



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la défense nationale

NDDN • NUMÉRO 025 • 1^{re} SESSION • 39^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le lundi 27 novembre 2006

Président

M. Rick Casson

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

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

Comité permanent de la défense nationale

Le lundi 27 novembre 2006

• (1530)

[Traduction]

Le président (M. Rick Casson (Lethbridge, PCC)): La séance est ouverte.

Dans le cadre de notre étude sur l'Afghanistan, je voudrais souhaiter la bienvenue au Commodore Kavanagh, commandant du groupe des Services de santé des Forces canadiennes et directrice générale - services de santé, et au Général Hilary Jaeger, médecin-chef des Forces canadiennes, toutes deux du ministère de la Défense nationale.

Bienvenue. Nous vous remercions de votre présence. Je sais que votre témoignage était attendu, donc je suis certain qu'après vos allocutions, certains membres de ce comité auront des questions très intéressantes à vous poser.

Vous avez la parole pour prononcer vos allocutions liminaires, puis nous passerons aux questions des députés.

Bienvenue.

Cmdre M. F. Kavanagh (commandant du groupe des services de santé des Forces canadiennes et directrice générale-services de santé, ministère de la Défense nationale): Merci, monsieur le président.

Je vous remercie de me donner l'occasion de vous fournir quelques explications concernant le système de soins de santé des Forces canadiennes et, notamment, les méthodes et les moyens que nous utilisons pour fournir le soutien sanitaire aux troupes qui se trouvent en Afghanistan.

Je suis le Commodore Margaret Kavanagh. Je suis le directeur général des services de santé et le commandant du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes. Je suis accompagnée aujourd'hui, comme vous l'avez dit, par le Brigadier-général Hilary Jaeger, médecin-chef.

Je souhaite commencer mes commentaires par une brève explication de la justification du caractère distinct, au Canada, du système de soins de santé militaire. La Loi constitutionnelle de 1867 a attribué au Parlement fédéral la compétence exclusive en ce qui concerne toutes les questions d'ordre militaire, y compris les soins de santé militaires. La Loi sur la défense nationale confère au ministre de la Défense nationale la gestion et la direction des Forces canadiennes, qui délègue à son tour aux Forces canadiennes, la gestion et la direction des Services médicaux et des Services dentaires.

En outre, la Loi canadienne sur la santé de 1984 exclut les membres des Forces canadiennes de la définition d'un « assuré ». Nous sommes également exclus de la couverture des régimes de soins médicaux et de soins dentaires de la fonction publique. En conséquence, une obligation juridique et morale élevée de fournir aux membres des Forces canadiennes, au Canada et à l'étranger, des soins de santé complets incombe à la direction des Forces

canadiennes. En contrepartie de leur engagement et de leur responsabilité illimitée au service de leur pays, les militaires des Forces canadiennes doivent recevoir des soins de santé comparables à ceux qui sont fournis à l'ensemble des Canadiens, tout en étant taillés sur mesure pour répondre à leurs besoins spécifiques.

Le système de soins de santé des Forces canadiennes possède de nombreuses facettes. Dans sa version actuelle, il est lié d'une manière inextricable au système de soins de santé canadien sur tous les plans, tant fédéral que provinciaux. Si vous souhaitez mieux comprendre la manière dont nous prodiguons les soins de santé en Afghanistan, il est important de comprendre préalablement la manière dont nous prodiguons les soins de santé au Canada.

Nos activités au Canada préparent le personnel au déploiement, sur les plans médical et dentaire, et prodigues des soins à ceux et celles qui en ont besoin à leur retour. Nous exerçons des fonctions de santé publique et de protection de la santé; nous acquérons de l'équipement médical et des produits pharmaceutiques; nous formons des professionnels des soins de santé de concert avec le secteur civil; et nous fournissons des soins directs aux patients, principalement dans un cadre de soins de santé primaires. La quasi totalité des soins spécialisés, des services d'hospitalisation et des services de réadaptation sont maintenant acquis dans le système civil, au moyen d'une panoplie de dispositions.

D'une manière générale, les soins de santé au XXI^e siècle sont très complexes. Ils nécessitent une surveillance professionnelle appropriée. En qualité de directeur général des Services de santé, je suis responsable envers le CEMD, par l'intermédiaire du chef—personnel militaire, en ce qui concerne la direction, la gestion et l'administration du système de soins de santé des Forces canadiennes. En qualité de commandant du Groupe de Services de santé des Forces canadiennes, il est de mon devoir de mettre sur pied et de soutenir des unités, des sous-unités et des individus compétents en matière de soins de santé et prêts au combat, qui sont capables de soutenir la marine, l'armée et la force aérienne dans les opérations. Cette responsabilité englobe le développement professionnel, la formation et la préparation du personnel de santé de manière à permettre à celui-ci d'exercer ses fonctions opérationnelles. Les Services de santé des Forces canadiennes comptent 19 groupes professionnels différents, allant des médecins et dentistes militaires spécialisés jusqu'à divers groupes de techniciens médicaux et dentaires, dont chacun est formé d'une manière particulière et fait l'objet d'exigences spécifiques en matière de perfectionnement professionnel.

En sa qualité de médecin-chef des Forces canadiennes, le médecin-chef se concentre sur la surveillance professionnelle de la pratique de la médecine clinique dans les Forces canadiennes. Je dispose également des services d'un homologue au médecin-chef en la personne du directeur des Services dentaires, qui est responsable de la surveillance professionnelle de la pratique de l'art dentaire dans les Forces canadiennes.

Les principales responsabilités du Brigadier-général Jaeger englobent la détermination des politiques cliniques; la délimitation des champs de pratique cliniques — ce qui veut dire simplement la détermination des tâches particulières qui incombent à chaque catégorie de fournisseurs de soins de santé; la détermination des contenus cliniques professionnels, tant des cours officiels des FC tels que ceux qui sont offerts par notre école à Borden, que des cours qui font partie de ce que nous nommons le « programme de maintien des compétences cliniques » et enfin, l'examen en dernier ressort des plaintes concernant, soit les soins cliniques, soit la pratique des FC en matière de santé au travail. Le médecin chef établit les priorités des FC en matière de recherche médicale, exerce les fonctions d'interlocuteur entre le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes et les organismes provinciaux de réglementation professionnelle, et exerce les fonctions de gardien en ce qui concerne la déontologie professionnelle en matière clinique et la compétence pour pratiquer la médecine dans le cadre des FC.

Une comparaison approximative dans le domaine civil de nos relations serait celle entre le président du conseil d'administration d'un hôpital et son chef du personnel médical. Je qualifie la comparaison d'approximative en raison de la grande complexité des fonctions, par rapport à celle qu'on trouve au sein d'une institution unique, que provoquent les aspects sanitaires de l'organisation militaire des soins de santé. Moi-même, mon équipe de commandement, ainsi que les chefs professionnels et techniques dans les domaines médical et dentaire, travaillons de concert pour fournir aux militaires un continuum de soins de santé, tant au pays que dans les missions outre-mer.

• (1535)

Pour cela, le système des soins de santé des Forces armées canadiennes exerce nombre des fonctions de détermination des politiques qu'exercent également Santé Canada et le Service de santé publique, les fonctions de prestations des soins de santé des qui incombent aux régimes provinciaux de santé, la médecine du travail qui relève habituellement des régimes de santé et sécurité des travailleurs, ainsi que les activités d'acquisition et de distribution du matériel et des produits pharmaceutiques qu'on trouve dans le secteur civil. Par ailleurs, nous travaillons en étroite collaboration avec plusieurs autres ministères fédéraux, en particulier celui des Anciens Combattants, afin d'offrir le service le plus approprié aux membres des Forces armées canadiennes en activité et lors de leur transition vers la vie civile.

Lorsque le Groupe des services médicaux des Forces armées canadiennes reçoit l'ordre de participer à des opérations, nous amorçons un processus de planification opérationnel pour déterminer les services sanitaires indispensables à chaque opération. Avant tout, nous évaluons les risques en fonction de la mission, des tâches assignées au personnel des Forces armées et du cadre géographique de la mission. Grâce à notre service de renseignements médical, nous connaissons les risques sanitaires naturels présents dans la région — par exemple le paludisme — et nous préconisons les mesures de prévention qui s'imposent.

De plus, notre service du renseignement nous informe de l'état sanitaire du pays d'accueil, ce qui nous permet de déterminer exactement ce qui devra être fourni à la mission, soit en totalité par le Canada, soit grâce à une participation conjointe de ses alliés. Nous devons tout prévoir, des mesures préventives aux soins de routine, tant du côté médical que du côté dentaire, y compris une pleine capacité en spécialités médicales et en chirurgie. Nous devons disposer d'une chaîne d'évacuation robuste par des moyens terrestres et aériens pour satisfaire les besoins tactiques, ainsi que d'une

capacité d'évacuation stratégique par avion pour ramener les patients au Canada.

Tous ces aspects des soins de santé sont actuellement satisfaits en Afghanistan grâce à de solides ententes multinationales et grâce à nos installations situées sur la base aérienne de Kandahar. Nous avons par ailleurs des ententes avec nos partenaires de la coalition, qui prévoient que dans l'éventualité où nos installations seraient débordées par un afflux massif de blessés, leurs services accueillent nos patients.

En conclusion, la mise en place d'un service de soins de santé efficace en appui de nos troupes déployées en Afghanistan nécessite non seulement une solide capacité sur le terrain, mais également des mesures appropriées de préparation au déploiement et de réadaptation après le déploiement. Pour s'acquitter de toutes ces tâches, les Forces armées canadiennes ont besoin d'un personnel médical atteignant les plus hauts degrés de l'excellence en tant que professionnels militaires et médicaux, appuyées par un système civil de soins de santé efficace.

Enfin, nous devons assurer ce niveau de soutien médical à une époque où tous les pays occidentaux luttent pour faire face à la demande en personnel de leur régime de soins de santé. Néanmoins, le personnel médical civil et militaire qui travaille au sein du système de santé des Forces armées canadiennes se consacre à la santé et au bien-être des hommes et des femmes qui servent au sein des Forces armées.

Voilà qui met un terme à mon exposé liminaire. Je demanderai au médecin-chef d'évoquer certains problèmes cliniques qui relèvent du contexte opérationnel actuel.

• (1540)

Le président: Général Jaeger.

[Français]

Bgén Hilary Jaeger (médecin-chef des Forces canadiennes, ministre de la Défense nationale): Merci, commodore Kavanagh.

Monsieur le président et membres du comité, j'apprécie d'avoir la possibilité de vous entretenir de sujets qui suscitent votre intérêt à la suite de expériences opérationnelles récentes des Forces canadiennes.

J'aimerais commencer par faire certaines observations générales concernant les blessures subies au cours des opérations modernes. Mes observations sont basées sur des données des États-Unis sur leurs expériences militaires en Irak et en Afghanistan. Cependant, les données canadiennes semblent confirmer ces tendances.

