je l'ignore. Je ne connais pas le programme américain auquel vous faites allusion. Le programme canadien permet essentiellement de poser, sur le théâtre des opérations, un diagnostic de saignement à l'abdomen.

Cela améliore le triage. Si nous décelons un saignement à l'abdomen, le blessé serait évacué plus rapidement.

L'hon. John McKay: Où en est rendue cette recherche? De toute évidence, elle a des applications dans la vie civile. Êtes-vous encore en contact avec les responsables de ce programme?

Col Homer Tien: On n'en est pas encore rendu au stade des essais cliniques. On effectue les essais précliniques.

L'hon. John McKay: Que faudrait-il pour que cette méthode propice à un hôpital de campagne ou à une unité de combat passe à l'étape suivante?

Col Homer Tien: Je l'ignore. Le problème relève des mathématiques et de la physique pour l'utilisation du sonar.

Je ne sais vraiment pas. J'attends les résultats des essais cliniques. C'est à cette étape que je serais mis à contribution.

L'hon. John McKay: Je suppose que les FC diraient que ce serait véritablement une percée dans le domaine de la traumatologie sur le champ de bataille.

Col Homer Tien: Nous nous intéressons beaucoup à la question. Je m'y intéresse beaucoup, comme les services de santé, je pense. Nous surveillons l'évolution du dossier. Cependant, certains aspects scientifiques posent problème naturellement.

L'hon. John McKay: Très bien. Merci beaucoup.

Le président: Merci.

Monsieur McKay, je suis content que vous ayez évoqué notre passage à Downsview et la recherche qu'on nous a expliquée à ce moment-là. Je voulais savoir moi aussi comment la recherche progressait.

Nous entendrons maintenant M. Alexander.

M. Chris Alexander (Ajax—Pickering, PCC): Merci, monsieur le président.

Nous sommes heureux de vous compter parmi nous, colonel Tien. Je vous félicite de vos réalisations militaires, particulièrement celles en Afghanistan. Vous êtes sorti bien souvent de sentiers battus dans le domaine de la traumatologie et vous avez beaucoup fait pour l'avancement de nos connaissances et de nos pratiques pour le compte des Forces canadiennes.

Dans votre notice biographique, on indique que vous êtes le directeur médical du Centre régional de traumatologie Tory. Je veux signaler à mes collègues d'en face que le terme Tory n'a rien à voir avec notre parti.

Des voix: Oh, oh!

M. Chris Alexander: Tory est un nom de famille.

Vous êtes aussi le vice-président du programme de traumatologie de l'Université de Toronto, où vous enseignez. Ce n'est pas indiqué dans votre notice biographique, mais vous êtes titulaire — je le sais parce que j'étais présent lorsque vous l'avez acceptée — de la chaire de recherche temporaire Major-Sir-Frederick-Banting sur les traumatismes liés au service militaire, à Sunnybrook. C'est un domaine de recherche nouveau et très particulier qu'il faut explorer davantage pour favoriser l'innovation, de l'avis de la population canadienne et du gouvernement. Et il n'y a pas d'endroit plus propice que Sunnybrook, qui est, je pense, le premier centre de traumatologie au Canada.

De quelle façon ce poste vous permet-il d'utiliser certaines de vos expériences militaires pour faciliter les essais cliniques et la recherche dans la vie civile?

Col Homer Tien: La chaire de recherche temporaire Major-Sir-Frederick Banting me permet de collaborer avec mes collègues militaires américains, nos alliés, et australiens pour effectuer de la recherche et accorder une subvention par exemple à un jeune médecin des Forces canadiennes afin qu'il explore un domaine propre au monde militaire. La recherche effectuée en traumatologie n'est pas toujours utile aux médecins militaires. Il y a une énorme différence entre traiter à Sunnybrook une personne de 65 ans qui a pris un verre et a eu un accident de circulation, et soigner un militaire canadien blessé par un engin explosif improvisé.

Il n'y a que les militaires pour s'intéresser à une recherche de ce genre. La chaire me permet de la faciliter. En fait, nous menons plusieurs essais importants de concert avec les militaires américains, nos alliés, sur la façon de mieux traiter les militaires souffrant d'hémorragie massive.

M. Chris Alexander: Merci.

J'aimerais que vous nous parliez un peu d'un cas qui a fait les manchettes et qui ressemble aux deux autres que vous avez évoqués. L'été dernier, bien des députés du Grand Toronto et de l'ensemble du Canada ont suivi avec appréhension l'affaire de la fusillade dans la rue Danzig, dans la circonscription de John McKay, je crois. Cette fusillade a fait de nombreux blessés. Il a fallu faire le triage.

Je pense que vous faisiez partie du personnel qui a traité en premier bon nombre de ces victimes. Décrivez-nous comment cela s'est passé et comme cela se compare à ce qui vous est arrivé dans votre carrière militaire. Ce genre de fusillade n'arrive naturellement pas fréquemment au Canada.

• (1600)

Col Homer Tien: Cela n'arrive pas souvent, Dieu merci.

Nous avons reçu un appel nous annonçant de nombreuses victimes. Comme vous le savez, on dispose parfois de très peu d'informations initialement. On nous avait dit que Sunnybrook recevrait de 10 à 30 victimes susceptibles de souffrir de blessure par balle. Ce soir-là, j'étais le traumatologue en service de garde. Je me suis rapidement rendu sur place en automobile. Le fait d'avoir vécu des expériences similaires à Kandahar m'a été utile. Lorsqu'on vous annonce l'arrivée de nombreuses victimes, vous devez organiser vos équipes et faire appel au personnel nécessaire. L'expérience acquise dans les Forces canadiennes m'a été très utile pour organiser mes équipes et composer avec un afflux massif de blessés.

Sunnybrook se spécialise en traumatologie. Tous les professionnels de la santé abordent leur travail avec beaucoup d'enthousiasme. Tous veulent mettre la main à la pâte. J'ose croire que nos équipes ont accompli un travail magnifique en accueillant et en traitant ces victimes.

M. Chris Alexander: Cela ne fait aucun doute. Et à n'en pas douter, c'est grâce à votre leadership.

Pouvez-vous nous dire en quelques mots à quoi on peut s'attendre en matière de prévention et de traitement des blessures par souffle pour le Canada et nos alliés. Ces blessures causeraient un énorme problème en Afghanistan et peut-être dans d'autres conflits ailleurs?

Col Homer Tien: On a consacré beaucoup d'efforts à ce chapitre. Il faut surtout mettre l'accent sur de meilleures pratiques de détection et de prévention. Les médecins peuvent très peu pour vous lorsque vous êtes trouvés à proximité d'une explosion.

Une très grande partie des recherches médicales porte sur les traumatismes cérébraux légers — les dégâts causés par l'onde de choc — et sur la réadaptation et la douleur chronique. Ce sont là les priorités de la recherche au Canada, au sein des Services de santé des Forces canadiennes et de nos alliés.

Le président: Merci.

[Français]

Madame Moore, vous avez la parole.

Mme Christine Moore (Abitibi—Témiscamingue, NPD): Merci beaucoup.

J'aimerais revenir un peu sur la formation et l'entraînement des professionnels de la santé en traumatologie. J'ai été adjointe médicale dans les forces armées, mais je suis aussi infirmière en soins intensifs et en soins infirmiers d'urgence. On ne se le cachera pas, sur les bases militaires, il n'y a pas beaucoup d'entraînement pour des situations traumatologiques. Cela arrive parfois, mais ce n'est pas très fréquent.

Comment faites-vous pour que ces infirmières soient capables d'intervenir rapidement et qu'elles aient les connaissances et la capacité requises quand elles arrivent en mission sur le terrain? Cela peut être quelque chose d'aussi simple qu'installer une intraveineuse. Si on ne le fait pas souvent ou si on ne le fait pas dans des situations de stress, quand on arrive dans une telle situation, cela peut poser problème. Il ne faut pas qu'installer une intraveineuse prenne 15 minutes. Toutefois, si elles ne le font jamais, ou pas souvent, c'est plus difficile dans ces conditions.

Comment faites-vous pour que les professionnels de la santé soient capables d'intervenir rapidement en traumatologie?

[Traduction]

Col Homer Tien: Merci beaucoup pour cette excellente question. Je vais parler des techniciens médicaux et des infirmières.

Vous avez probablement entendu parler du système de secourisme en situation de combat. C'est un système de soins préhospitaliers qui est directement axé sur les blessures que peuvent subir les soldats sur le champ de bataille. Les Forces canadiennes ont offert plusieurs cours exhaustifs pour préparer les techniciens médicaux aux déploiements. L'idée a été lancée en 1996, mais ce n'est qu'en 2001-2002 qu'elle a réellement été en mise en oeuvre, au début de l'opération Apollo.

Le système se concentre sur des manoeuvres simples, comme poser un garrot ou procéder à la décompression du thorax à l'aide d'une aiguille en cas de l'affaissement d'un poumon. En fait, c'est plutôt mal vu maintenant de former les intervenants à faire des injections intraveineuses en contexte préhospitalier. C'est moins important, parce que des études ont démontré qu'injecter des fluides rapidement sur le terrain peut en fait nuire à l'état des patients.

Les professionnels de la santé sont maintenant formés selon le nouveau principe du secourisme en situation de combat. Pour avoir servi dans les Balkans dans les années 1990 et en Afghanistan dans les années 2000, je peux vous dire que les techniciens médicaux ont vraiment pris leur place. Ils ont une mission qui leur est propre, une spécialité bien définie. Personne n'est mieux placé qu'eux pour offrir des soins d'urgence préhospitaliers. Nous avons de très bonnes méthodes de formation pour enseigner l'art des soins préhospitaliers aux techniciens médicaux.

Le même modèle est maintenant utilisé pour former le personnel infirmier et les médecins. On a compris que si les infirmiers et infirmières seront appelés à traiter des patients grièvement blessés, il faut que leur formation les mette en contact avec des patients grièvement blessés quotidiennement. Le personnel infirmier travaille de plus en plus dans les hôpitaux, ou on les envoie suivre le programme de « maintien de la compétence ». Il existe un programme qui consiste à faire travailler dans des hôpitaux civils le personnel infirmier, notamment les infirmiers et infirmières en médecine d'urgence, en soins intensifs et de salle d'opération, de façon à leur permettre d'acquérir ces compétences. Quand les infirmiers et infirmières sont déployés, ils sont ainsi en mesure de traiter nos soldats.

• (1605)

[Français]

Mme Christine Moore: Merci.

À titre indicatif, la majorité des infirmières qui oeuvrent dans les Forces canadiennes ont-elles déjà une expérience clinique de terrain? S'agit-il plutôt, pour la plupart, de nouvelles infirmières qui viennent d'obtenir leur diplôme? Comment conjuguez-vous tout ça?

[Traduction]

Col Homer Tien: Je ne peux pas répondre à cette question; je pourrais vous revenir là-dessus. Je ne sais pas combien il y a d'infirmières nouvellement diplômées et combien d'infirmières expérimentées.

[Français]

Mme Christine Moore: Je vous remercie.

On nous a demandé de poser la question suivante. Quelles sont les raisons pour lesquelles des médecins qui travaillent dans les Forces canadiennes choisissent de quitter celles-ci et de pratiquer dans le monde civil? Avez-vous certains collègues qui ont quitté et qui ont choisi de redevenir médecins civils? Quelles raisons avez-vous le plus souvent entendues qui justifient ce genre de départ?

[Traduction]

Col Homer Tien: Comme dans n'importe quel domaine, j'imagine qu'il y a plusieurs raisons qui poussent quelqu'un à réorienter sa carrière. La plus grande cohorte à quitter les Forces après la formation et le service obligatoire... Par exemple, quand je me suis enrôlé, c'était pour payer mes études en médecine. J'avais l'intention de finir mes trois années de service. Mon but à ce moment-là était de quitter les Forces. J'ai finalement beaucoup aimé mon expérience, tant avec l'unité de Petawawa qu'avec les Forces canadiennes spéciales par la suite, et j'ai choisi de rester.

C'est partout pareil. Je crois que certaines personnes se rendent compte que la culture militaire ne leur convient pas. Comme dans n'importe quel domaine, certains ont peut-être l'impression que ce n'est pas pour eux. La plupart de ceux dont les études en médecine ont été payées partent après leur service obligatoire.

Le président: Merci. Votre temps est écoulé.

Monsieur Norlock, c'est à vous.

M. Rick Norlock (Northumberland—Quinte West, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président. Je m'adresse à vous pour remercier les témoins de leur présence aujourd'hui.

J'ai seulement quelques commentaires à formuler rapidement. J'ai vu aux nouvelles il y a un certain temps la formidable histoire d'une double amputée de la guerre d'Irak. On pouvait la voir marcher, pour ainsi dire, en direction des caméras sur la scène.

Cela m'a rappelé notre voyage à Downsview, où nous avons visité la base. Je ne sais pas si c'était ici ou là-bas, mais on nous a dit que quelques-unes des plus grandes percées médicales, notamment en ce qui a trait aux greffes et aux procédures de ce genre, découlaient de l'expérience que nous avons acquise en temps de guerre. Comme dit mon épouse, c'est un mal pour un bien. Diriez-vous que ce que nous avons appris en prodiguant des soins d'urgence sur le champ de bataille peut parfois, aussi terrible que cela puisse paraître, permettre des avancées positives en médecine?

Col Homer Tien: Tout au long d'une guerre, je pense que les soins d'urgence s'améliorent, parce que tous les traumatologues qui repèrent un problème tentent d'améliorer les soins prodigués sur le terrain, dans les hôpitaux d'appui tactique ou dans les hôpitaux de campagne. C'est pourquoi les soins sont habituellement plus efficaces à la fin du conflit.

M. Rick Norlock: Si vous me le permettez, j'aimerais passer à ce que j'appelle la cyber-médecine. J'ai vu quelque chose à la télévision, et j'en ai parlé au ministre de la Santé: il existe maintenant des applications iPhone qui vous permettent de prendre un électrocardiogramme de chez vous et de l'envoyer à votre médecin. Le cardiologue derrière cette idée a aussi une autre application utilisant

un petit appareil que l'on place sur l'abdomen et qui donne une lecture de la glycémie du patient dans la minute.

Au cours de cette même entrevue, je ne sais pas si vous l'avez vue, il a indiqué que son groupe était sur le point de commercialiser cette nouvelle technologie. Je trouve cela étonnant. Il y a peut-être moyen d'utiliser des applications comme celle-là dans les champs de bataille. C'est pour cette raison que j'en parle. L'appareil ressemble à un *tricorder* — pour ceux qui ont vu *Star Wars* — et ce groupe produit ceux qui servent à mesurer les fréquences cardiaques, etc. Il dit qu'il travaille sur une application qui avertira votre iPhone si vous êtes sur le point de faire une crise cardiaque. Un nanodispositif plus petit qu'un grain de sable est injecté dans le flux sanguin pour détecter le décollement des cellules des parois cellulaires, et quand cela se produit, un signal est envoyé au iPhone, qui sonne l'alarme à son tour. C'est là qu'il faut appeler son médecin.

Savez-vous si des études sont menées quelque part dans le monde — normalement, ce sont des études menées en collaboration avec nos voisins du sud — pour déterminer si des applications pourraient être utilisées sur le terrain afin de faciliter le travail du personnel médical. On pourrait ainsi, par exemple, transmettre des données de la scène de l'accident à l'hôpital, de façon à ce que le personnel y soit mieux préparé? Est-ce une possibilité envisagée?

● (1610)

Col Homer Tien: Je ne sais pas si c'est une possibilité qu'on envisage. L'appareil échographique dont il a été question plus tôt, si les résultats des tests cliniques sont concluants, serait fourni au personnel médical pour qu'il ait accès à des données qui pourraient s'avérer importantes pour déterminer le traitement approprié.

M. Rick Norlock: Merci beaucoup.

Me reste-t-il du temps?

Le président: Il vous reste une minute.

M. Rick Norlock: Nous avons entendu le témoignage de la Dre Alice Aiken, qui nous a parlé de recherches qui visent à établir un lien entre les traumatismes cérébraux légers, ou commotions, et le stress post-traumatique. Avez-vous remarqué des corrélations semblables dans le cadre de votre travail? Selon vous, quels sont les principaux facteurs contribuant à un trouble de stress post-traumatique?

Col Homer Tien: Je ne traite pas les traumatismes cérébraux légers ni les troubles de stress post-traumatique, alors je ne saurais vous dire. Cela ne fait pas partie de mon domaine d'expertise.

M. Rick Norlock: Je sais que ce n'est pas un domaine que vous avez étudié, mais vous pourriez peut-être nous dire dans quelle mesure vous croyez que les traitements actuellement employés aux Forces canadiennes sont efficaces pour traiter les troubles de stress post-traumatique et autres blessures de stress opérationnel...? Pensez-vous qu'il est important de consacrer des ressources à la recherche et à l'élaboration de nouvelles formes de traitement?

Col Homer Tien: D'après ce que j'ai pu voir aux conférences médicales de l'OTAN, nos alliés ont beaucoup de respect pour nos programmes actuels, et le Canada est vu comme un chef de file dans le traitement du trouble de stress post-traumatique, notamment pour l'inclusivisme et la portée de ses programmes.

En tant que chercheur, je dirai toujours que la recherche est importante, parce que nous n'avons jamais suffisamment de réponses. Chaque fois qu'on découvre quelque chose, il y a toujours de nouvelles questions qui se posent, parce qu'on peut toujours améliorer les soins. Je crois qu'il demeure essentiel de financer la recherche.

Si j'ai bien compris les priorités des Services de santé des Forces canadiennes, on a énormément mis l'accent sur les soins intensifs et la médecine d'urgence en 2006. Aujourd'hui, d'après les montants qui y sont consacrés, je crois qu'on peut conclure que l'accent est mis sur la santé mentale, et c'est une bonne chose. On prévoit en effet 50 millions de dollars par année pour les initiatives de santé mentale, et 11,4 millions de dollars supplémentaires pour les mêmes raisons.

Le président: Merci.

Monsieur Larose, s'il vous plaît.

M. Jean-François Larose (Repentigny, NPD): Merci, monsieur le président.

Étant moi-même un adepte de *Star Trek*, je me souviens que le Dr McCoy disait que les médecins de notre ère étaient des bouchers. J'espère que la technologie arrivera assez vite pour qu'on remédie à cela.

M. Tarik Brahmi (Saint-Jean, NPD): Cela va rester entre nous.
[Français]

M. Jean-François Larose: Colonel Tien, je vous félicite de votre nomination à la chaire de recherche Major Banting sur les traumatismes liés au service militaire, en juin 2012.

Qu'espérez-vous réaliser en tant que titulaire de la chaire de recherche Major Banting sur les traumatismes liés au service militaire?

•(1615)

[Traduction]

Col Homer Tien: J'espère promouvoir la recherche sur les traumatismes liés au service militaire. Mon rôle de titulaire de la chaire sera d'encourager la recherche, de mener des études moi-même, et de forger des collaborations avec d'autres établissements d'enseignement canadiens de même qu'avec nos alliés afin d'entreprendre des recherches qui auront d'importantes retombées pour les soins des militaires blessés.

[Français]

M. Jean-François Larose: Quels sont les principaux problèmes auxquels vous aimeriez vous attaquer? Quels sont les problèmes les plus urgents?

[Traduction]

Col Homer Tien: Comme mon domaine de spécialité est la chirurgie générale et la traumatologie, je sais que les saignements sont encore la cause première des décès évitables sur le champ de bataille. Mes recherches s'intéressent surtout aux meilleures façons de traiter les saignements majeurs et de réanimer les patients, et en fin de compte de remédier à la situation.

[Français]

M. Jean-François Larose: Selon vous, quels sont les avantages que confère une chaire de recherche sur les traumatismes liés au service militaire?

[Traduction]

Col Homer Tien: Par exemple, si on pense au financement civil, le financement des IRSC au Canada, les principaux piliers de la recherche sont souvent la santé cardiovasculaire et le cancer, surtout parce que c'est ce qui tue les Canadiens. Aux IRSC, il n'y a pas de volet consacré précisément aux soins d'urgence ou aux soins des blessés. Parce que les traumatismes touchent les jeunes gens — et heureusement, toutes proportions gardées, il ne s'agit pas d'une des trois principales causes de décès au Canada —, c'est la principale cause de décès chez les jeunes.

L'avantage d'avoir une chaire de recherche militaire est que je peux concentrer mes efforts sur ce qui blesse et tue les membres des Forces canadiennes au combat, ce qui n'est pas une grande priorité pour les IRSC. C'est compréhensible, car ce n'est pas ce qui tue la majorité des Canadiens, mais dans les forces militaires, les traumatismes sont à l'origine du décès de la plupart des soldats.

[Français]

M. Jean-François Larose: Tout à fait.

Comment voyez-vous, concrètement, la mise en oeuvre de votre recherche au sein des Forces armées canadiennes?