La tendance à laquelle il faut accorder davantage d'importance est que les soldats survivent présentement à des situations auxquelles ils n'auraient pas survécu dans des conflits antérieurs. Cela ne peut probablement pas être attribué à un développement en particulier, mais à une combinaison d'efforts. De meilleurs renseignements, de meilleures tactiques, de meilleurs véhicules et, certainement, de meilleurs gilets de protection balistique ont tous joué un rôle important.

[Traduction]

Mais aux services de santé, nous pensons que ce succès est notamment dû à l'amélioration des soins sur le champ de bataille, qui commence au niveau du soldat, chacun d'entre eux ayant suivi une formation supplémentaire en premiers soins, où il apprend à faire un garrot et à se servir de notre nouveau pansement compressif et des agents hémostatiques dont il est toujours équipé.

Les soldats sont encadrés par des militaires qui ont suivi une formation concernant les soins à donner aux blessés en situation de combat. Il s'agit d'un cours de deux semaines où ils acquièrent des compétences supplémentaires. Nos techniciens médicaux sont formés initialement en tant qu'infirmiers de soins primaires et au rang de caporal, ils sont également formés aux soins émergents et peuvent effectuer un triage sélectif en matière de soins ambulatoires. La quasi-totalité des patrouilles envoyées en Afghanistan sont accompagnées d'un technicien médical.

Les techniciens médicaux sont encadrés par un adjoint médical ou par un médecin militaire, et nous disposons évidemment, sur la base aérienne de Kandahar, d'un hôpital de dimension réduite, mais très efficace. Les membres du comité apprendront sans doute avec intérêt que cet hôpital est le premier établissement militaire canadien à utiliser un tomodensitogramme.

Nos militaires soignants sont désormais plus sûrs de leurs compétences, grâce au programme d'entretien des aptitudes cliniques, dans le cadre duquel le personnel soignant en uniforme est détaché des cliniques de l'armée pour être affecté dans un établissement de santé offrant toute la gamme des services et nécessitant une gamme beaucoup plus vaste de compétences, à raison de 20 p. 100 du temps de travail pour un médecin de médecine générale et de près de 100 p. 100 pour un médecin spécialiste.

Nous pouvons être fiers de donner à nos soldats une meilleure chance de revenir vivant des opérations, mais pour un certain nombre de ces militaires, la chance est sans doute relative, dans la mesure où ils peuvent se trouver confrontés à d'importants handicaps. L'effet combiné de l'efficacité de notre matériel de protection individuelle et de la tendance actuelle de l'adversaire à attaquer avec des engins explosifs de fortune se traduit par des types de blessures différents de ce que l'on connaissait antérieurement. Les blessures au thorax et à l'abdomen sont moins nombreuses, alors qu'elles le sont davantage aux extrémités et entraînent un plus grand nombre d'amputations traumatisantes. Les traumatismes crâniens sont plus nombreux que lors des conflits précédents. De ce fait, dans la planification des soins sur place, le chirurgien orthopédiste est tout aussi indispensable que le chirurgien généraliste, alors qu'au cours des précédents conflits, ce dernier était au centre de l'action, l'orthopédiste étant considéré comme un atout facultatif.

[Français]

Ce type de blessures nécessite de multiples interventions chirurgicales lorsque les victimes reviennent au Canada, ainsi qu'une longue période de réadaptation.

Je crois que les membres du comité savent déjà que les Forces canadiennes ne fournissent pas ces services, mais que nous travaillons en collaboration avec des institutions et des prestataires civils. L'étendue des Forces canadiennes au Canada, conjuguée aux responsabilités provinciales en matière de soins de santé, pose un défi constant, celui d'assurer l'uniformité de la qualité des soins de santé à nos membres. C'est un défi que nous avons relevé.

Il est important de noter que les Forces canadiennes, contrairement aux forces des États-Unis, ne peuvent exploiter un hôpital de soins tertiaires ou un centre de réadaptation. Nous n'avons pas les employés en soins de santé appropriés pour cela et, même si nous faisons un effort pour regrouper tous les blessés des Forces canadiennes dans un seul établissement, ce qui causerait de nombreux désavantages du point de vue de la famille, du membre et du réseau de soutien social, nous n'aurions pas assez de patients pour développer ou maintenir un niveau acceptable d'expertise.

●(1545)

[Traduction]

Les membres du comité aimeraient peut-être également savoir comment nous organisons les soins de santé mentale pour les militaires déployés, et ils se demandent peut-être si nous en faisons assez pour prévenir, détecter et traiter la maladie mentale. Sans doute sera-t-il préférable pour vous que je décrive toutes les activités de santé mentale qui entourent le cycle du déploiement. Ces activités ne relèvent pas toutes des services de santé. L'entraînement suivi avant le déploiement est une importance capitale pour au moins deux raisons : tout d'abord, plus le militaire a confiance en ses aptitudes, plus il pourra réagir en cas de danger; et deuxièmement, plus il a le sentiment de faire partie d'un groupe homogène, mieux cela vaut pour sa santé mentale, et l'entraînement collectif est extrêmement important pour favoriser l'homogénéité dans l'équipe.

Tous les soldats subissent un contrôle psychosocial général mais minutieux avant leur déploiement. Normalement, les conjoints sont invités à y assister également. Ces séances permettent d'évoquer les préoccupations personnelles ou les circonstances qui vont aggraver les difficultés du militaire, qu'il s'agisse de sa propre santé, d'un parent souffrant ou d'une procédure judiciaire en instance, et d'évaluer les conséquences du déploiement sur ces éléments de stress. Le militaire subit également une visite médicale générale avant de recevoir le feu vert pour partir en mission.

[Français]

Pendant qu'il est sur le théâtre d'opérations, le membre peut avoir accès à une équipe de soins en santé mentale qui compte un psychiatre, une infirmière en santé mentale et un travailleur social. Les membres peuvent aussi discuter de leurs problèmes avec un aumônier ou un omnipraticien militaire.

Nous croyons que la nouvelle génération de leaders dans le domaine des armes de combat est très au fait du rôle crucial qu'elle joue en matière de santé mentale du personnel. Ces leaders doivent prendre en considération les réactions émotionnelles possibles lors de chaque incident, ils doivent encourager le soutien des pairs et ils ne doivent pas hésiter à demander des conseils.

À la discrétion du commandant de la force d'intervention, un processus connu sous le nom de « décompression dans une troisième location » est déclenché. Pour la mission en cours, cela implique un arrêt de quelques jours à Chypre dans le but de minimiser la tension associée au retour à la maison. Alors que le but de cette activité est le repos et la récupération des soldats, il y a aussi un élément pédagogique par lequel nous espérons que les membres deviendront capables de reconnaître, de comprendre et, dans certains cas, de contrôler leurs réactions émotionnelles à certaines situations.

[Traduction]

Au bout de quatre à six mois après leur retour, tous les militaires déployés subissent ce que nous appelons un examen post-déploiement étendu, qui se compose d'un questionnaire normalisé assez complet, puis d'une entrevue individuelle plus ou moins structurée avec un professionnel de la santé mentale. À notre avis, il s'agit d'un excellent outil de détection précoce des problèmes de santé mentale et de la difficulté à faire face au stress. En outre, nous considérons que c'est bien au bout de quatre à six mois qu'il faut procéder à cet examen, chez certaines personnes, des symptômes initiaux auront disparu spontanément, tandis que dans d'autres cas, l'apparition des symptômes aura été retardée ou l'individu acceptera plus facilement de reconnaître qu'ils ont été présents depuis son rapatriement. Évidemment, un militaire qui s'inquiète de sa santé mentale peut en tout temps obtenir de l'aide auprès de différentes sources, sans devoir attendre cet examen.

[Français]

Si un membre ressent le besoin d'avoir une évaluation additionnelle ou un traitement, il peut être acheminé au prestataire de soins approprié. Nous croyons que nos membres profitent d'un meilleur accès aux soins en santé mentale que le Canadien moyen. Mais nous savons aussi que plus les traitements appropriés commencent tôt, meilleures sont les chances de récupération pour le membre. Pour ces raisons, nous sommes en train d'augmenter le nombre de nos prestataires en santé mentale dans tout le pays. En travaillant avec Anciens combattants Canada et la Gendarmerie royale du Canada, nous établissons un réseau conjoint de cliniques de santé mentale.

[Traduction]

Monsieur le président, mesdames et messieurs, j'aurais encore bien des choses à vous dire concernant les Soins de santé dans les Forces armées canadiennes, mais je ne veux pas priver les membres du comité de leur temps de parole. Le commodore Kavanagh et moi-même tenons à vous remercier de votre intérêt et de votre attention; nous sommes prêtes à répondre à vos questions.

Le président: Merci beaucoup.

Nous passons immédiatement aux questions. Je crois qu'au premier tour, les blocs sont de sept minutes.

Madame Bennett.

L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.): Merci beaucoup de cet aperçu très complet et de l'information précise concernant la détection des problèmes de santé mentale.

Quitte à vous surprendre, je vais parler des pieds. Nous avons entendu dire à quelques reprises que les militaires se préoccupent beaucoup de leurs chaussures. J'ai fait partie du personnel du Women's College Hospital de Toronto, où nous avons constitué le premier magasin du pied et de la chaussure. Dans le bulletin de février 2003 sur les techniques de formation permettant d'éviter les blessures, on faisait des recommandations aux Forces armées canadiennes, qui ne peuvent se permettre de subir des pertes à cause de blessures qu'on aurait pu prévenir. On y parlait également de formation, notamment de formation croisée, et de rétroaction scientifique. L'article recommandait notamment l'utilisation de chaussures omnisports de grande qualité après le port des bottes de combat. Il convient d'utiliser de meilleures chaussures et d'appliquer des lignes directrices de formation fondées sur des données scientifiques ainsi que des méthodes destinées spécifiquement aux femmes et aux combattants d'un certain âge, notamment des programmes d'exercice physique qui permettent à un blessé de

rester en forme pendant sa convalescence. On présentait aussi des lignes directrices sur la façon de s'entraîner en toute sécurité dans le froid et de maintenir sa condition physique pendant le déploiement.

J'aimerais reprendre cet exemple. Je sais qu'on a mis au point, pour l'infanterie de marine, des chaussures de très grande qualité qui ont reçu l'approbation de l'OTAN. D'autres armes s'en servent aussi, et il en existe même qui sont à l'épreuve du sable, pour les militaires déployés en Afghanistan. J'aimerais savoir si vos cliniciens vous renvoient de l'information. Est-ce que vous vous servez des tendances? Comment utilisez-vous la recherche clinique, les données épidémiologiques qui sont transmises à vos services, et comment vous les intégrez aux politiques et à la formation de façon à réduire les problèmes récurrents constatés dans votre pratique clinique?