[Traduction]

Col Homer Tien: Mon travail se divise en deux volets. Il y a la recherche des bases de données et les essais cliniques. Nous menons actuellement une étude en collaboration avec les États-Unis: l'essai clinique PROPPR. On tente de déterminer quel est le meilleur moyen de faire des transfusions à des patients en hémorragie grave. Tout le monde ne s'entend pas sur la pratique optimale, alors nous étudions la question à l'aide d'un essai clinique.

La recherche des bases de données permet d'aborder différents thèmes, et il existe de nombreuses bases de données que l'on peut interroger pour répondre aux questions de nature militaire, dont le Joint Theatre Trauma Registry.

[Français]

M. Jean-François Larose: J'en suis à ma dernière question. Plus tôt, on vous a demandé si les programmes en place étaient adéquats en ce qui concerne les traumatismes. Il me semble que vous avez répondu par l'affirmative. S'il y avait des compressions au ministère de la Défense nationale, pourrait-on abolir certains programmes? En ce moment, en est-on à un point acceptable, mais où on ne peut pas accepter des compressions supplémentaires?

[Traduction]

Col Homer Tien: C'est difficile pour moi de me prononcer sur les compressions budgétaires, car je n'ai pas une vue d'ensemble de la situation. Je peux vous dire qu'en période de guerre, soit depuis 2006... Les soins prodigués aux patients grièvement blessés coûtent très cher. Nous avons fait une étude pour déterminer combien il en coûte de traiter les soldats canadiens blessés au combat. C'était probablement le triple de ce qu'il en coûte pour traiter les civils blessés au Canada. Les dépenses diminuent grandement quand se terminent les opérations de combat, qui font de nombreuses victimes, et qu'on passe à l'étape de l'après-guerre. Je présume qu'on fera des économies par rapport à ce qu'il en coûtait pour traiter les soldats blessés au combat, des soins très onéreux.

[Français]

Le président: Merci beaucoup, votre période de temps est écoulée.

[Traduction]

Monsieur Strahl.

M. Mark Strahl (Chilliwack—Fraser Canyon, PCC): Merci, monsieur le président.

J'ai lu deux livres, grâce à John. Il nous a amené *FOB Doc* et *A Line in the Sand*, du Dr Ray Wiss. C'est ma première vraie incursion dans la réalité des bases d'opération à l'étranger; je ne savais pas comment se passait le transfert des patients à l'hôpital de rôle 3.

Il dit aussi dans son livre, et peut-être que vous pourriez nous en dire un peu plus si vous avez fait des recherches à ce sujet, que lors de sa première rotation, la pratique était d'appliquer une poudre pour stopper les hémorragies, mais celle-ci était très dommageable pour la peau et les muscles. On a changé du tout au tout la façon de procéder. Vous pourriez peut-être nous expliquer ce qui s'est passé.

C'est comme cela avec la recherche médicale. J'ai déjà siégé au comité de la santé également. Il faut des années pour développer un traitement. Pouvez-vous nous dire comment on a cerné le problème et de quelle façon vous avez réussi à trouver une meilleure solution en aussi peu de temps?

• (1620)

Col Homer Tien: Je dois d'abord préciser que je n'ai pas mené cette recherche. J'aurais aimé que ce soit le cas, mais non. Il s'agissait d'un produit conçu par l'armée américaine appelé « QuikClot ». Quand on a lancé le programme de Secourisme en situation de combat, on privilégiait la pose de garrots. Quand un militaire était blessé aux extrémités, à une jambe ou à un bras, on appliquait un garrot pour arrêter la perte sanguine. Cependant, plus on s'approche du torse, plus il est difficile de poser un garrot. Nous avions donc une bonne solution pour les amputations d'une main, d'un pied ou de la jambe inférieure, mais pas pour les amputations proximales, parce que les garrots ne fonctionnaient pas pour cela. L'Army Institute for Surgical Research des États-Unis a donc conçu ce produit appelé « QuikClot ». Il favorise la coagulation dans les cas d'amputation proximale, pour lesquelles on ne peut arrêter les saignements avec un garrot.

Les Forces canadiennes ont aussi utilisé ce produit pour stopper les saignements qu'on ne pouvait arrêter avec un garrot, parce que trop près du torse. Mais on a commencé à remarquer des problèmes. Il fallait mélanger la poudre à de l'eau, ce qui dégagait de la chaleur et causait des brûlures cutanées légères. Comme chirurgien qui avait la tâche de nettoyer la plaie, je ne voyais pas cela comme un très grand problème. Personnellement, c'était beaucoup moins inquiétant de savoir que le patient amputé ne saignait plus que d'avoir à traiter des brûlures superficielles. Il s'agit d'essayer d'améliorer les soins un peu plus chaque fois. La génération suivante du produit s'appelait... j'oublie le nom commercial, mais c'était aussi un produit dont l'application arrêtaient les saignements, mais il était fait à partir de dérivés de crustacés.

Le problème avec ce produit résidait dans sa conception: les saignements abondants emportaient le produit avec eux. De nombreuses compagnies américaines ont alors consacré beaucoup d'efforts à la conception de produits qui seraient efficaces et qui ne poseraient plus ce genre de problèmes.

Évidemment, puisqu'on parle de l'armée américaine, c'était très tentant financièrement pour ces compagnies d'entreprendre des recherches, car si leur produit était adopté par l'armée américaine, cela signifiait des commandes de millions d'exemplaires. Beaucoup de travail a donc été fait pour développer des pansements hémostatiques. En tant que chef national des services professionnels de traumatologie, j'ai reçu de nombreuses demandes pour évaluer le produit. Nous avons été appelés à analyser les différentes études effectuées pour déterminer la solution à adopter pour les soldats des Forces canadiennes. Je n'ai pas participé aux recherches comme telles, ni au développement des produits.

M. Mark Strahl: Il semble bien que l'argent soit le nerf de la guerre et qu'il ait motivé le privé à apporter des améliorations.

Le docteur parle aussi dans son livre de l'utilisation des ultrasons. S'agit-il d'une pratique courante de nos jours? Durant les 10 ans de

notre mission de combat là-bas, le personnel médical a-t-il reçu ce genre d'appareils pour faire des diagnostics? Selon le docteur, les ultrasons peuvent révéler dans certains cas que l'état d'un militaire va demeurer stable dans la prochaine demi-heure même s'il semble être blessé plus grièvement, tandis qu'un autre est victime d'une hémorragie interne.

Ce genre d'améliorations ont-elles été apportées au cours de la mission en Afghanistan?

Col Homer Tien: Non, des appareils à ultrasons ont été fournis aux médecins et au Dr Wiss, que je connais bien, qui est un expert et qui enseigne l'utilisation des ultrasons en cas de traumatisme. Les techniciens médicaux n'en ont pas reçu, car il faut être bien formé et avoir traité des patients qui souffrent de diverses pathologies. On peut comprendre que d'autres problèmes vont survenir si le personnel soignant connaît mal l'appareil et croit détecter du sang, alors qu'il n'y en a pas, ou qu'il croit obtenir un résultat négatif, alors qu'il est positif. C'est entre autres pourquoi on élabore un programme de diagnostic automatique à Downsview pour détecter la présence de sang.

L'appareil n'a donc jamais été remis aux techniciens médicaux sur le terrain, en raison du fardeau que représente la formation.

• (1625)

Le président: Merci, le temps est écoulé.

Je signale aux députés que nous avons invité le Dr Wiss à témoigner devant le comité. Malheureusement, sa femme est décédée en décembre. Il devra faire garder ses deux enfants pour venir nous parler de son expérience. La plupart d'entre nous ont lu *FOB Doc* et *A Line in the Sand*, qu'il a écrits en Afghanistan.

Nous avons le temps d'entendre une autre question.

Monsieur Brahmi.

[Français]

M. Tarik Brahmi: Merci, monsieur le président.

Colonel Tien, je vous remercie de votre témoignage. J'aimerais vous poser une question un peu similaire à celle qu'a posée ma collègue sur les infirmières. Celles-ci ont besoin de faire, au jour le jour, de telles interventions sur des blessés. Je me pose la même question pour les chirurgiens. Vous êtes chirurgien. J'imagine que vous n'avez pas, dans un hôpital civil, des cas similaires à ce qu'on peut trouver après l'explosion d'une bombe en Afghanistan.

Dans le cadre de la formation continue des chirurgiens, êtes-vous envoyés dans d'autres théâtres d'opération où le Canada n'intervient pas, mais où l'on peut trouver des types similaires de blessures? Y a-t-il des programmes conjoints avec l'armée américaine, par exemple, qui permettraient aux chirurgiens d'être en contact avec des blessures similaires?

[Traduction]

Col Homer Tien: J'ai écrit un article avec les Américains et les Britanniques sur la façon de préparer les chirurgiens à la guerre. Nous avons examiné comment nos alliés s'y prenaient. C'est très difficile de former les chirurgiens en vue de les déployer dans des conflits auxquels nous ne participons pas.

Tous nos alliés et nous avons des ententes avec les centres de traumatologie civils. Les États-Unis ont signé des ententes avec Baltimore, Miami et le comté de Los Angeles. Nous travaillons dans divers centres de traumatologie au Canada.

Vous avez tout à fait raison. Nous ne traitons pas de la même manière les blessures causées par une explosion et celles qui résultent d'un accident routier, mais les principes de gestion du traumatisme sont très semblables pour ce qui est d'arrêter le saignement et de réanimer la personne.

Tous les principaux essais auxquels l'armée s'intéresse en matière de réanimation traumatologique sont menés dans la société civile. Nous comprenons qu'il est impossible de mener ces essais dans les infrastructures militaires. Les principes de contrôle du saignement restent les mêmes.

[Français]

M. Tarik Brahmi: Si je comprends bien, ça poserait problème. Si on envoyait des chirurgiens canadiens dans un pays où le Canada n'est pas impliqué, cela poserait problème sur le plan diplomatique, plutôt que sur le plan médical.

[Traduction]

Col Homer Tien: Je crois que oui.

[Français]

M. Tarik Brahmi: Je vous remercie.

Parlons du fait que certains médecins quittent les forces armées. Vous avez mentionné que vous deviez obligatoirement y rester pendant trois ans. En vertu de votre contrat, vous devez rester pendant trois ans, obligatoirement, au service des Forces canadiennes après votre formation. Pour avoir fait un peu de recherche, je sais qu'en France, par exemple, un spécialiste doit rester 12 ans dans l'armée française.

Comment le Canada se compare-t-il aux autres pays?

[Traduction]

Col Homer Tien: Le délai de trois ans s'appliquait lorsque j'ai terminé l'école de médecine en tant que médecin militaire généraliste. Pour la chirurgie générale, mon service obligatoire était de cinq ans.

Je ne connais pas les diverses obligations selon les pays. Nous pouvons faire la recherche et vous en parler.

[Français]

M. Tarik Brahmi: Serait-ce une des solutions? Je sais que, pour les médecins civils, il est assez mal vu d'avoir l'obligation de servir dans une province, par exemple, ou dans une autre.

Toutefois, dans les forces armées, cela pourrait-il être une solution à un problème? Croyez-vous plutôt qu'il n'y a pas de problème de rétention des chirurgiens ou des médecins en général?

•(1630)

[Traduction]

Col Homer Tien: Désolé, je ne comprends pas la question.

[Français]

M. Tarik Brahmi: Dans le monde civil, des médecins quittent certaines provinces pour s'établir ailleurs. Le Québec en est un exemple. Le fait d'imposer des quotas de temps pour la rétention des médecins est assez mal vu par les médecins.

Selon vous, y a-t-il un problème de rétention dans le monde militaire? Le fait d'augmenter ou de modifier les contraintes

temporelles pourrait-il aider à résoudre ce problème, si tant est qu'il existe?

[Traduction]

Col Homer Tien: Je ne suis pas sûr qu'il y a un problème de maintien de l'effectif. Mais s'il y en a un, je crois qu'il s'estompe.

À titre de comparaison, les médecins civils qui entraient dans les Forces canadiennes obtenaient d'importants bonis à la signature, il y a une dizaine d'années. Nous avons du mal à maintenir le personnel en poste, et les médecins quittaient les forces. Mais selon ce que je comprends, le contexte a changé.

C'est signe selon moi que, s'il y a un problème de maintien de l'effectif, il est bien moins important qu'il y a 10 ans.

Le président: Merci. Le temps est écoulé.

Colonel Tien, l'équipe canadienne dont vous faisiez partie à l'Unité médicale multinationale de rôle 3 en Afghanistan a reçu une reconnaissance internationale de l'OTAN. Pouvez-vous simplement nous en dire un peu plus sur ce prix et la raison pour laquelle il vous a été attribué?

Col Homer Tien: Je suis un peu confus. Je sais que nous avons reçu un prix, mais il faudrait que mon adjoint me rappelle le nom. Le général Bernier a accepté ce prix en reconnaissance des excellents soins prodigués par les Services de santé des Forces canadiennes à l'unité de rôle 3. Je suis confus de ne pas me souvenir du nom.

Une voix: C'est le prix Larrey.

Col Homer Tien: C'est le prix Larrey, nommé en l'honneur d'un chirurgien français de l'époque napoléonienne.

Le président: Parfait.

Au nom du comité, je vous remercie de l'excellent travail que vous accomplissez pour le Canada et les forces armées canadiennes et de vous assurer que les militaires reçoivent les soins appropriés dans l'exercice de leurs fonctions.

Sur ce, nous allons suspendre la séance et inviter les autres témoins à prendre place. Nous devons procéder le plus vite possible.

Col Homer Tien: Merci.

Le président: La séance est suspendue.

•(1630)

_____ (Pause) _____

•(1635)

Le président: Nous reprenons la séance.

Nous accueillons le colonel John Fletcher, aumônier général intérimaire, et le major Shaun Yaskiw, aumônier de la réserve à la Direction des opérations des aumôniers.

Je vais présenter une courte biographie. Le padre Fletcher s'enrôle dans les Forces canadiennes en 1980, obtient son diplôme de bachelier ès sciences du Collège militaire royal en 1984 et est promu au grade de sous-lieutenant. En 1987, il obtient sa maîtrise en divinité au Collège Trinity de l'Université de Toronto et est ordonné diacre anglican dans le diocèse de Fredericton. Il commence son service à temps plein à l'aumônerie des Forces canadiennes en 1989. Il est affecté à Halifax et à Calgary et est promu archidiacre de l'Ordinariat militaire anglican du Canada en novembre. Il est adjoint honoraire à la paroisse anglicane All Saints de Westboro, dans le diocèse d'Ottawa.

Bienvenue, padre.

Bienvenue, major Yaskiw.

Nous avons hâte d'entendre vos exposés.

Colonel John Fletcher (aumônier général intérimaire, ministre de la Défense nationale): Merci.

[Français]

Monsieur le président, membres du comité, tel que mentionné, je suis le colonel Fletcher. J'exerce actuellement les fonctions de directeur de soutien stratégique de l'aumônerie, ce qui est essentiellement un rôle de chef d'état-major au sein du Bureau de l'aumônier général.

[Traduction]

J'ai l'honneur d'avoir été sélectionné en vue d'une promotion cet été et, si Dieu le veut, j'assumerai les tâches et les responsabilités de l'aumônier général en septembre.

C'est un honneur et un privilège de représenter l'aumônier général et la Branche des services de l'aumônerie au cours de cette audience, aujourd'hui. Je tiens à remercier les membres du comité du travail qu'ils ont effectué pour étudier les nombreux enjeux liés au soin des militaires malades et blessés. Il s'agit d'un travail important, et votre loyauté et votre engagement à l'égard de votre travail et de l'ensemble des militaires sont très appréciés. J'espère sincèrement que je pourrai vous aider à faire votre travail.

Tous nos aumôniers sont des professionnels religieux qualifiés et reconnus par leurs groupes confessionnels. Ils sont recrutés par les Forces canadiennes en tant qu'aumôniers généraux pour fournir du soutien, des conseils et des services religieux et spirituels aux militaires et à leurs familles. Ils favorisent le bien-être spirituel et l'état de préparation et rehaussent l'efficacité des forces armées canadiennes.

[Français]

Il y a environ 220 aumôniers dans la Force régulière et à peu près 120 aumôniers dans la Force de réserve. Nous représentons plus de 20 confessions chrétiennes différentes ainsi que les groupes confessionnels juifs et musulmans. Ensemble, nous sommes déterminés à offrir des services religieux et spirituels dans les deux langues officielles et dans tout contexte militaire.

[Traduction]

La majorité des aumôniers travaillent dans une unité ou dans le cadre d'opérations de déploiement. La relation entre un aumônier et les membres d'une unité peut être profonde et intense sur le plan spirituel. De notre point de vue, elle est toujours extrêmement privilégiée.

• (1640)

[Français]

Nos aumôniers de la Réserve fournissent un lien critique entre nos réservistes et les divers programmes de soutien à leur disposition. À titre de chefs de groupes confessionnels de confiance au sein de leurs collectivités locales et d'aumôniers militaires qualifiés, nos aumôniers de la Réserve sont des conseillers efficaces dans les moments joyeux ou tristes.

[Traduction]

Nos services d'aumônerie sont reconnus à l'échelle internationale pour leur leadership en matière de démarches multiconfessionnelles dans un contexte militaire. Nous sommes déterminés à perfectionner et à élargir cette expertise.

On s'attend à ce que tous les aumôniers exercent un ministère étendu en favorisant les croyances religieuses et spirituelles de ceux qui sont sous leurs ailes et en faisant preuve d'ouverture, sans pour autant compromettre leur propre foi et leurs croyances théologiques et sans imposer de doctrine et de pratique religieuses aux autres.

[Français]

Tous nos aumôniers ont suivi une formation au niveau de la maîtrise et, dans certains cas de spécialisation, à un niveau supérieur. Nous possédons de l'expérience en tant que guides spirituels au sein de nos propres groupes confessionnels et nous demeurons professionnellement responsables de ces groupes confessionnels tout au long de notre service militaire.

[Traduction]

En plus d'exercer leur ministère dans les unités, les aumôniers de service répondent aux appels d'urgence après les heures de travail, fournissent un soutien spirituel essentiel et effectuent des aiguillages, 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Les aumôniers de la réserve fournissent des services et du soutien pastoraux aux militaires et à leurs familles dans les régions du pays où il n'y a pas de ressource de la force régulière.

Au cours des 10 dernières années, les Forces canadiennes ont élargi et amélioré les programmes visant à prévenir, à cerner et à traiter les troubles de santé mentale et à appuyer les personnes qui en souffrent. Sur le plan stratégique, les services d'aumônerie appuient ces programmes en affectant des aumôniers dans des secteurs clés comme le Centre médical régional de Landstuhl, en Allemagne, et les centres de décompression dans un tiers lieu.

Les aumôniers triés sur le volet qui ont mené des études supérieures en counselling pastoral et qui se spécialisent en soins cliniques travaillent au sein d'équipes de soins multidisciplinaires dans les centres de soutien pour trauma et stress opérationnels. Sur le plan tactique, des aumôniers travaillent étroitement avec les nouvelles unités interarmées de soutien au personnel et avec les centres intégrés de soutien du personnel pour fournir des soins aux militaires blessés et pour appuyer le personnel de ces unités afin d'aider à atténuer les effets de l'usure de compassion et de l'épuisement des soignants.

Lorsqu'un membre de notre communauté est blessé, nous ressentons tous sa souffrance. Lorsqu'un membre de notre communauté réussit à guérir, toute la communauté est guérie. Une partie de la blessure que portent nos soldats, nos marins et nos aviateurs est de nature spirituelle. Une partie de leur guérison est également spirituelle.

En travaillant côte à côte avec nos partenaires en santé mentale, et avec votre soutien et votre encouragement, nous faisons une grande différence dans la vie de ceux qui ont été blessés pendant leur service.

Je suis reconnaissant d'avoir eu l'occasion de vous parler du travail important que nous accomplissons tous les jours en tant qu'aumôniers pour appuyer les militaires malades et blessés et leurs familles.

Si vous permettez que je prenne un instant de plus, je tiens à signaler la présence d'autres aumôniers aujourd'hui. Il y a bien sûr le major Shaun Yaskiw, qui est assis à côté de moi à cette table et qui est aumônier de la réserve et ministre de l'Église unie du Canada. Shaun est le membre de notre personnel chargé des services d'aumônerie à la réserve et aux cadets. Il possède une expérience unique en son genre.

Nous avons aujourd'hui, en tant que supporters, la lieutenant-colonelle Barbara Putnam, pasteure baptiste et directrice adjointe des services d'aumônerie, responsable du recrutement des aumôniers, de l'enseignement, de la formation et de la politique. Le dernier mais non le moindre, le lieutenant-colonel André Gauthier, adjoint de pastorale catholique et directeur adjoint des Opérations d'aumônerie. André est aussi un spécialiste en counselling pastoral. Avant de se joindre à notre personnel le mois dernier, il travaillait au centre de trauma et de stress de Valcartier.