• (1550)

Bgén Hilary Jaeger: Pour l'instant, je laisserai la question précise des chaussures de côté, si vous me le permettez, madame, et nous y reviendrons.

Pour ce qui est de votre question générale portant sur la façon de transposer les observations recueillies sur le terrain en politique, l'outil est en grande partie constitué d'un système de collecte des données épidémiologiques de l'OTAN, que l'on appelle EPINATO; c'est un acronyme évident de épidémiologie et OTAN. Il s'agit d'une feuille de calcul extrêmement détaillée que nos gens en théâtre d'opération doivent remplir une fois par semaine et renvoyer par le biais de la chaîne médicale. Le directeur des Services de santé des Forces recueille ces résultats et les analyse afin de faire ressortir les tendances.

L'outil n'est pas parfait. Il requiert une personne qualifiée au point de départ qui décide comment codifier tout ce qui se passe afin que les données aient du sens à l'autre bout de la chaîne. Théoriquement, on devrait pouvoir identifier certaines choses grâce à EPINATO, puis les données devraient pouvoir être analysées par nos épidémiologistes et nos spécialistes de la santé professionnelle, ainsi que par les spécialistes de médecine sportive et le directeur de la Protection de la santé au sein des Forces; ainsi, cela établirait un lien vers les politiques.

Je devrais vous revenir avec une réponse à vos questions portant sur les initiatives qui ont été prises au sujet des chaussures. Je suis au courant que nous avons cessé de nous entraîner avec des bottes de combat, et je crois qu'il s'agit d'une très bonne mesure. Je peux vous dire que pendant ma carrière, j'ai vu probablement cinq versions des différents types de bottes de combat qui ont été essayées par les gens avant de trouver la bonne version. Je crois que cette question se situe dans une zone grise entre la pratique de la médecine et l'acquisition d'équipement pour les Forces canadiennes.

L'hon. Carolyn Bennett: Ainsi, vous pouvez influencer le processus d'acquisition d'équipement si vous relevez des tendances?

Bgén Hilary Jaeger: Je crois que oui. Nous avons certainement une très grande latitude pour ce qui est de fournir aux personnes qui en ont besoin des chaussures spéciales visant à régler certains problèmes — par exemple des orthèses individuelles et autres mesures liées à l'architecture du pied pour les personnes dont les pieds ont des tailles variables. Nous pouvons fournir des chaussures spéciales de façon individuelle, et nous avons toujours pu le faire.

L'hon. Carolyn Bennett: Pour ce qui est du dépistage de quatre à six mois plus tard, je suis présidente du caucus des femmes et j'ai appris à la base d'Edmonton et lorsque j'ai rencontré des conjoints des militaires à Fredericton qu'il y a certaines inquiétudes quant au fait que, parfois, les soldats ne s'identifient pas eux-même comme ayant une maladie mentale. Beaucoup de personnes connaissent la bonne réponse, mais il faut se sentir plutôt à l'aise pour admettre qu'on ne se sent pas bien.

Certaines personnes ont manifesté leurs inquiétudes puisque des soldats qui se trouvaient déjà un peu en difficulté pouvaient être redéployés alors qu'on voyait des indices tels que la violence familiale et autres choses. Vous avez dit que le conjoint ou la conjointe fait parfois partie du dépistage après quatre à six mois; comme vous le savez et comme vous me l'avez entendu dire auparavant, je suis inquiète de voir que les familles ne sont pas traitées comme des familles et que les conjoints doivent déployer des efforts immenses pour convaincre leur époux ou leur épouse d'aller à ce dépistage, ou encore pour appeler leur médecin, ce qui n'est pas la façon dont le reste des Canadiens est traité, c'est-à-dire que le même médecin suit toute la famille. Si le conjoint ou la conjointe a le choix de participer ou non à ce dépistage après quatre à six mois, croyez-vous que nous manquons certaines personnes? Est-ce que nous devrions faire plus?

• (1555)

Bgén Hilary Jaeger: Docteur Bennett, je veux préciser que c'est au dépistage pré-déploiement que les conjoints sont invités. Lors du dépistage suivant le déploiement, un outil différent est utilisé. Dans ce cas, le conjoint ou la conjointe ne participe pas; c'est une entrevue individuelle avec le professionnel de la santé mentale. J'ai amené une copie de l'outil de dépistage que nous utilisons, dans les deux langues officielles, si vous voulez y jeter un coup d'oeil.

Je comprends ce que vous dites au sujet des personnes qui pourraient hésiter à s'auto-identifier; bien entendu, c'est la raison pour laquelle tout le monde subi une entrevue. Nous utilisons un instrument normalisé afin de donner au professionnel de la santé mentale une idée du domaine où il doit se concentrer lorsqu'il rencontre quelqu'un; toutefois, cela n'a pas d'importance si l'on répond non à toutes les questions. La personne sera tout de même interrogée, parce que nous croyons que cela aide à diminuer les stigmates. Sinon, si l'on n'interrogeait que les personnes qui obtiennent une certaine note, alors les personnes convoquées pour une entrevue pourraient faire l'objet des commentaires de ses copains : « Oh, regardez, le Caporal Boggins a été appelé pour une entrevue ». Nous ne voulions pas voir une telle situation, ce qui fait que tous subissent une entrevue.

Ce sont des instruments normalisés et très respectés. Je suis certaine que vous allez reconnaître certains d'entre eux. Il serait difficile de contourner la réalité sans mentir tout simplement.

L'hon. Carolyn Bennett: C'est ce que croient certains des conjoints.

Lors du dépistage qui a lieu entre quatre et six mois, peut-on inviter toute l'unité familiale?

Le président: Une réponse courte, je vous prie.

Bgén Hilary Jaeger: Il faut être prudent. Nous ne pouvons obliger les familles à agir de quelque façon que ce soit. Nous pouvons obliger nos membres à agir d'une certaine façon, mais pas son conjoint, sa conjointe ou sa famille.

Nous avons certaines restrictions pour ce qui est de fournir des soins de santé directement au conjoint, mais ceux-ci ont accès à des

services de travail social sur la base. Ils ont un accès complet au Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes, soit la ligne sans frais. Ils ont accès au centre de ressources familiales. Ils ont accès au projet d'appui social pour les blessures liées au stress et au réseau de pairs-conseillers.

Les membres des familles ont donc plusieurs façons d'exprimer leurs inquiétudes. Nous espérons qu'ils ont suffisamment de ressources.

Le président: Merci.

Monsieur Bachand.

[Français]

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

Je veux d'abord vous remercier de votre présence et surtout vous féliciter. Je ne pense pas qu'il y ait beaucoup de femmes dans l'Armée canadienne qui ont le rang de général. J'en vois deux ici. Combien y en a-t-il en tout?

Bgén Hilary Jaeger: Il y en quatre, je crois. Il y a nous deux, puis le général Colwell et le commodore Siew.

M. Claude Bachand: Je vous félicite. Nous pouvons vous considérer un peu comme des précurseurs. C'est un domaine qui, à ce niveau, n'est pas très ouvert à la participation féminine. Je suis très heureux que vous ayez atteint ce rang. J'espère d'ailleurs que vous serez un jour chef d'état-major de l'Armée canadienne. Cela nous plairait beaucoup à tous.

Dans le théâtre d'opérations, le personnel médical accompagne-t-il les unités de combat dans les lieux de combat? Est-ce que ces gens suivent les unités de combat?

Bgén Hilary Jaeger: Nos effectifs dans les théâtres d'opérations sont divisés en deux grands groupes. La moitié reste avec le groupe de bataille, avec l'unité de l'infanterie, qui est maintenant le Royal Canadian Regiment. Je crois qu'il y a avec ce groupe deux médecins, un adjoint du médecin et plusieurs techniciens en médecine, c'est-à-dire des ambulanciers paramédicaux. Ces gens accompagnent tous les soldats qui sortent; ils ont des ambulances blindées et ils sont tout près d'eux.

• (1600)

M. Claude Bachand: Pouvez-vous me dire si les ambulances et les ambulanciers paramédicaux sont bien identifiés?

Bgén Hilary Jaeger: Les gens du groupe de combat savent qui sont les adjoints, les techniciens médicaux, mais ces derniers n'affichent pas le signe de la Croix-Rouge hors du camp de Kandahar.

M. Claude Bachand: Pourquoi?

Bgén Hilary Jaeger: C'est une décision qu'a prise la chaîne de commandement, après avoir établi les risques et les avantages d'afficher le signe de la Croix-Rouge.

M. Claude Bachand: Est-ce que le chef d'état-major ou vous-même êtes en mesure de dire si le fait de ne pas afficher le signe de la Croix-Rouge dans un théâtre d'opérations est conforme à la Convention de Genève?

Bgén Hilary Jaeger: Cette question a été étudiée sérieusement par nous, et surtout nos avocats, pour que nous soyons en mesure de donner des conseils à la chaîne de commandement afin qu'elle puisse prendre une décision.

M. Claude Bachand: D'accord.

Bgén Hilary Jaeger: On a eu beaucoup de discussions à ce sujet.

M. Claude Bachand: On a conclu que dans un théâtre d'opérations, il valait mieux que nos ambulanciers paramédicaux et nos ambulances ne soient pas identifiés par le signe de la Croix-Rouge.

Bgén Hilary Jaeger: En dehors du camp. Dans le centre, tout est identifié.

M. Claude Bachand: D'accord.

[Traduction]

Cmdre M. F. Kavanagh: C'est pour la mission actuelle. Chaque mission est examinée de façon indépendante, ce qui fait que la décision pour cette mission-ci a été prise à ce moment-là.

La chaîne de commandement évalue les risques pour la mission à un point précis, à un moment précis, et décide si le symbole de la Croix-Rouge doit être affiché ou non. Si les risques changent, la chaîne de commandement peut changer d'idée. Voilà où nous en sommes à l'heure actuelle.

M. Claude Bachand: Est-ce que c'est la première fois?

Cmdre M. F. Kavanagh: Si je me souviens bien, oui, mais...

M. Claude Bachand: Le Bgén Jaeger a dit non.

Bgén Hilary Jaeger: Non. Au milieu des années 90, pendant une certaine période, nous avons renversé des décisions. Certainement, pendant tout mon entraînement, il s'agissait d'une décision valide prise par le commandement canadien voulant qu'en certaines circonstances l'analyse risque-avantage pouvait vous amener à décider de ne pas démontrer les symboles de Genève. Il faut comprendre qu'en le faisant, on abandonne notre protection en vertu de la Convention de Genève. Il ne s'agit pas d'un crime de guerre, mais le personnel médical abandonne sa capacité d'être traité différemment s'il est capturé pendant les opérations.

[Français]

M. Claude Bachand: D'accord.

Je ne sais pas si vous l'avez remarqué, mais il y a aujourd'hui des gens qui arborent le ruban rouge pour souligner la Semaine canadienne de sensibilisation au VIH-sida.