Ces trois aumôniers ont participé à notre mission en Afghanistan. Ils ont beaucoup d'expérience et sont des dirigeants des services d'aumônerie compétents. J'ai la chance de les compter parmi les membres de mon personnel et je les remercie d'être ici aujourd'hui.

Merci.

•(1645)

Le président: Merci beaucoup, colonel.

Je pense que c'est très important d'entendre votre témoignage ici. Nous parlons des blessures physiques, des stress liés à la santé mentale, des blessures de stress opérationnel qui surviennent sur le terrain et bien sûr de la guérison spirituelle qui doit se produire. Nous sommes très heureux de vous accueillir ici en tant que témoins.

Monsieur Harris, pour cinq minutes.

M. Jack Harris: Merci, monsieur le président.

Merci à vous deux d'être ici et à vos collègues qui vous appuient pour expliquer la gamme des services fournis. Les militaires blessés et malades ont bien sûr besoin de soins spirituels, en plus des soins de santé physique et mentale. Je vous remercie de les aider.

Je sais que votre rôle consiste entre autres à protéger les militaires et que l'aumônier est souvent la première personne à qui on fait appel. On nous a dit à plus d'une reprise que ceux qui souffrent de blessures psychologiques craignent de demander de l'aide. Ils ont peur qu'un appel à l'aide mette fin à leurs carrières, etc. Vos collègues et vous êtes les premières personnes à qui les militaires demandent de l'aide. Je comprends que c'est une position délicate pour vous. Veuillez parler de votre rôle et de la façon dont vous amenez les militaires à obtenir l'aide nécessaire.

Si je ne me trompe pas, le colonel Tien vient de dire que le suicide se situe parmi les quatre principales causes de mortalité chez les militaires depuis 20 ans. Le suicide nous préoccupe tous bien sûr, et c'est d'autant plus vrai pour les professionnels religieux comme vous en ce qui a trait à la compréhension du désespoir que vit la personne. Le taux de suicide dans les Forces vous préoccupe-t-il?

Par ailleurs, quelles améliorations pouvons-nous apporter? Quels sont les soins supplémentaires dont les militaires ont besoin et quels autres services d'aide devons-nous fournir?

Col John Fletcher: Merci.

D'après ce que je comprends, même si le suicide est une des principales causes de mortalité dans les Forces canadiennes, le taux de suicide dans la population partout au pays n'est pas très différent. Cela dit...

M. Jack Harris: Si vous le permettez, on nous a parlé de personnes qui ont essayé trois, quatre ou cinq fois de se suicider avant de réussir. Les problèmes sont parfois décelés très tôt.

Col John Fletcher: En effet. Tous les moments de désespoir durant lesquels la personne choisit de se suicider, parce qu'elle ne voit pas d'autre façon de mettre fin à sa souffrance, sont tragiques. Partout au pays et dans les Forces canadiennes, nous devons nous employer à défaire le stigmate associé à la souffrance psychologique et à l'angoisse.

Nos aumôniers travaillent en première ligne avec les militaires qui souffrent d'un traumatisme ou d'une crise familiale et leur demandent comment nous pouvons les aider à obtenir les soins dont ils ont besoin pour atténuer les conséquences et trouver une solution plus saine et plus positive à leurs problèmes.

M. Jack Harris: Êtes-vous satisfait de l'aide que reçoivent les militaires?

Col John Fletcher: Je suis très satisfait qu'il y ait de l'aide à leur disposition. Ce qui me dérange, c'est la stigmatisation qui demeure malgré tous les efforts que déploient les dirigeants et le soutien par les pairs.

Les gens ont peur de reconnaître leurs blessures et leur besoin d'aide, donc tout ce que nous pouvons faire pour les encourager... Nous commençons par établir une relation avec eux. Nos aumôniers sont déployés dans l'unité, donc ils travaillent avec le personnel au quotidien. Ils essaient d'apprendre à connaître chaque personne et de se faire connaître.

Lorsqu'une personne est confrontée à un problème, c'est difficile pour elle de quitter son unité, d'aller frapper à la porte d'une clinique de santé mentale ou d'un cabinet de médecin et de reconnaître qu'elle vit des difficultés. La première étape est donc difficile à franchir. Il est plus facile pour ces personnes de s'adresser à l'aumônier de l'unité, qu'elles connaissent et qui les connaît. L'aumônier fait souvent un certain travail de triage. Il les aide à prendre conscience du fait que la situation n'a pas empiré parce qu'elles ont fait part de leurs problèmes à l'aumônier et qu'elle n'empirera pas non plus si elles en font part à d'autres soignants professionnels.

Nous les accompagnons. Nous les aidons à prendre conscience de leurs besoins, nous les accueillons avec leurs besoins et nous faisons le pont avec les ressources qui sont mises à leur disposition. Malheureusement, nos efforts ne portent pas toujours fruit. Malheureusement, il y a des cas où nous ne réussissons pas à les aider. Nous devons continuer de nous efforcer de faire connaître aux gens les ressources qui existent, de les aider à trouver le courage de reconnaître leur douleur et d'aller chercher les soins auxquels ils ont accès, de les accompagner sur le chemin.

• (1650)

Le président: Merci.

Monsieur Opitz, la parole est à vous.

M. Ted Opitz (Etobicoke-Centre, PCC): Merci, monsieur le président.

Monsieur l'aumônier, je suis ravi de vous voir ici aujourd'hui. L'aumônier et moi avons travaillé ensemble au quartier général du SCFT à l'époque. Je connais les difficultés auxquelles vous êtes confrontés là-bas, notamment toutes les personnes sans Dieu et sans âme, qu'on appelle les ingénieurs.

Des voix: Oh, oh!

M. Ted Opitz: Mieux vaut les traiter à l'eau bénite et à la croix.

Je vous remercie infiniment d'être ici. Je connais véritablement le genre de défi que vous devez relever. Plus sérieusement, je sais à quel point il est difficile de travailler avec beaucoup de troupes. Vous avez participé à beaucoup de déploiements, particulièrement pendant les premières années de déploiement en Bosnie, qui ont été parmi les années les plus difficiles que nous avons connues.

Mon Père, pouvez-vous expliquer au comité en quoi consiste le rôle de l'aumônier? Comment venez-vous en aide aux hommes et aux femmes qui portent l'uniforme? Voudriez-vous décrire le rôle de l'aumônier sur chaque base, parce qu'il y a beaucoup de travail à faire sur chaque base, nous dire si vous êtes déployé et ce que vous faites pour le détachement arrière, en particulier. Quelles sont les difficultés propres au détachement arrière, étant donné que vous êtes parmi les premières personnes à entrer en contact avec les familles pour les aviser en cas de décès? Pouvez-vous nous parler un peu de cette réalité?

Col John Fletcher: Nous travaillons en équipe, c'est la clé. Les équipes ne se composent pas seulement d'aumôniers. Elles sont non seulement multiconfessionnelles, mais interdisciplinaires. Nous travaillons en collaboration avec la chaîne de commandement, qui a la responsabilité de prendre soin de nos hommes et de nos femmes en uniforme, de s'occuper de tous les aspects des soins, y compris du bien-être spirituel. Nous sommes l'une des principales ressources pour aider les commandants en ce sens. Nous travaillons de pair avec les professionnels médicaux, les centres de ressources familiales, etc. Les services d'aumônerie se fondent vraiment sur le travail d'équipe au niveau tactique, sur nos bases et dans les théâtres de déploiement.

Vous abordez une question très importante. Évidemment, lorsque les aumôniers se préparent à être déployés en théâtre d'opérations avec nos troupes, nous mettons l'accent sur les aspects uniques du ministère en déploiement, et nous formons les aumôniers pour cela, nous les outillons, nous les appuyons.

Tout ce qui se passe à la maison fait également partie de l'équation, les familles s'inquiètent nuit et jour du sort des leurs. Chaque fois que l'armée fait les manchettes ou qu'il y a un décès ou des blessures en théâtre de guerre, chacune des familles est touchée, d'une certaine façon. Elles sont toutes prises dans le cycle. J'ai souvent le sentiment que bien que le travail des aumôniers déployés

en théâtre d'opérations soit très difficile, celui des aumôniers qui accompagnent les familles et les soutiennent à la maison est parfois encore plus difficile.

Vous avez tout à fait raison de dire que les aumôniers jouent un rôle fondamental dans l'un des aspects les plus horribles de ce métier: ils accompagnent l'officier qui va frapper à la porte de la famille qui vient de perdre un fils, une fille, un mari ou une femme. C'est un travail sacré et très exigeant que d'être là avec l'officier à ce moment-là pour aviser la famille et l'accompagner, au moment où le deuil et la douleur terrible de la perte la frappent. Nous aimerions ne jamais avoir à faire cela, mais nous savons que notre présence peut faire une différence, donc essayons de leur offrir une présence de qualité.

M. Ted Opitz: Quels sont vos objectifs, que voulez-vous accomplir quand vous prendrez le commandement du bureau?

Col John Fletcher: Nous avons une stratégie d'aumônerie qui a été signée et approuvée par le Conseil des Forces armées en 2008, et le plan de campagne qui a suivi a été approuvé en 2010. Notre objectif est de mener ce plan à bien. Il vise à assurer l'efficacité opérationnelle des services d'aumônerie, à favoriser une aumônerie axée sur la connaissance et à faire en sorte que l'aumônerie représente une vocation de choix.

Il y a environ 22 projets différents prévus dans ce plan de campagne. Nous avons apporté en cadeau à chacun d'entre vous un exemplaire de notre plan pour que les services d'aumônerie conservent leur excellence multiconfessionnelle et leur efficacité opérationnelle.

En tant qu'aumônier général, j'ai l'intention de continuer d'affecter des ressources à ce plan et de le mener à bien pour assurer des services d'aumôniers forts au sein des Forces canadiennes.

• (1655)

Le président: Je vous remercie. Votre temps est écoulé.

Monsieur McKay.

L'hon. John McKay: Merci, monsieur le président.

J'ai appris une chose de la question de M. Opitz. Je croyais que seule la profession juridique était sans Dieu et sans âme.

Le président: Vous avez de la compagnie maintenant.

L'hon. John McKay: On dit fréquemment, ou à tout le moins on disait fréquemment qu'il n'y avait pas d'athées dans les tranchées, mais il semble y avoir de plus en plus de gens dans notre société qui ne croient pas en Dieu ou qui ne s'intéressent tout simplement pas à la religion.

Ma prochaine question est un peu provocatrice. Y a-t-il un certain pourcentage de nos soldats qui vous voient comme un aumônier, une personne religieuse et pour qui cela constitue un obstacle à aller demander de l'aide?