En ce qui concerne les bonnes pratiques sexuelles de nos militaires sur les théâtres d'opérations, je crois avoir lu dans certains articles que les Forces canadiennes fournissaient les condoms.

Considérez-vous que c'est un objet important sur un théâtre d'opérations? Je sais que c'est une question embêtante.

Bgén Hilary Jaeger: Oui.

[Traduction]

Je crois que des pratiques sexuelles sûres sont toujours importantes. Les personnes qui comprennent le comportement humain et qui voient la réalité pour ce qui est de la prévention des maladies transmises sexuellement devraient être heureux de voir que des préservatifs sont distribués au membres des Forces canadiennes. Je dois également vous indiquer que certains de ces préservatifs sont également utilisés pour préserver les armes de la poussière. Il y a d'autres utilisations pour ces préservatifs.

[Français]

M. Claude Bachand: C'est très utile.

Ai-je encore un peu de temps?

[Traduction]

Le président: Trente secondes.

[Français]

M. Claude Bachand: Quand on décide de transférer un blessé de Kandahar à un hôpital en Allemagne, qui prend cette décision? Ces transferts sont-ils nombreux? Sont-ils réservés exclusivement aux blessés qui sont très gravement atteints?

Bgén Hilary Jaeger: Les blessés qui passent de Kandahar au Landstuhl — c'est un hôpital américain en Allemagne — doivent revenir au Canada. Leurs blessures sont graves et on doit les renvoyer chez eux. La décision est prise par les médecins à Kandahar. Dans de tels cas, les blessés ont besoin de traitements ou de spécialistes qu'on n'a pas sur le théâtre d'opérations. Parfois, quelqu'un peut avoir besoin d'un urologue, par exemple, ou d'un autre spécialiste qu'on n'a pas actuellement sur le terrain à Kandahar.

Certains autres blessés séjournent au Landstuhl et reviennent sur le théâtre d'opérations. Cependant, pour la majorité d'entre eux, c'est une étape avant leur retour au Canada.

● (1605)

[Traduction]

Le président: Merci monsieur Bachand.

Monsieur Christopherson.

M. David Christopherson (Hamilton-Centre, NPD): Merci, monsieur le président.

Je vous remercie tous les deux de votre exposé. C'est un aspect extrêmement important des services d'appui que nous fournissons à nos soldats.

Combien de soldats ont été blessés jusqu'à maintenant? Choisissez une date et donnez-moi un chiffre, si vous le voulez bien.

Cmdre M. F. Kavanagh: On m'a dit que jusqu'à aujourd'hui, sans 171 soldats ont été blessés.

M. David Christopherson: Et de ce nombre, combien seront un jour en état de reprendre leur service actif?

Cmdre M. F. Kavanagh: Il n'y a pas de réponse facile à cette question. Je vais demander au médecin-chef de commenter le bilan clinique mais il nous faudra plus de temps pour évaluer la situation. Je ne tente pas d'é luder votre question mais nous ne prenons pas cette décision tant que le blessé n'a pas eu tout le temps voulu pour récupérer et retrouver la santé.

Général...

Bgén Hilary Jaeger: Ma collègue a tout à fait raison. Pour pouvoir vous donner une réponse exacte, il me faudrait consulter les 170 dossiers pour confirmer la nature des blessures. Le commodore Kavanagh a tout à fait raison. Nous ne sommes pas pressés de prendre une décision à cet égard.

M. David Christopherson: Il doit bien exister un chiffre quelque part puisque j'en ai entendu plusieurs différents.

Voici ce que je propose. Si vous pouvez me trouver un chiffre, j'apprécierais grandement que vous me le fassiez parvenir. Je vais m'en tenir à cela.

Bgén Hilary Jaeger: Je pourrais consulter ma boule de cristal et vous dire que selon moi, x pour cent des 170 blessés ont vraisemblablement une importante invalidité permanente et que y pour cent...

M. David Christopherson: Je pensais à des cas d'amputations traumatiques. Il est quelque peu probable qu'un soldat reprenne son service actif s'il a été amputé d'une jambe.

Bgén Hilary Jaeger: J'hésiterais à dire cela. Certains amputés ont eu une longue carrière au sein des Forces canadiennes, mais c'est vrai que...

M. David Christopherson: La convalescence devrait être assez longue.

Bgén Hilary Jaeger: La réadaptation est très difficile et plus les blessures sont graves, plus il y a des défis à relever.

M. David Christopherson: Merci.

Je vais passer à autres choses. Nous savons que certains de nos alliés utilisent de l'uranium appauvri dans leurs vecteurs de munitions et je me demande si vous pouvez commenter les conséquences que cela peut avoir pour nos soldats.

Bgén Hilary Jaeger: D'une part, je ne suis pas convaincue que certains de nos alliés de ce théâtre en particulier utilisent de l'uranium appauvri, mais je laisserai à une personne compétente le soin de le confirmer si c'est effectivement le cas.

L'utilisation d'uranium appauvri ne me préoccupe pas particulièrement sauf pour l'effet dévastateur d'un barreau de pénétration en uranium appauvri, qui constitue une arme très efficace. C'est la radioactivité qui est retirée de l'uranium appauvri. C'est une substance moins radioactive que l'uranium naturel et toutes les études réalisées jusqu'à maintenant — et il y a eu des études très approfondies de la contamination des sols en Irak et dans les Balkans — n'ont pas révélé de risques importants à terme pour la santé.

M. David Christopherson: Auriez-vous l'obligeance de nous faire parvenir uniquement le plus récent rapport qui traite de cette question? Vous pourriez peut-être vous saisir de cette question.

Bgén Hilary Jaeger: Oui.

M. David Christopherson: Merci.

Ma collègue Mme Black a soulevé dans le cadre des travaux de ce comité la question de savoir si cette mission constitue une mission internationale qui tombe sous le coup de l'article commun 3 des conventions de Genève. Les réponses varient semble-t-il selon le libellé. S'il s'agissait d'une mission à caractère international — et je veux parler maintenant des détenus — ils seraient alors traités comme des prisonniers de guerre en vertu de l'article 5.

Pourquoi les services médicaux auxquels ils ont droit varient-ils selon la nature de la mission? Le savez-vous?

● (1610)

Bgén Hilary Jaeger: Je pense que vous me posez là une question de droit qui me dépasse un peu. Je sais que nous traitons les détenus comme nous traiterions les nôtres. D'ailleurs, si vous parlez aux gens qui sont à l'hôpital de Kandahar, vous verriez que ces patients n'ont nulle part ailleurs où aller, il n'y a aucun hôpital afghan qui pourrait les accueillir, et les gens que nous avons eus le plus longtemps à l'hôpital de Kandahar sont les détenus.

M. David Christopherson: Encore une fois, je serais plus à l'aise si vous vouliez bien réfléchir à la question et voir s'il y a une différence dans les services médicaux qui sont offerts et, dans l'affirmative, de quel ordre. Vous pourriez peut-être nous en faire part, quoique, s'il n'y en a pas, la question ne se pose pas.

Le président: C'est une excellente question. Il y a des juristes qui viennent nous parler du traitement réservé aux détenus, de sorte que si cela ne relève pas...

M. David Christopherson: Je comprends. Il s'agit simplement de savoir s'il y a ou non une différence. Vous pourriez même y réfléchir sous l'angle générique. S'il fallait dire une chose plutôt que l'autre, en

quoi les traitements offerts aux détenus seraient-ils différents? Certes, j'en conviens avec vous, la question de savoir de quel article cela relève est un point de droit, mais il s'agirait en l'occurrence de la différence entre les deux catégories pour ce qui est des services médicaux.

Cmdre M. F. Kavanagh: Les soins que nous dispensons répondent à des normes, et peu importe qu'il s'agisse d'un soldat de la coalition ou d'un détenu, la norme est la même.

Bgén Hilary Jaeger: La seule différence est qu'il s'agit de savoir si l'on peut les transférer quelque part lorsque...

M. David Christopherson: Très bien. Pourriez-vous simplement vérifier cela pour moi et me dire s'il y a une différence? S'il n'y en a pas, un simple non suffit. Vous n'avez pas besoin de m'en dire davantage. Mais s'il y a une différence, j'aimerais savoir en quoi les soins pourraient différer... De toute évidence, si je vous pose la question, c'est parce que j'ai une bonne raison de le faire. En tant qu'expert, vous allez pouvoir me dire si ma question est fondée ou non.

Cmdre M. F. Kavanagh: Je vous ai déjà dit que nous ne pouvions pas vous donner de réponse sous l'angle juridique parce que nous ne sommes pas des juristes.

M. David Christopherson: Ce n'est pas cela que je vous demande...

Cmdre M. F. Kavanagh: Sur le plan médical, il n'y a qu'une norme. Peu importe...

M. David Christopherson: Très bien, mais je ne vous demande pas de me répondre sur le plan juridique. Y a-t-il une différence — c'est une question très générale — dans le niveau des soins prodigués aux détenus, selon qu'il y ait ou non une déclaration en vertu de l'article 3 ou de l'article 5?

Je vous laisse sur cette question.

Cmdre M. F. Kavanagh: Je pensais vous avoir déjà répondu par la négative.

Le président: Je pense que vous avez répondu qu'il n'y avait qu'une norme en fait de soins médicaux. L'autre question est une question de droit, et nous espérons pouvoir obtenir une réponse ailleurs. Je vous remercie.

Allez-y, il vous reste encore une minute.

M. David Christopherson: Le recrutement... La question s'est déjà posée à nous au Comité des comptes publics. Nous avons parlé de la question générale du recrutement. Qu'en est-il du recrutement du personnel médical...?

Cmdre M. F. Kavanagh: Nous recrutons activement du personnel médical dans à peu près toutes les catégories sur les 19 que j'ai mentionnées. Nous avons des pénuries dans presque toutes les catégories de personnel médical dans les Forces armées canadiennes. Sur le plan médical, le volet dentisterie se présente un petit peu mieux que pour ce qui est du personnel médical. Certaines pénuries sont relativement importantes. Nous manquons beaucoup de médecins. Mais ce sont en fait les pharmaciens qui nous font le plus défaut. Ils ne sont pas nombreux, mais si l'on regarde les pourcentages, c'est là où la situation est la plus grave. Nous manquons également de personnel infirmier, de techniciens médicaux, nous manquons à peu près de tout, et nous n'arrêtons pas de recruter.

M. David Christopherson: Lorsque nous avons interrogé un ancien officier, nous avons demandé si nous avions les capacités d'assumer une mission, au Darfour par exemple. Il y a pas mal de gens qui le voudraient, mais on nous avait dit que l'un des éléments qui nous empêchent le plus de faire quoi que ce soit d'autre ailleurs, c'était la pénurie de services médicaux. Que diriez-vous en réponse à cela?