Col John Fletcher: Je pense qu'il y a probablement un pourcentage de gens pour qui ce peut être un obstacle.

Je peux vous raconter que quand j'étais aumônier en mer, il y avait une tradition dans la Marine canadienne et dans la Marine royale selon laquelle les aumôniers n'avaient pas de grade en mer parce que leur grade pourrait empêcher des gens de demander de l'aide à l'aumônier, il pourrait constituer un obstacle. Cela ne m'a jamais dérangé de me défaire de mon grade, parce que dans notre armée professionnelle, les relations de travail sont excellentes entre les différents grades. On travaille en équipe.

Il y a évidemment des différences dans les responsabilités, dans le travail lui-même, mais je n'ai jamais vu le grade comme un obstacle. Je voyais surtout la croix et le col que je porte... Parce que vous avez raison, il y a pas mal de gens dans notre culture, dans notre société, pour qui les leaders religieux, les personnes qui jouent un rôle de leadership dans une religion organisée sont distants, en quelque sorte, inaccessibles ou même pire. Les gens peuvent être marqués par des blessures personnelles causées par une religion organisée ou se sentir jugés.

Une part importante du travail de tous les aumôniers consiste à essayer de surmonter ces obstacles quand ils sont affectés à une unité, et cela commence par des rencontres sur le terrain; il faut être présent avec les gens, apprendre à les connaître et développer une relation. Je peux dire en toute honnêteté que même si ce ne sont pas tous les soldats, les marins, les aviateurs et les aviatrices des forces... En fait, la grande majorité des militaires ne fréquentent pas l'église, la synagogue ou la mosquée de façon régulière, mais ils savent qui est leur aumônier. Ils savent comment l'aumônier peut les aider, les encourager, et que leurs problèmes ne seront jamais perçus comme des problèmes religieux. Ils n'utiliseront peut-être jamais le terme « difficultés spirituelles », mais leurs difficultés ont une dimension spirituelle.

L'hon. John McKay: J'ai remarqué que M. Opitz vous a accueilli très chaleureusement. Il est vrai que tout le monde connaît l'aumônier, même si on peut être porté à croire qu'il appartient à une religion un peu détraquée.

À certains égards, vous transcendez le grade, notamment quand vous le laissez tomber pour vous mêler à tous les marins d'un bateau, ce qui est probablement le contexte le plus évident, mais j'imagine, même si je ne le sais pas vraiment, que de temps en temps, cela crée son propre lot de difficultés. Vous voyez la chaîne de commandement ordonner telle ou telle chose à telle ou telle personne, et vous connaissez l'histoire derrière tout cela. Comment gérez-vous la situation? J'ai l'impression que c'est un défi unique à l'aumônier militaire.

● (1700)

Col John Fletcher: Le commandement est une fonction solitaire. Le CO d'une unité est souvent la personne la plus seule de l'unité, parce qu'il est en haut de la pyramide à prendre les décisions. Il a une forte équipe de conseillers et il est habituellement entouré d'un militaire du rang supérieur, avec qui il entretient une relation étroite, mais ce peut être une fonction bien solitaire.

L'aumônier doit trouver le moyen d'entrer en relation avec le commandant aussi bien qu'avec les personnes des grades inférieurs. Les nouveaux aumôniers dans une unité tombent parfois dans le piège de croire que leur travail consiste à sauver le pauvre soldat de la chaîne de commandement diabolique et vont essayer de nous convaincre que c'est notre rôle, mais quand on commence à travailler avec les commandants de tous les niveaux, on se rend compte que du caporal-chef au colonel, ils se préoccupent tous du bien-être des personnes qu'ils dirigent et que l'aumônier fait partie des ressources qui les aident à faire leur travail efficacement, parce qu'il devient un baromètre de l'humeur dans l'unité, d'une certaine façon. On peut devenir un confident de confiance pour les personnes de différents grades, mais il faut y consacrer du temps et des efforts, et tout le monde trébuche et tombe une fois ou deux.

Le président: Merci. Votre temps est écoulé.

Monsieur Chisu, je vais vous laisser la chance de vous défendre contre M. Opitz.

Des voix: Oh, oh!

M. Corneliu Chisu (Pickering—Scarborough-Est, PCC): Merci beaucoup.

Je vais changer un peu de registre. En tant qu'officier d'infanterie, il fait très bien son travail. Nous lui ouvrons la porte pour qu'il apprenne à se battre.

Merci beaucoup de comparaître devant notre comité, monsieur l'aumônier. Je vous en suis reconnaissant.

J'aimerais d'abord et avant tout vous féliciter du travail que vous faites au sein des forces. J'ai travaillé à l'établissement de la base de Meaford et j'y ai vu que beaucoup de jeunes soldats s'adressaient d'abord à l'aumônier lorsqu'ils avaient un problème. C'est un rôle très important. Ils allaient parler de leurs problèmes à l'aumônier avant d'en parler à n'importe qui d'autre. Je crois donc que l'aumônier joue un rôle très important auprès des hommes et des femmes en uniforme.

Au sujet du soutien spirituel et interconfessionnel que vous apportez au personnel des Forces canadiennes et à leur famille, diriez-vous que vous êtes la principale ressource pour répondre aux besoins du personnel militaire et des familles? Je pose ma question dans deux contextes. Premièrement, sur la base, les jeunes militaires doivent recevoir un entraînement et ils peuvent y vivre divers problèmes familiaux ou autres. Ensuite, quels sont les problèmes auxquels ils sont confrontés lorsqu'ils sont déployés à l'étranger?

Je remarque que la mission à Kandahar, en Afghanistan, en particulier, a apporté une toute nouvelle dimension au conflit et à votre rôle quand des soldats perdent la vie. Des soldats ont perdu des compagnons, des familles ont perdu des proches.

J'aimerais d'ailleurs féliciter un membre de votre bureau que je connais très bien, le capitaine Phil Ralph, l'un des cofondateurs des Wounded Warriors. Je tiens à le mentionner, parce qu'il ne s'est pas contenté de fournir des conseils aux militaires, il a fait un pas de plus pour les aider lorsqu'ils reviennent blessés, pour prendre soin des soldats meurtris.

Col John Fletcher: Merci beaucoup.

Je pense que l'une des choses dont nous avons le plus besoin pour relever tous les défis auxquels sont confrontés les militaires, c'est d'un esprit de communauté. C'est difficile à créer. C'est peut-être même encore plus difficile aujourd'hui qu'à l'époque où tout le monde travaillait dans les mêmes bases. Cela comportait son lot d'inconvénients aussi. Il n'y avait pas d'intimité, d'une certaine façon.

Je crois que le plus grand risque qui existe, pour un soldat en déploiement comme pour un membre de la famille resté à la maison, c'est l'isolement, l'isolement des ressources qui sont là pour leur venir en aide. Je crois qu'il faut créer le lien avec toutes les personnes touchées: la famille, les autres membres de l'unité, le centre de ressources familiales, les groupes confessionnels, etc. Je pense que n'importe quel problème devient moins lourd quand on s'y attaque tous ensemble.

Comment créer un esprit de communauté quand les gens se séparent naturellement les uns des autres et vivent leur vie de façon plus isolée et peut-être plus virtuelle? Il faudrait peut-être miser sur la technologie virtuelle, justement, pour rassembler les gens et créer des liens encore plus forts qu'avant.

La communauté, le vivre ensemble, est l'élément le plus essentiel, à mon avis, pour relever tous les défis auxquels est confrontée l'armée.

•(1705)

M. Corneliu Chisu: Les aumôniers ont-ils le mandat d'aider les membres de la famille, qui souffrent le plus souvent de maladies mentales, entre autres? Pouvez-vous nous en parler un peu plus?

Col John Fletcher: Oui. Notre fonction est la seule fonction militaire dont le mandat englobe des services aux membres de la famille. Il y a des particularités uniques aux familles installées en Europe ou à l'extérieur du pays, auxquelles d'autres personnes ont le mandat d'offrir des services, mais en règle générale, c'est propre à l'aumônier d'offrir des services aux membres de la famille.

Ces services représentent un pourcentage élevé de notre travail, tant dans le détachement arrière pendant le déploiement que dans les communautés d'attache des aumôniers, puisque nous participons notamment aux programmes d'aide des centres de ressources familiales. C'est une partie importante de notre travail et de notre vocation, qui contribue selon nous à renforcer les Forces canadiennes dans leur ensemble.

Le président: Merci. Vous n'avez plus de temps.

[Français]

Madame Moore, c'est votre tour.

Mme Christine Moore: Tout d'abord, j'aimerais poser une question sur le recrutement. On ne se le cachera pas, il est généralement très difficile de recruter des prêtres même dans le monde civil. Ils vieillissent. Dans ma circonscription, on a dû recourir à l'immigration. Curieusement, le Congo nous a aidés en nous envoyant des prêtres pour une période de trois ans.

Comment se passe le recrutement? De manière générale, il s'agit d'une profession où il est difficile de recruter du sang nouveau.

Par ailleurs, pourriez-vous parler plus spécifiquement du rôle des femmes au sein de l'aumônerie dans les Forces canadiennes? En effet, dans certaines confessions religieuses, les femmes ne peuvent pas jouer le même rôle que les hommes. Quelle rôle précis jouent-elles? Sont-elles limitées? Comment sont-elles considérées dans ces services?

[Traduction]

Col John Fletcher: Merci beaucoup.

[Français]

Le recrutement reste un de nos plus grands défis. Ce n'est pas nécessairement une question de disponibilité des candidats au Canada, c'est une question d'âge.

[Traduction]

Nous nous rendons compte que dans la plupart des séminaires canadiens, par exemple, l'âge moyen des étudiants en théologie est beaucoup plus élevé qu'il ne l'était il y a une vingtaine d'années. C'est donc tout un défi de trouver des gens qui ont la compétence et la capacité de faire carrière comme aumônier militaire.

Nous avons effectivement de la difficulté à trouver des prêtres catholiques. Vous avez tout à fait raison: il y a une véritable pénurie partout au Canada. Pour parer à la situation, notre aumônerie a décidé d'employer des agents de pastorale catholique romains. Le père Gauthier, qui est avec nous aujourd'hui, vient d'être ordonné diacre. Il a d'abord été agent de pastorale, puis il est devenu diacre. Nous employons des aumôniers laïcs dans l'aumônerie catholique romaine, et une bonne partie des laïcs de notre équipe sont des femmes aumônières catholiques.

Nous avons des aumônières de différentes confessions religieuses, et il y a même une rabbine qui a travaillé pour nous pendant quelque

temps. Elle a toutefois atteint l'âge de la retraite et ne travaille plus. Il n'y a aucune limite à l'emploi des femmes. Nos aumônières peuvent travailler n'importe où, dans n'importe quelle unité et à n'importe quel grade, tout comme les autres aumôniers.

•(1710)

[Français]

Mme Christine Moore: Les limites qu'elles vivent sont-elles seulement celles qui sont imposées par la religion dont elles font partie?

[Traduction]

Col John Fletcher: Exactement. Bien sûr, chaque aumônier appartient à un groupe confessionnel, et nous sommes responsables envers ce groupe de notre mandat ou de l'autorisation d'exercer notre ministère. Ainsi, si une aumônière catholique peut exercer le rôle militaire d'aumônière et offrir la compassion et les conseils propres à cette fonction en déploiement en plus d'apporter un soutien spirituel aux militaires, l'Église catholique romaine ne permet pas à une femme d'être ordonnée prêtre ni d'exercer les sacrements de l'Église. Bref, les limites imposées aux aumônières de l'armée leur sont en fait imposées par leur confession religieuse et non par l'aumônerie.

[Français]

Mme Christine Moore: Si je comprends bien, les aumôniers sont tenus de respecter les règles des Forces canadiennes et celles de leur religion.

[Traduction]

Col John Fletcher: C'est juste. Il est écrit quelque part dans un livre sacré qu'on ne peut pas servir deux maîtres, mais chacun de nos aumôniers doit le faire. Ils appartiennent à une tradition religieuse qui leur permet d'assumer cette fonction et ils restent responsables envers cette autorité religieuse, mais ils font également partie de l'armée. La grande majorité des tâches qu'assument les aumôniers peuvent être accomplies par n'importe quel aumônier. Il s'agit essentiellement d'accompagnement, de compassion et de conseils.

Nous donnons les sacrements et ce genre de choses pour les familles qui le désirent, mais la part du lion, la plus grande partie du rôle de l'aumônier peut être jouée par n'importe quel aumônier.

Le président: Merci.

Avant de laisser M. Alexander vous poser la dernière question, j'aimerais moi-même vous en poser une.

Colonel, pouvez-vous nous parler un peu des services de consultation que les aumôniers offrent aux endeuillés en théâtre d'opérations et dans les unités? Bien souvent, il n'y a qu'une partie de l'unité qui est déployée. Quant il y a un décès, qu'arrive-t-il aux membres de la même unité en déploiement, quels sont les services d'aumônier qui leur sont offerts et qu'arrive-t-il aux familles restées à la maison, mais aussi à tous les autres membres de l'unité restés au Canada?

Col John Fletcher: Il est sûr qu'une équipe de soin multidisciplinaire est déployée sur le théâtre des opérations. Outre l'aumônier-conseiller, il y aurait d'autres ressources, comme des infirmiers ou infirmières en santé mentale, etc. Nous avons sur le théâtre des ressources qui peuvent offrir tous les services de consultation dont auraient besoin les pairs, les soldats qui ont perdu un camarade.

À la maison, l'aumônier est affecté à la famille et l'accompagne pendant des semaines et parfois des mois, jusqu'à ce qu'un organisme civil puisse prendre la relève, comme la paroisse ou des services de conseil à long terme, au sein de leur communauté ou par l'intermédiaire du Centre familial de ressources.

Les Forces canadiennes ont entre autres adopté une initiative, appelée Côte à Côte. Cela témoigne de notre engagement durable à aider les familles de nos soldats tombés au combat. Ce rôle incombe au directeur de la qualité de vie et au programme des services aux familles des militaires. Il y a un numéro 1-800. En gros, nous voulons nous assurer qu'aucune des familles n'est laissée sans personne à qui parler, et nous voulons nous occuper d'elles et répondre à leurs besoins. Il n'est pas possible de faire disparaître la douleur que cette perte cause, mais idéalement, on peut les soutenir pour les amener au point où la douleur devient supportable et où ils peuvent aller de l'avant.

Le président: Merci.

Monsieur Alexander, vous allez poser la dernière question.

• (1715)

M. Chris Alexander: Merci, monsieur le président.

On vient de me dire que le vote pourrait être retardé.

Le président: La sonnerie ne retentit pas encore, alors vous pouvez continuer.

Il pourrait y avoir un retard?

M. Chris Alexander: C'est remis de 30 minutes, alors nous avons encore un peu de temps, si vous le permettez, monsieur le président.

Le président: Nous sommes censés être ici jusqu'à 17 h 30, alors poursuivez.

M. Chris Alexander: D'accord.

Colonel, je vous remercie, votre équipe et vous, pour cette séance. C'est d'une très grande importance pour notre étude.

Vous avez une perspective unique sur le processus de guérison des malades et des blessés. Je vais vous poser une question à deux ou trois volets. Vous avez mentionné que les blessures que les soldats subissent sont en partie spirituelles. Parlez-nous du côté spirituel de la guérison, d'après votre expérience. Je suis sûr que c'est subjectif. Est-ce un indicateur avancé, ou un indicateur retardé? Est-ce que cela est parallèle à la guérison physique? Donnez-nous un peu de perspective là-dessus.

Deuxièmement, quand nos Forces canadiennes s'engagent sur les théâtres d'opération et sont déployées, elles ont un excellent moral qui leur vient de leurs valeurs et, dans bien des cas, de leur foi. Comment se passe le retour, du point de vue des valeurs et de la foi, quand les soldats reviennent malades ou blessés?

J'ai entendu des histoires, et ce sont souvent celles qui ont tendance à prendre toute la place. Il est question de la personne dont la spiritualité s'approfondit après qu'elle a été victime d'une attaque. Votre expérience est bien plus vaste, alors j'aimerais entendre votre point de vue.

Enfin, vous avez mentionné l'engagement relatif à la diversité. Votre service et votre direction s'occupent de toutes les confessions. Je viens d'une circonscription très diversifiée, tout comme bon nombre d'entre nous. Avez-vous des prêtres orthodoxes? Est-ce qu'il y a des maîtres hindous? Est-ce qu'il y a de la diversité parmi les représentants musulmans en ce moment, comme les chiites ou les sunnites?

Je sais qu'il n'y a pas qu'une seule question, monsieur le président, mais je pense que nous avons un peu plus de temps.

Col John Fletcher: Nous devons peut-être rester après l'école.

Des voix: Oh, oh!

Col John Fletcher: Vous devrez peut-être me rappeler certains de ces trois points, mais je vais commencer par le premier que vous avez mentionné, concernant l'indicateur avancé ou retardé de la guérison physique et spirituelle. Je pense qu'on voit les deux cas.

Chez certaines personnes, vous verrez des cicatrices et des blessures physiques guérir rapidement, alors que la douleur spirituelle, émotionnelle et psychologique durera des années. Vous verrez d'autres personnes atteindre la paix spirituelle et psychologique plus rapidement, ce qui produit souvent un effet sur leur façon d'aborder leurs blessures physiques. Vous pouvez voir le courage de certains de nos soldats amputés, et cela vient de très loin à l'intérieur. Je ne pense pas qu'il est possible d'en arriver là sans avoir réglé certaines questions d'ordre spirituel. Je pense que c'est un peu des deux.

M. Chris Alexander: Les valeurs, alors...?

Col John Fletcher: Oui, les valeurs.

M. Chris Alexander: Et la foi qu'ils ont...?

Col John Fletcher: Je suis d'accord avec vous. Je pense que pour bien des gens, de telles expériences font voler leur foi en éclat. D'autres personnes approfondissent leur foi et leur conviction d'avoir vécu une expérience d'une valeur incroyable et d'avoir beaucoup contribué à changer les choses. D'autres perdent le sens de Dieu. Les effets sont si divers qu'il est difficile de savoir ce qui est à la source de telles différences. L'élément important, d'après nous, c'est de les rencontrer là où ils en sont dans leur cheminement et de les aider à comprendre les conséquences et à répondre aux questions que cela soulève.

J'ai toujours dit que ce n'est pas l'aumônier qui est maître du programme spirituel. C'est le soldat, le marin, l'aviateur à qui nous avons affaire, ou le membre de la famille; notre travail est de les rencontrer là où ils en sont et de faire avec eux le cheminement spirituel qui leur appartient en leur donnant tout le soutien et les ressources possibles pour y arriver.

En ce qui concerne la diversité, oui, nous avons un aumônier orthodoxe, et je crois que nous en recrutons un autre cette année. Je pense que nous avons trois aumôniers musulmans en ce moment, tous sunnites. Le membre musulman du comité interconfessionnel — un comité d'accréditation civil ayant conclu un protocole d'entente avec le ministre — est en mesure de s'occuper de tout musulman chiite qui pourrait s'engager dans les forces.

En gros, ce comité interconfessionnel compte 11 membres et, ensemble, ils représentent quelque 60 groupes et dénominations confessionnels différents au Canada. Selon les statistiques de 2001 fournies par Statistique Canada, cela représente environ 74 p. 100 de la population canadienne. Certains groupes n'y sont pas encore représentés, mais personne de ces groupes n'a cherché à s'engager.

Je ne sais pas jusqu'où ira la diversité dans l'avenir. Nous avons des politiques et des protocoles qui encadrent la reconnaissance d'autres groupes confessionnels, ainsi que le recrutement éventuel. Je m'attends à ce que la diversité évolue beaucoup plus rapidement au sein de nos groupes de réserve qu'au sein de la Force régulière, car c'est là que la diversité est plus grande.

• (1720)

Le président: Merci.

J'aimerais poursuivre là-dessus. Qu'en est-il des Premières Nations et des autres groupes autochtones? Ont-ils des chefs spirituels, des aînés, au sein de l'aumônerie?

Col John Fletcher: Non.

Nous avons des aumôniers autochtones, mais ils sont chrétiens. On a consacré beaucoup de temps à consulter les aînés autochtones sur la façon de répondre aux besoins spirituels traditionnels des Autochtones. On en est venu à la conclusion que de faire revêtir l'uniforme à des aînés spirituels n'était pas l'option privilégiée.

On a plutôt mis sur pied une organisation qui équivaut en réalité au comité interconfessionnel et qu'on appelle le Feu du Conseil des anciens. C'est un mécanisme par l'intermédiaire duquel nous pourrions trouver des aînés spirituels à l'échelle du pays. Le cadre d'action est en place, mais nous ne l'avons pas encore mis en oeuvre. En ce moment, l'aumônier est le point de contact qui permet aux membres autochtones de manifester le désir ou le besoin d'obtenir des services. Nous cherchons à offrir ces services de manière appropriée, car les traditions sont très variées et il n'y a pas de solution universelle. Nous cheminons avec les membres autochtones dans la recherche des ressources et nous leur facilitons autant que possible l'accès à ces ressources.