Cmdre M. F. Kavanagh: Comme notre personnel est limité, il nous est difficile de répondre à toutes les demandes, qu'il s'agisse de la mission actuelle ou de toute autre mission, peu importe. Déjà au Canada, et il en va de même à l'étranger, nous avons une carence en personnel, et nous n'arrêtons pas de chercher des façons ingénieuses de répondre à toutes les demandes avec le personnel que nous avons.

Le président: Merci beaucoup.

M. David Christopherson: Merci encore d'être venu aujourd'hui.

Le président: Madame Gallant.

Mme Cheryl Gallant (Renfrew—Nipissing—Pembroke, PCC): Merci, monsieur le président, et merci également à nos témoins.

Il ne faut pas seulement assurer les services médicaux nécessaires sur les théâtres d'opération, il est tout aussi important de les offrir à nos soldats en manoeuvre, et de donner à ceux qui reviennent de mission les services psychologiques nécessaires pour les guérir du SSPT, on l'a déjà mentionné. Étant donné que les rotations successives mobilisent environ 2 500 militaires, les SSFC sont-ils en mesure de soigner adéquatement tous les soldats qui en ont besoin?

Cmdre M. F. Kavanagh: Nous sommes assurément mieux lotis aujourd'hui qu'il y a cinq ans. Il y a plus de cinq ans, en 2000, nous avons lancé un projet baptisé Rx2000, qui comportait entre autres une vaste opération de mise à niveau d'amélioration des services que nous offrons sur le territoire.

Pour vous donner quelques exemples, il n'y avait jadis dans un très grand nombre de nos bases que du personnel en uniforme. Il pouvait y avoir un chirurgien et deux ou trois médecins, plus quelques techniciens en uniforme. À l'heure actuelle, dans la très grande majorité des cas, plus de la moitié des membres du personnel sont des civils, et on compte dans chaque base au moins deux à trois fois plus de personnel médical, personnel infirmier, infirmiers praticiens, médecins, auxiliaires psychosociaux comme des psychologues, des travailleurs sociaux, etc., pour répondre aux besoins de nos effectifs. Cet état de chose est la résultante directe du projet que nous avons commencé à mettre en place il y a cinq ans et demi.

Je dis bien commencé à mettre en place, parce que l'opération se poursuit, elle n'est pas terminée, et nous n'arrêtons pas d'apporter des améliorations. Il faudra encore quelques années avant que tout ne soit terminé. Mais comme c'est le cas pour le personnel médico-sanitaire en uniforme, la concurrence est féroce pour le personnel médico-sanitaire civil. Malgré tout, les choses se sont nettement améliorées par rapport à l'époque où j'étais général et où je voyais moi-même des patients.

• (1615)

Mme Cheryl Gallant: Vous avez déclaré que la Loi constitutionnelle de 1867 donnait aux pouvoirs publics fédéraux la responsabilité exclusive de tout ce qui concerne la santé dans les forces armées. Comme vous le savez, une des toutes premières choses que l'actuel premier ministre de l'Ontario a faite sitôt entré en fonction fut d'imposer une cotisation à l'assurance santé. La Colombie-Britannique et l'Alberta ont emboîté le pas, mais les

militaires sont exemptés. Or, en Ontario, le gouvernement libéral déduit ces cotisations au régime d'assurance santé de la solde de nos militaires. Qu'ont donc fait les SSFC pour recouvrer ces cotisations indues et les utiliser pour financer vos propres priorités?

Cmdre M. F. Kavanagh: En fait, nous n'avons rien fait du tout parce qu'il s'agit d'une question de rémunération et d'avantages sociaux, et ce n'est pas de mon domaine.

Excusez-moi, je ne peux pas répondre à votre question parce que c'est le chef du personnel militaire. Il s'agit d'un problème de rémunération et d'avantages sociaux, et ce serait à lui à vous répondre, car moi je ne le puis.

Mme Cheryl Gallant: Mais n'est-il pas vrai que les SSFC auraient bien besoin d'un peu plus d'argent?

Cmdre M. F. Kavanagh: C'est vrai pour tout le monde, n'est-ce pas?

Mme Cheryl Gallant: Pendant notre étude sur la mission canadienne en Afghanistan, nous avons entendu parler des soldats qui ont été blessés sur le théâtre d'opérations. Nous avons ainsi appris que même lorsque le médecin prescrivait des tâches plus légères pendant la convalescence, les soldats étaient obligés de reprendre du service actif prématurément. Y a-t-il un quelconque mécanisme de protection quelconque qui empêcherait que l'on puisse ainsi faire la sourde oreille aux ordres d'un médecin?

Bgén Hilary Jaeger: Il ne faut pas que les ordres du médecin soient ainsi battus en brèche. En réalité, il y a eu un changement et vous m'excuserez si je ne puis vous dire au juste en quelle année, mais c'était entre 1998 et 2000 — ma mémoire me fait défaut — mais avant cela, les médecins faisaient leurs recommandations à la hiérarchie militaire lorsqu'il fallait imposer une réduction des tâches ou accorder un congé de maladie, et la hiérarchie était tout à fait libre d'accepter ou d'ignorer ce genre de recommandation.

Mais vers la fin des années 90 ou au tout début de 2000, la politique a changé, de sorte que dorénavant, la hiérarchie n'avait plus cette latitude et ne pouvait plus faire ce genre de distinction: les ordres du médecin devaient être suivis. Si la hiérarchie militaire voulait en discuter, si les limitations de tâches prescrites posaient problème, il incombait à la hiérarchie d'en parler au médecin ou au chirurgien de la base sans imposer ce genre de tensions au militaire.

Cela ne veut bien sûr pas dire qu'il n'existe pas de cas de ce genre, parce que nous ne pouvons pas être partout en toute circonstance; cela ne veut pas dire que les choses ne sont pas à l'occasion mal interprétées ou même oubliées, ou que les limites prescrites par le médecin sont toujours respectées, mais si un cas de ce genre est porté à l'attention du médecin traitant ou du chirurgien de la base, celui-ci interviendrait auprès du commandant de l'unité et lui dirait : « J'ai entendu dire qu'on avait envoyé le caporal Bidule à l'exercice ce matin, alors qu'il n'est pas censé courir et qu'il n'est pas censé non plus porter de charge lourde pendant encore deux mois. »

Il nous est ainsi très facile d'intervenir lorsque nous entendons parler d'un cas comme celui-là, mais nous ne sommes pas une police secrète et nous ne pouvons pas avoir un oeil sur toutes les unités.

Mme Cheryl Gallant: Il revient donc au militaire blessé de dire au médecin qu'on l'a obligé de passer outre les ordres de celui-ci.

Bgén Hilary Jaeger: Notre première responsabilité est de communiquer directement avec l'unité pour préciser quelles sont les limites que nous imposons aux tâches du militaire en question. Ensuite, c'est le membre lui-même qui est le mieux placé pour dire si ces limites sont respectées.

Mme Cheryl Gallant: Je vous remercie.

Est-ce que les Forces canadiennes engagent des médecins étrangers pour soigner les soldats sur le théâtre d'opération?

• (1620)

Bgéné Hilary Jaeger: Non, nous avons des ententes de collaboration avec certains de nos principaux alliés — en particulier nos alliés au sein de l'OTAN ainsi que les Australiens — ce qui nous permet d'avoir recours à leurs propres médecins militaires.

Mme Cheryl Gallant: Nous n'allons donc pas engager de médecins civils dans les pays voisins des théâtres d'opérations sur lesquels nos troupes sont engagées?

Commande M. F. Kavanagh: En effet. À Kandahar, il s'agit d'une unité multinationale dont nous avons le commandement. Elle est composée de Danois, de Hollandais, d'Australiens, de Britanniques et d'Américains, tous en uniforme, mais nous n'engageons pas... Si nous engageons des civils, nous le ferions selon les normes canadiennes.

Mme Cheryl Gallant: Et est-ce que les soldats blessés sont soignés de la même façon que les officiers, peu importe qu'il s'agisse d'une blessure subie au combat ou à l'entraînement?

Commande M. F. Kavanagh: Assurément.

Mme Cheryl Gallant: Je vous remercie.

Le président: Nous allons maintenant passer à M. McGuire, puis nous reviendrons du côté ministériel.

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

Il y a beaucoup de renseignements qui viennent de Petawawa au sujet des réactions des soldats qui reviennent au pays et dans leur base, notamment des cas de violence familiale, de divorce, de toxicomanie, d'alcoolisme. Pourquoi sommes-nous si lents à réagir...? Nous devons bien savoir que cela allait se produire de la part de gens qui revenaient du combat. À Petawawa, la base d'origine de la majorité de nos soldats, pourquoi ne sommes-nous pas mieux préparés à affronter la dimension humaine du problème lorsque nos soldats reviennent de mission?

Bgéné Hilary Jaeger: Vous me prenez un peu à contre-pied, monsieur, parce que je n'ai pas vu les statistiques dont vous parlez. S'il s'agit d'un problème psychosocial, je pourrais me renseigner en interrogeant mon personnel, et peut-être pourrais-je alors en savoir aussi long que vous.

Je ne veux pas minimiser les difficultés de nos gens à Petawawa, parce que cette base est, parmi toutes les bases des forces terrestres, est celle qui compte la plus grosse concentration de militaires dans une localité relativement petite. Parmi nos autres grosses bases, Gagetown est un peu dans le même bateau, mais il y a aussi celle de Valcartier, très proche de Québec, et celle d'Edmonton, qui est bien entendu située à Edmonton même. Voilà les autres grosses bases de l'armée, et tous les services de soutien social ainsi que toute une palette de services de consultation en santé mentale y sont facilement accessibles.

L'hon. Joe McGuire: Mais pourquoi pas là? Sil la plupart des militaires engagés sur le théâtre d'opérations reviennent à Petawawa, pourquoi ne trouve-t-on pas là-bas davantage de gens pour s'occuper d'eux?

Commande M. F. Kavanagh: Mais ils ne reviennent pas tous à Petawawa. Tout dépend de la brigade dans laquelle ils sont déployés. Les soldats de la 2^e Brigade viennent de Petawawa. Dans le cas de la dernière rotation, ces soldats appartenaient à la 1^{ère} Brigade et ils étaient tous originaires en majorité d'Edmonton ou de Shilo au

Manitoba. Comme l'a dit le chef des services médicaux, on a de meilleures ressources en ville que dans les régions rurales. C'est la même chose dans la vie civile.

Le projet dont j'ai déjà dit un mot, le projet Rx2000, comportait un important volet santé mentale. Il va permettre de renforcer le personnel qui s'occupe des problèmes de santé mentale. Mais en réalité, Petawawa est un peu en retard au niveau de la mise en oeuvre du projet, et cela pour plusieurs raisons. Nous avons là-bas des problèmes d'infrastructure, nous avons du mal à recruter des professionnels prêts à aller travailler dans la vallée de l'Outaouais. C'est une réalité incontournable aujourd'hui. C'est une région qui est déjà mal desservie dans le secteur civil. Il est difficile de faire venir des professionnels dans les régions un peu plus éloignées; et dans ce cas-ci, à deux heures de route d'Ottawa, c'est ce qu'on considère comme une région éloignée.