Le président: Merci.

Monsieur Larose.

M. Jack Harris: Puis-je poser une question?

Le président: Si M. Larose le veut, il peut vous céder du temps.

M. Jean-François Larose: Bien sûr, je vais partager mon temps. Ça va.

M. Jack Harris: Monsieur le président, il m'est venu une question.

Qui s'occupe de vous? Votre travail est dur. C'est forcément très exigeant. Il est question d'événements traumatisants. Vous voyez toute cette douleur et toutes ces souffrances. Qui s'occupe de l'aumônerie et de ses membres? Vous êtes aussi des soldats.

Col John Fletcher: Merci beaucoup.

J'ai dit précédemment que, d'après moi, nous devons être enracinés dans la communauté pour gérer efficacement les défis, et c'est aussi vrai pour nous. Les aumôniers doivent demeurer bien enracinés et ancrés dans les traditions de leur propre foi. Ils doivent avoir une vie spirituelle et une vie de prière saine. Ils doivent faire partie d'équipes multiples. Nous pouvons obtenir beaucoup de soutien de la part de nos collègues aumôniers, ainsi que de nos collègues dans d'autres domaines.

Il est facile pour nous de dire à un soldat qu'il ne devrait pas hésiter à demander de l'aide, mais nous sommes parfois les derniers à demander de l'aide pour nous-mêmes. Nous devons travailler à favoriser parmi nous la perception selon laquelle il faut demander l'aide dont nous avons besoin. Bon nombre de nos aumôniers ont des guides spirituels. Les membres du Comité interconfessionnel pour l'aumônerie militaire canadienne, le CIAMC — les chefs de groupes religieux civils qui accréditent les représentants et nous servent de

lien avec nos groupes religieux — s'occupent beaucoup de nous et nous conseillent.

Nous avons beaucoup de possibilités. L'un des projets du plan de campagne que j'ai mentionné plus tôt est de préparer des politiques et des procédures visant les soins spécialisés aux aumôniers. Je n'ai pas à m'adresser à un autre aumônier militaire pour obtenir les conseils qu'il me faut; je peux m'adresser à un aumônier civil. Nous essayons de préciser la meilleure façon de répondre aux besoins en fonction du groupe confessionnel et de ce qui est approprié, pour que nos aumôniers ne soient pas oubliés et pour qu'ils reçoivent des soins correspondants à ceux qu'ils offrent si habilement.

• (1725)

Le président: Monsieur Larose.

[Français]

M. Jean-François Larose: M. Harris a posé la question que je voulais poser.

J'en profite pour conclure en soulignant que j'ai moi-même fait partie de la Réserve. On se rend compte qu'il y a une remise en question de la foi dans notre société. Nos militaires, réservistes et membres réguliers des Forces canadiennes vivent des moments excessivement difficiles. Je tiens à vous remercier pour le travail que vous faites. On parle souvent de maladies physiques et mentales, mais je crois que dans le domaine spirituel, il doit y avoir des remises en cause dans des situations très critiques. Votre travail est plus qu'essentiel.

Par ailleurs, je suis content de voir l'évolution du soutien que vous apportez aux hommes et aux femmes et votre intérêt à considérer tous les types de foi et de spiritualité.

J'aimerais savoir si vous avez des commentaires à ajouter.

[Traduction]

Col John Fletcher: Je vais laisser la parole au père Yaskiw. Comme je l'ai dit, il est le seul membre du personnel de notre quartier général qui est réserviste. Il a une perspective unique sur certaines des difficultés que rencontrent souvent les réservistes, alors que dans la force régulière, on tient les mêmes choses pour acquises.

Je vous remercie de vos commentaires et je vais laisser Shaun parler.

Major Shaun Yaskiw (aumônier de la Réserve, Direction des opérations de l'aumônerie, ministère de la Défense nationale): Merci, père.

Entre autres, nous devons constamment relever le défi de favoriser la communauté. Le père Fletcher l'a mentionné précédemment.

Établir, maintenir et favoriser la communauté au sein de la force de réserve comporte des dimensions uniques. Les aumôniers de la réserve se trouvent au sein de leur propre communauté civile. Ils jouent un rôle unique puisqu'ils se trouvent à ce point d'intersection avec de nombreuses petites collectivités qui ont parfois des ressources limitées, que ce soit sur le plan des soins de santé, des soins de santé mentale ou des réseaux de soutien social. Souvent, c'est le prêtre de la paroisse qui est l'aumônier de la réserve. Dans bien des endroits au Québec, en ce moment, c'est l'aumônier de l'école, ou le conseiller de l'école. L'aumônier est le point central, et il travaille intentionnellement à bâtir une communauté autour de lui.

C'est ce que nous travaillons à faire au sein de la réserve. Comment donner aux aumôniers de la réserve les outils, les ressources nécessaires pour faire dans ce contexte ce qu'ils font avec tant d'aisance dans la société civile? Encore là, il faut établir et soutenir la communauté, répondre aux besoins précis des réservistes et de leurs familles, qui se sentent peut-être isolées. L'isolement croissant s'accompagne souvent du désespoir. C'est ce désespoir que nous cherchons continuellement à repousser, pour aider les gens, peu importe où ils en sont dans leur cheminement spirituel, à trouver l'espoir et un sens à la vie, quand ça ne va plus.

Le président: Merci. Votre temps est écoulé.

Il reste du temps pour une question de M. Norlock.

M. Rick Norlock: Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie également les témoins de leur présence aujourd'hui.

La plupart des gens se sont fait une idée de ce qu'est un aumônier en regardant la série télé *M*A*S*H*. Je me rappelle très bien du père Mulcahy et du genre de choses qu'il faisait.

L'hon. John McKay: Vous révélez votre âge.

M. Rick Norlock: Je regarde les reprises.

La question était de savoir si vous vous occupez des autres confessions. Si je me rappelle bien, d'après mes discussions avec certains des aumôniers de Trenton, vous êtes tout à fait capable de... Un prêtre catholique connaîtrait peut-être la foi anglicane, puisque les deux sont très proches. Et un ministre de l'Église Unie saurait célébrer une messe luthérienne, ou sentir au moins un lien. Je sais que vous avez répondu partiellement à cela et je vous en remercie.

J'ai quelques questions très courtes, car il reste très peu de temps.

Dans les moments difficiles, on me dit que même ceux qui ne croient pas en Dieu vont aller consulter un aumônier, car ils n'ont besoin que d'une épaule, d'une personne à qui exprimer leur isolement et leur désespoir, ou encore d'une personne à qui ils savent qu'ils peuvent parler sans se faire rabrouer parce qu'ils sont athées. Ils savent qu'on les écouterait. Je me demande si vous pourriez nous parler de cela, ainsi que de vos techniques, de votre manière de réagir devant l'isolement, la solitude, le désespoir.

En passant, j'ai travaillé 30 ans dans la police, alors je comprends tout à fait à quel point il est affreux de devoir annoncer à quelqu'un qu'un être qui lui est cher — son fils, sa fille, son père — est mort dans un accident de voiture. Pour un jeune policier, la présence du prêtre ou du ministre de la communauté est très précieuse, en pareilles circonstances.

• (1730)

Col John Fletcher: Vous avez tout à fait raison. Bon nombre de ceux qui viennent nous voir ne le font pas parce qu'ils veulent nous

adresser une question qu'ils diraient d'ordre religieux ou spirituel. Ils viennent parce qu'ils voient l'aumônier comme une ressource facile d'accès, parce que l'aumônier est là où ils sont. Ils n'ont pas besoin d'aller à une clinique ou même à la chapelle, étant donné que l'aumônier se trouve au sein de leur unité. S'adresser à l'aumônier et discuter une première fois avec lui est tout simplement la chose la plus facile à faire, et nous espérons ensuite pouvoir leur faciliter l'accès à une ressource qui répondra mieux à leurs besoins.

Entre autres choses, il est important pour tout aumônier de bien connaître les limites de ses compétences et de sa capacité. Il faut que je le sache quand quelqu'un a besoin de quelque chose que je ne peux donner, et mon travail n'est pas que de l'y envoyer, mais bien de l'y emmener et de cheminer avec lui. C'est essentiel.

Nous faisons aussi certaines des choses que le père Mulcahy faisait. Nous pouvons organiser une partie de bingo, ou ce genre de choses.

En ce qui concerne l'isolement, j'ai souvent dit qu'on me paie pour boire du café. Les aumôniers se promènent ici et là. Nous passons beaucoup de temps — un peu comme un policier de patrouille —, à errer, à flâner, mais dans un but précis.

Des voix: Oh, oh!

Col John Fletcher: Ce pourrait être dangereux. Mais nous allons chercher les gens et nous leur posons des questions. Il se peut que vous soyez obligé de le demander deux ou trois fois: « Comment allez-vous? » Parce que la première fois, vous allez avoir la réponse courte. Vous les regardez dans les yeux et vous consacrez du temps à établir un lien avec eux. Vous repérez ceux qui se sont retirés en eux-mêmes, qui ont peut-être quelque chose sur le cœur, ou une préoccupation qui les amène à s'isoler. Nous encourageons les gens à se soutenir les uns les autres — à faire la même chose entre eux.

Il peut être difficile de poser des questions délicates, ou des questions qui viennent du fond du cœur, comme: « Penses-tu à te tuer ou à te faire du mal? » Nous avons peur de poser cette question, parce que nous croyons que nous pourrions donner à la personne l'idée de passer aux actes. Ce ne sera jamais le cas, mais vous leur donnerez peut-être la permission de dire vraiment ce qui ne va pas.

C'est la bonne vieille méthode de traîner dans les environs, de rencontrer des gens et de passer du temps avec eux qui permet de combattre le sentiment d'isolement et d'établir une communauté. Je ne crois pas qu'il existe de raccourci pour y arriver.

Le président: Merci.

Nous n'avons plus de temps. Cette séance a été très intéressante.

Je tiens à vous remercier tous, en tant qu'aumôniers, pour le service que vous donnez aux membres des Forces canadiennes et à leurs familles. Vous êtes une bénédiction pour tous ceux qui servent le pays au sein de nos Forces. Je vous remercie. Continuez votre bon travail.

Col John Fletcher: Merci beaucoup.

Le président: Sur ce, je suis prêt à recevoir une motion visant à lever la séance.

Une voix: J'en fais la proposition.

Le président: La séance est levée.

Partons.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address: <http://www.parl.gc.ca>