Mais nous ne négligeons pas Petawawa pour autant. Nous essayons de trouver une solution, et nous avons déjà en place un plan très vigoureux dans ce sens. Petawawa est également appuyée par toutes les ressources que nous avons ici à Ottawa. Je sais qu'elles ne sont pas sur place et que cela ne répond pas vraiment aux vœux des gens. Mais nous avons un plan pour remédier au problème, et cela malgré le fait qu'il y a à Ottawa des ressources déjà considérables qui servent à cela et qui peuvent être envoyées sur place — en plus du fait que nous pouvons également envoyer des patients à Ottawa — en réponse à leurs besoins.

Mais je le répète, je ne pense pas avoir vu les données que vous avez sous les yeux. Comme on dit, il y a les statistiques, et il y a les fiches statistiques, et tout dépend de la façon dont on les interprète. Nous sommes également en train de mettre en place un système d'archivage électronique fort bien fait, ce qui nous permettra également de mieux analyser toutes les données épidémiologiques relatives à toutes sortes de conditions médico-sanitaires lorsque ce système sera entièrement opérationnel. Je le répète, nous ne sommes pas encore là, mais cela s'en vient. D'ici là, tant que nous n'aurons pas la possibilité d'analyser toutes les statistiques, je répugnerais un peu à en tirer trop de conclusions.

• (1625)

Bgéné Hilary Jaeger: Pourrais-je donner quelques détails, monsieur?

L'hon. Joe McGuire: Je voudrais quand même vous signaler qu'en ce qui concerne le personnel affecté aux cas de santé mentale, ce personnel compte 27 membres à Edmonton, 35 à Valcartier et 9 seulement à Petawawa, là où les soldats reviennent de mission. Combien y a-t-il de personnes à Ottawa pour venir épauler ces neuf-là?

Bgéné Hilary Jaeger: Une trentaine, monsieur le député.

À la fin des années 90, j'étais médecin-chef à la base de Petawawa et nous avions trois dispensateurs de soins de santé mentale. Le chiffre a maintenant triplé pour passer à neuf et grâce au projet de soins de santé mentale, l'objectif est de le tripler à nouveau pour passer à 31 environ.

Si le chiffre est si élevé à Edmonton et dans certaines des autres bases que vous avez mentionnées, c'est qu'on y trouve des centres de soutien pour trauma et stress opérationnels. Il en existe cinq au pays. Lorsqu'ils ont été créés à la fin des années 90, il a été décidé que le centre régional pour l'Ontario serait à Ottawa si bien qu'il dessert aussi Kingston, Trenton, Toronto, Borden et Petawawa.

L'hon. Joe McGuire: Autrement dit, les soldats viennent ici au lieu d'aller à proximité de leurs familles à Petawawa parce que les médecins ne veulent pas y aller?

Bgén Hilary Jaeger: Eh bien, nous faisons de notre mieux pour inciter les médecins à venir travailler pour nous. Nous n'allons pas renoncer mais c'est très difficile.

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Hawn.

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

Merci, commodore et général d'être venus.

J'ai rencontré beaucoup de soldats qui venaient à Edmonton lors de la dernière rotation et j'en ai rencontré beaucoup à leur retour dans l'Airbus. Vu leurs problèmes, ils m'ont dit que les soins qu'ils reçoivent sont spectaculaires. Je tiens à féliciter le SSFC. J'ai passé pas mal de temps avec des gens comme Paul Franklin, le double amputé au-dessus du genou, à discuter de son retour au service actif, ce qu'il va probablement faire. Évidemment, ce ne sera pas un poste de combat. Il était technicien en soins médicaux.

Du côté des techniciens en soins médicaux, avez-vous tout votre effectif autorisé? Comment va le recrutement? Comment va la conservation des effectifs? Les adjoints aux médecins retournent-ils à la vie civile en grand nombre?

Cmdre M. F. Kavanagh: Nous nous en tirons assez bien du côté du recrutement de techniciens en soins médicaux. Je ne suis pas aussi satisfait en ce qui concerne la conservation des effectifs. Cela tient en partie à des considérations démographiques. Il y a des adjoints aux médecins qui sont dans la même tranche démographique que moi qui sont à la recherche d'autres emplois.

Le monde civil a enfin découvert l'existence des adjoints aux médecins si bien que nous avons aujourd'hui un concurrent. Nous travaillons très fort avec le secteur civil pour qu'eux et nous y trouvions notre compte. Je pense que nous pouvons aider le système de soins de santé civil et nous en même temps si nous procédons de la bonne façon.

Les techniciens en soins médicaux sont mieux formés. C'est là aussi le résultat direct du projet RX2000 que nous avons mis en place il y a cinq ans. Ce sont des techniciens en soins médicaux très compétents qui ont reçu une formation de PSP, ce qui accentue davantage la concurrence. Certains d'entre eux ont décidé de chercher des emplois dans la vie civile après leur engagement initial.

Je ne suis pas aussi satisfaite que je voudrais l'être au sujet de la conservation des effectifs. C'est dur. On m'a informé dernièrement des chiffres dans les grades subalternes et j'ai du travail à faire pour les encourager à rester et à les stimuler à l'aide d'activités cliniques parce que c'est pour cela qu'ils se sont enrôlés. Ils sont entrés dans les forces pour s'occuper des patients parce que c'est cela qui les intéresse.

• (1630)

M. Laurie Hawn: Quel accueil recevez-vous des organisations de soins de santé civiles qui veulent les embaucher, quand vous essayez de faire en sorte que chacun y trouve son compte, quand vous essayez de les libérer pour une période de six mois comme réservistes, par exemple? Êtes-vous bien accueillis ou est-ce le contraire?

Cmdre M. F. Kavanagh: Le médecin-chef a travaillé davantage avec l'Université du Manitoba et la province du Manitoba, qui ont été les premiers à s'y intéresser, et elle pourra vous répondre avec

plus de précision. Ceux qui ont pris le temps de comprendre ceci et qui réalisent ce que nous avons à offrir souhaitent beaucoup être de la partie. Ils veulent travailler avec nous et voient que c'est une occasion qui peut être avantageuse pour tous les deux.

C'est une idée tout à fait nouvelle au pays. Les adjoints aux médecins sont monnaie courante aux États-Unis mais ils sont relativement nouveaux ici; dans bien des endroits, il y a aussi une peur de l'inconnu. Dans certains cas, c'est donc très positif; dans d'autres, la question n'est pas encore bien comprise.

Bgén Hilary Jaeger: Je vais parler du cas des adjoints aux médecins, que je connais bien. Il y a du bon et du mauvais. Le bon, c'est que nous pensons qu'il s'agit d'un outil précieux applicable sur tout le paysage des soins de santé au Canada. Nous sommes très enthousiastes à l'idée de montrer à nos collègues civils le potentiel que cela recèle.

En revanche, s'ils le comprennent trop bien, comme nous sommes le seul fournisseur d'adjoints aux médecins au Canada à l'heure actuelle, vue notre petite capacité de formation, si vous étendez le programme à 10 provinces et trois territoires avides, ça n'ira pas très loin.

M. Laurie Hawn: Combien d'adjoints aux médecins formez-vous par année?

Bgén Hilary Jaeger: Nous avons 24 diplômés par année, qui exigent tous les moyens de formation que nous pouvons mobiliser.

Les difficultés que nous rencontrons sont de l'ordre de la chasse-gardée. Il y a des infirmières praticiennes aussi qui veulent être mieux reconnues et qui cherchent des emplois plus stimulants au Canada. Nous n'avons rien contre cela, puisque nous avons recours aux deux, mais il y a des gens qui ne peuvent pas concevoir qu'il y a place pour les deux. Pour eux, si un camp gagne, c'est aux dépens de l'autre. Ce n'est pas ainsi que nous voyons les choses.

Le président: Merci.

Nous allons maintenant passer à M. Bouchard, puis nous allons revenir aux ministériels.

[Français]

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

Merci de votre présence. J'aimerais vous poser quelques questions au sujet du personnel, plus particulièrement en ce qui concerne le recrutement.

On sait que les Forces canadiennes ont recruté 20 000 militaires au cours des quatre dernières années, de sorte qu'il y a eu 700 militaires additionnels. Vous avez reconnu vous-mêmes que ce recrutement avait été un défi.

J'ai eu l'occasion de visiter la base militaire de Petawawa, où les médecins m'ont dit qu'ils étaient soumis à beaucoup de pression au travail, qu'ils devaient faire beaucoup d'heures supplémentaires et qu'il y avait même une pénurie de personnel.

Pouvez-vous me dire si les effectifs de toutes vos unités médicales au Canada sont complets? Sinon, pourquoi?

Bgén Hilary Jaeger: En ce qui concerne les médecins, par exemple, il nous manque environ 30 p. 100 de nos effectifs d'omnipraticiens dans les grades de capitaine et de major, c'est-à-dire les gens qui fournissent actuellement les soins dans les bases. C'est donc un problème.

Pour les francophones, c'est encore pire. Nous avons une pénurie encore plus importante de médecins francophones.

Nous essayons de faire face à ce défi et de pallier cette pénurie en embauchant des médecins civils. Cela nous demande un effort constant.

En ce qui concerne les pharmaciens, la pénurie est de l'ordre d'environ 50 p. 100 dans tout le pays. Une fois de plus, nous nous tournons vers le secteur civil pour embaucher des pharmaciens civils.

Cependant, les militaires peuvent faire certaines tâches que les civils ne peuvent pas faire. Il y a une différence entre les deux. Le fait d'avoir trop de civils pour fournir les soins nuit à notre flexibilité, surtout lorsque de nombreux militaires sont déployés. Pour ceux qui restent derrière, le travail devient de plus en plus difficile.

• (1635)

[Traduction]

Ce sont des gens dévoués. Ils tirent fierté de bien faire leur travail. Ils savent que ce qu'ils font est important et ils tiennent absolument à s'assurer que, surtout lorsqu'il s'agit de blessés qui rentrent au pays... Jamais je n'ai entendu quelqu'un dire « Je pars pour le week-end; je ne pourrai pas être là pour accueillir l'avion qui revient. » Jamais je n'ai entendu de réactions comme ça.

[Français]

M. Robert Bouchard: Les Forces canadiennes reconnaissent que la mission en Afghanistan est une priorité.

Quelles ont été les répercussions de cette mission sur vos effectifs?

Bgén Hilary Jaeger: Les répercussions...

[Traduction]

Je vais répondre en anglais parce que je pense que je vais mieux l'expliquer.

C'est une question d'arithmétique. Un certain nombre de médecins sont déployés en Afghanistan. Nous avons un nombre donné d'infirmières et d'infirmiers. Nous avons un certain nombre de techniciens en soins médicaux. Ces personnes ne sont donc pas disponibles pour dispenser des soins au Canada.

Non seulement elles ne sont pas disponibles mais leurs remplaçants, qui sont déjà en formation préalable au déploiement, ne sont pas disponibles non plus. Dans certains cas, ceux qui les remplacent, parce qu'ils sont en congé post-déploiement, mettent un peu de temps à revenir au travail. C'est donc dire que pour chaque personne déployée, il y a en fait entre deux et deux personnes et demie qui ne sont pas disponibles au Canada pour faire le travail qui doit être fait.

D'un autre côté, ce genre de travail est très motivant. De fait, à bien des égards, c'est la raison pour laquelle ils se sont enrôlés. C'est l'expression la plus authentique de ce que cela veut dire d'être un dispensateur de soins de santé dans l'armée. Ce peut donc être très motivant, sauf peut-être pour les familles.

Le président: Merci.

Monsieur Blaney.

[Français]

M. Steven Blaney (Lévis—Bellechasse, PCC): Bonjour et merci de venir nous rencontrer.

J'ai bien aimé votre présentation. Vous avez parlé de l'évaluation que vous faites de quatre à six mois après le retour des militaires d'Afghanistan, pour faire une espèce de détection préventive des problèmes.

Pouvez-vous nous donner un peu de détails? Lors de chaque conflit, il arrive que des soldats aient des séquelles. Jusqu'à maintenant, comment évaluez-vous l'état général de santé mentale et psychologique des soldats qui reviennent d'Afghanistan?

[Traduction]

Bgén Hilary Jaeger: Nous avons commencé à utiliser cet instrument de dépistage en 2003. Nous avons maintenant accumulé près de trois années d'expérience et de données. Auparavant, l'évaluation était beaucoup moins structurée; elle ne se faisait pas avec le même questionnaire.

Depuis que nos troupes sont à Kandahar et effectuent plus de patrouille active et ont plus de contact avec l'ennemi qu'elles n'en ont eu auparavant, nous n'avons pas encore recueilli de données auprès de militaires qui sont revenus au Canada après la mission. La grande majorité des membres du groupement tactique qui sont revenus en août, et qui sont postés à Edmonton et à Shilo, subiront ces évaluations après Noël; la collecte des données se fera donc en janvier et en février. Quand nous aurons examiné ces données, nous serons plus à même de déterminer quels ont été les facteurs de stress et la nature particulière de cette mission, par rapport au déploiement antérieur à Kaboul, ou même à certaines autres expériences que nous avons eues par le passé.

Nous ne le savons pas. Vous avez sans doute entendu bien des gens dire qu'étant donné que la mission est si active et qu'il y a eu un grand nombre d'incidents, il y aura plus de problèmes de santé mentale chez les militaires. D'après certains psychiatres, ce ne sera pas nécessairement le cas, parce que les soldats ont une mission, ils tâchent de réaliser leurs objectifs et on leur permet de s'engager avec l'ennemi; pour certaines personnes et dans certaines circonstances, ça peut engendrer moins de stress que la passivité obligatoire qui a caractérisé les missions classiques de maintien de la paix de l'ONU. Nous ne savons pas, mais nous allons recueillir des données à ce sujet et nous le verrons.

• (1640)

[Français]

M. Steven Blaney: Le fait que ce soit une mission active pourrait avoir un effet constructif et positif sur la santé des militaires. De toute façon, vous allez l'évaluer.

Vous avez mentionné plus tôt qu'il y avait ici une pénurie de médecins omnipraticiens de quelque 30 p. 100.

Quels sont les enjeux ou les défis liés à vos services en Afghanistan? Prévoyez-vous devoir faire face à des problèmes au cours des prochains mois, par exemple sur le plan de l'équipement? Aurez-vous à affronter des difficultés au cours des prochains mois?

[Traduction]

Bgén Hilary Jaeger: Nous séparons complètement la mission en Afghanistan. C'est notre priorité absolue, notre tâche primordiale. Ainsi, s'il ne reste que cinq médecins au sein des Forces canadiennes, ils seront envoyés en Afghanistan. Par conséquent, les pénuries que nous connaissons au Canada n'ont aucun effet là-bas.

[Français]

M. Steven Blaney: Il n'y a pas de répercussions en Afghanistan.

[Traduction]

Bgén Hilary Jaeger: C'est au Canada que nous sentons les effets de cette pénurie et c'est ici que l'on procède au remplacement.

En ce qui concerne l'équipement...

Cmdre M. F. Kavanagh: Nous avons reçu tout ce que nous avons demandé. Nous avons des spécialistes en médecine opérationnelle qui dépouillent constamment la littérature médicale pour découvrir des nouveautés qu'ils s'efforcent ensuite d'acquérir. Le médecin-chef a mentionné tout à l'heure les tourniquets qu'on peut appliquer d'une seule main et les pansements spéciaux. Nous avons pu nous les procurer parce que nous examinons constamment la littérature médicale à la recherche de ce que nous pouvons apprendre de notre propre expérience et de celle de nos alliés. Ensuite, nous tâchons d'acquérir ces articles si nous en avons besoin.

Nous n'avons pas beaucoup d'équipement lourd dans les Services de santé. Nous n'achetons pas d'avions ni de chars. Notre équipement est relativement léger. Notre principale ressource, c'est le personnel, et nous avons toujours obtenu le matériel dont nous avons besoin.

Comme le médecin-chef l'a également signalé, nous avons acheté et envoyé en Afghanistan pour la première fois de notre histoire un tomodensitomètre. Il est meilleur que celui que les Américains ont à Bagram. Pour la première fois de notre histoire, nous avons un appareil de téléradiologie qui nous permet de transmettre des images au Canada pour analyse. On nous a procuré cet appareil expressément pour cette mission. Nous avons donc reçu tout ce que nous avons demandé.

Le président: Monsieur Cannis, ensuite nous reviendrons au parti ministériel.

M. John Cannis (Scarborough-Centre, Lib.): Merci, monsieur le président.

Commandant Kavanagh et général Jaeger, bienvenue et merci de partager avec nous toute cette information.

Comme vous l'avez sans doute remarqué, il y a de nombreuses questions importantes, mais une question qui revient constamment est celle du recrutement et du maintien en poste des professionnels de la santé, et c'est là une préoccupation importante. J'ai entendu dire que la famille militaire était une famille unique. Bien qu'il soit important de répondre aux besoins des hommes et des femmes dans le théâtre d'opérations en ce qui concerne l'équipement et tout le reste, nous sommes d'avis qu'il est tout aussi important d'offrir des services à la famille périphérique, le ou la partenaire, le conjoint, la conjointe, etc. Comment traite-t-on la famille qui reste ici au Canada, les enfants, la mère, etc.? On nous a dit qu'il est parfois difficile d'offrir des services et je suppose qu'une partie des services médicaux pour une famille militaire comprend également la famille, n'est-ce pas?

Cmdre M. F. Kavanagh: En fait, non.

M. John Cannis: Je dois le savoir, car nous sommes confrontés à cela.

Cmdre M. F. Kavanagh: Comme j'ai lu le témoignage du ministre lorsqu'il a comparu devant votre comité, je crois comprendre qu'il a posé la question. Nous n'offrons pas de soins de santé sur une base régulière aux familles des membres des Forces canadiennes.

• (1645)

M. John Cannis: Pourquoi dites-vous « sur une base régulière »?

Cmdre M. F. Kavanagh: Au Canada, ce sont les provinces qui sont responsables des soins de santé. C'est ainsi que notre régime de soins de santé est conçu, et notre responsabilité consiste à nous occuper de nos membres.

Il y a cependant une exception dans le cas des postes isolés. Nous le faisons à l'étranger, mais il reste très peu de postes isolés au Canada maintenant. À une certaine époque Cold Lake était considéré comme étant un poste isolé pour les services médicaux, mais ce n'est plus le cas. Lorsque nous avions des bases militaires à Masset et à Holberg sur l'île de Vancouver et dans les îles de la Reine Charlotte, ces endroits étaient considérés comme étant isolés, mais ce n'est plus le cas. Les Services de santé des Forces canadiennes ont donc la responsabilité d'offrir des soins de santé uniquement aux membres du personnel en uniforme.

Cela dit, comme le général Jaeger y a déjà fait allusion, il existe un programme d'aide aux membres que nous avons créé — en fait, je l'ai moi-même créé — dont les membres de la famille peuvent profiter. Les centres de ressources familiales ont des ressources qui ont été mises en place, non pas par nous, les Services de soins de santé des Forces canadiennes, mais par les Forces canadiennes, et ils offrent des services spécifiques de counselling, etc.

M. John Cannis: Commodore Kavanagh, je dois vous interrompre, car je sais que le président est très strict en ce qui concerne le temps.

Ce que vous nous dites en réalité, c'est que cela varie d'une province à l'autre, n'est-ce pas?

Cmdre M. F. Kavanagh: Non, ça ne varie pas, en ce sens que nous n'offrons pas des soins de santé au Canada aux personnes à charge à moins que l'endroit soit considéré comme étant isolé. Je ne peux penser à aucun endroit au Canada... Goose Bay est le seul endroit auquel je peux penser en ce moment.

M. John Cannis: Étant donné que les militaires servent le pays tout entier, nous devrions envisager la normalisation de ces services.

Cmdre M. F. Kavanagh: Mais, monsieur, les soins de santé au Canada sont une responsabilité provinciale.

M. Claude Bachand: C'est une bonne réponse.

M. John Cannis: Je sais, je dis tout simplement que c'est provincial mais que le soldat qui est au service du Canada ne connaît pas les frontières, à mon humble avis.

Nous trouvons cela difficile, car nos Forces armées doivent recruter pour respecter les obligations du Canada à l'échelle nationale et internationale et, évidemment, comme vous l'avez dit clairement précédemment, nous aurons des problèmes étant donné les pénuries qui existent à l'heure actuelle.

Pendant combien de temps en moyenne les personnes qui sont recrutées à l'extérieur restent-elles?

Cmdre M. F. Kavanagh: Il y a plusieurs façons d'être recruté, mais dans le cas d'un médecin qui est déjà qualifié, on parle d'enrôlement en qualité d'officier. Il peut s'enrôler, et nous lui offrons même une prime à la signature. Il peut s'enrôler pour deux ans seulement et décider de faire un essai, pour voir si cela lui plaît ou non.

Il est même possible de travailler pour nous en tant que civil. Il y a en fait des gens qui sont venus travailler pour nous à contrat en tant que civils et ils ont tellement aimé cela qu'ils ont décidé de mettre l'uniforme. En fait, il y en a un en Allemagne à l'heure actuelle.

Le médecin qui accepte une prime plus importante à la signature est obligé de nous accorder quatre ans de service en uniforme. Dans le cas de nos programmes d'éducation, le plan de formation de médecin militaire comprend l'engagement à faire un service obligatoire de quatre ans, une fois la formation terminée. Nous avons la possibilité de former des médecins spécialistes. Il y a plusieurs façons de s'enrôler et d'être formé pour devenir médecin.

M. John Cannis: Pour terminer, car je sais que mon temps sera écoulé dans une minute, lorsque nos hommes et nos femmes qui ont servi dans le théâtre reviennent parce qu'ils ont été blessés ou pour une autre raison et qu'ils ont besoin d'une attention spéciale que vous ne pouvez leur accorder pour une raison ou une autre, est-ce que ces services sont donnés en sous-traitance ou est-ce que vous envoyez cette personne à l'extérieur afin qu'elle reçoive un traitement approprié?

C'est tout, monsieur le président. J'ai posé ma question. Pouvez-vous lui donner une seconde pour répondre?

Cmdre M. F. Kavanagh: D'abord et avant tout, comme l'a dit le Général Jaeger, le plus important est de donner le bon traitement. Nous utilisons toutes sortes de mécanismes. Nous faisons appel au secteur de soins de santé local, là où ils se trouvent, si ce sont les soins appropriés. Étant donné qu'ils sont parfois trop éloignés pour offrir les soins dont ils ont besoin, nous les envoyons là où ils peuvent les obtenir. Il y a toutes sortes de mécanismes.

Le président: Bien. Merci.

Nous allons donner la parole à M. Hiebert, puis nous reviendrons à l'opposition officielle.

M. Russ Hiebert (Surrey-Sud—White Rock—Cloverdale, PCC): Merci, monsieur le président, et merci à toutes les deux d'être ici aujourd'hui.

Je n'ai en fait qu'une seule question, et je partagerai le reste de mon temps avec mon collègue M. Hawn. Ma question concerne le travail que nous faisons en Afghanistan.

Vous avez parlé de l'utilisation de technologies de pointe, d'un tomodensitomètre dans le théâtre d'opérations, ce qui est fantastique, à mon avis. J'aimerais que vous nous parliez davantage du genre de blessures qu'il faut traiter et de quelle façon elles se distinguent de celles que l'on retrouve dans d'autres théâtres d'opérations des Forces canadiennes. Deuxièmement, de quoi d'autres auriez-vous besoin? Vous manque-t-il quoi que ce soit sur le plan de la technologie ou du personnel pour faire votre travail en Afghanistan?

Bgén Hilary Jaeger: J'ai maintenant une liste de souhaits.

Malheureusement, j'ai oublié la première partie de la question. Que voulez-vous savoir? Ce qui manque?

Une voix: Le genre de blessures.

Bgén Hilary Jaeger: Oh, le genre de blessures. Je suis désolé.

Avant que tout le monde ne porte des vêtements pare-balles et avant que l'on achète des vêtements qui couvriraient davantage le

corps avec des plaques de céramique et autres choses, les blessures de guerre typiques lors des conflits comme ceux du Vietnam, de la Corée et de la Seconde Guerre mondiale étaient une combinaison de blessures causées par des shrapnels, des projectiles balistiques ou des coups de fusil pointé. Il y a maintenant très peu de coups de fusil, il y a des blessures causées par les shrapnels, mais puisque le tronc est protégé, ces blessures sont presque toujours dans les extrémités.

La blessure typique au ventre qui était très difficile à traiter pendant la Seconde Guerre mondiale et la guerre de Corée et celle du Vietnam n'est plus très courante aujourd'hui et n'a certainement rien à voir avec les autres choses qui posent davantage un problème. Ces blessures étaient habituellement fatales. On n'a peu de chance de survie lorsqu'on reçoit une balle à la poitrine ou en plein cœur.

Étant donné que ce genre de blessure est maintenant plus rare, nous avons proportionnellement beaucoup plus de blessures aux extrémités et de traumatismes crâniens. Nous avons été impressionnés par la capacité de certains de nos soldats de se remettre de ces traumatismes crâniens fermés. Le docteur Bennett vous dira que qu'un coma de trois sur l'échelle de Glasgow peut être attribué à un décès. Il y a des gens qui sont arrivés à notre établissement de traitement qui avaient un trois à l'échelle de Glasgow et qui sont sortis de l'hôpital deux mois et demi ou trois mois plus tard, et aucun d'entre nous n'aurait pu prédire un tel résultat. Ces nouveaux types de blessures nous apprennent donc beaucoup de choses.

Qu'est-ce que j'aimerais avoir dans le théâtre? En fait, j'aimerais avoir n'importe quoi de plus en ce qui concerne le matériel médical. J'aimerais avoir deux fois plus de chirurgiens généralistes et de chirurgiens orthopédiques, afin de pouvoir maintenir la rotation indéfiniment. J'ai besoin de spécialistes bien formés, qui ont de l'expérience et qui sont très motivés.

Voulez-vous autres choses?

• (1650)

Cmdre M. F. Kavanagh: Non, ce serait une des priorités sur ma liste de souhaits.

Comme je l'ai mentionné plus tôt, nous n'avons pas beaucoup d'équipement. Nos besoins de base sont comblés. Ce qui nous rend efficaces, c'est ce que nous avons entre les oreilles, ainsi que certains outils techniques et les capacités manuelles des médecins. Nous avons besoin de personnes. C'est de cela que nous avons besoin.

Le président: Il vous reste une minute et demie.

M. Laurie Hawn: On nous a déjà dit que l'armée ne fournit pas de soins médicaux aux personnes à charge. J'en ai fait moi-même l'expérience, et je le comprends parfaitement; mais peut-être faudrait-il ajouter qu'on devrait leur proposer ces soins. Indépendamment du fait que les soins de santé au Canada sont organisés autrement à l'heure actuelle, pouvez-vous nous dire ce que vous en pensez? Je sais que vous ne pouvez pas me fournir de chiffres, mais je dirais qu'il y a probablement 200 000 personnes à charge pour environ 60 000 militaires. Quelles sont les ressources, petites ou grandes, en argent, en infrastructure et en personnel, dont les forces armées auraient besoin pour commencer à fournir des soins médicaux aux personnes à charge?

Cmdre M. F. Kavanagh: Les soins de santé au Canada coûtent environ 3 000 \$ par personne, donc il faudrait multiplier le nombre de personnes à charge par 3 000.

M. Laurie Hawn: Plus l'infrastructure, plus le personnel.

Cmdre M. F. Kavanagh: Effectivement, plus l'infrastructure, plus le personnel.

M. Laurie Hawn: Ce que je veux dire, c'est qu'il serait tout à fait irréaliste de penser que les Forces armées canadiennes seront un jour en mesure de fournir des soins médicaux aux personnes à charge.

Cmdre M. F. Kavanagh: Rien n'est impossible.

Il y a autre chose à prendre en compte. Nos alliés américains le font, et effectivement, comme vous le dirait le Dr Bennet, qui est médecin de famille, cela élargit votre pratique de la médecine. Nous en avons fait l'expérience en Allemagne. Mais la formule présente un inconvénient pour l'armée, sur laquelle elle exercerait une pression supplémentaire. En plus des soins axés sur l'état de préparation opérationnelle que nous assurons avant et après le déploiement au Canada et à l'étranger, il faudrait ajouter une demande supplémentaire — mais d'un autre côté, peut-on abandonner à leur sort les familles des militaires déployés? Il y aurait donc une augmentation de la pression et du stress occasionnés par les exigences du déploiement.

Le président: C'est l'opposition officielle qui pose la dernière question du deuxième tour. Vous y renoncez?

On commence donc le troisième tour par l'opposition officielle suivi du parti ministériel.

Laurie, si vous avez quelque chose à rajouter, il vous reste encore du temps.

M. Laurie Hawn: Et si on parlait de quelque chose de réconfortant?

Commodore, nous avons participé vous et moi à une récente levée de fonds à Edmonton pour une organisation appelée Fisher House. Pouvez-vous nous parler un peu de Fisher House?

•(1655)

Cmdre M. F. Kavanagh: J'ai eu l'occasion de visiter Kandahar en mai et Landstuhl en Allemagne. J'ai donc vu les deux installations. Le chirurgien général s'y rendra au cours de la prochaine année.

Au début de notre chaîne d'évacuation, notre installation à Kandahar est un hôpital en contreplaqué, mais il fournit des soins de premier ordre. Ils y font des choses fantastiques. Les Américains nous fournissent aussi une chaîne d'évacuation. Des services de soins intensifs se trouvent en arrière des avions. Lorsque les blessés arrivent à Landstuhl, ils reçoivent également des soins hors pair. Si un patient reste à Landstuhl assez longtemps ou si sa blessure est grave — d'habitude, un patient reste longtemps parce que sa blessure est grave — alors on fait venir sa famille.

Fisher House ressemble à la maison de Ronald McDonald, que vous connaissez peut-être au Canada. On y trouve un endroit où loger, du soutien et de la nourriture. Fisher House se trouve sur une base américaine, ce qui représente un environnement amical adapté à la réalité culturelle. Cela réduit le stress auquel fait face la famille, surtout lorsqu'elle n'a jamais été en Allemagne, ne parle pas allemand, et ne comprend pas la culture. De plus, le foyer se trouve à une distance de marche de l'hôpital. Les membres de notre personnel sont traités exactement de la même manière que les Américains qui utilisent cette installation. Ils réconfortent les blessés et leur famille, et s'en occupent.

Ces foyers se retrouvent sur plusieurs bases américaines. Le foyer a d'abord été mis sur pied par un homme et une femme dont le nom de famille était Fisher. Il s'agissait au début d'une oeuvre caritative lancée par deux Américains prospères. Après leur mort, ils ont laissé une fondation pour qu'on continue de faire fonctionner les foyers. Le réseau est en train de s'élargir. Les foyers sont désormais financés grâce à des levées de fonds.

Dans mon ancienne unité à Edmonton, la 1^{re} Ambulance de campagne — j'étais le commandant sous la direction du général Cox...

Le président: Ce général Cox?

Cmdre M. F. Kavanagh: Ce général Cox.

M. Laurie Hawn: Je vous avais dit qu'il s'agissait d'une histoire réconfortante.

Cmdre M. F. Kavanagh: Le caporal-chef Franklin, qui a déjà comparu, est un infirmier dans cette unité. L'unité a pris sur elle de faire une levée de fonds pour les foyers. Ils ont recueilli environ 80 000 \$ pour l'organisation. Le chef d'état-major, ainsi que certaines victimes et leur famille, iront au début du mois prochain remettre l'argent à l'organisation et féliciter Fisher House et le Centre médical régional de Landstuhl.

Le président: Merci.

Monsieur Bachand.

[Français]

M. Claude Bachand: Merci, monsieur le président.

Ma question s'adresse probablement à vous, madame Jaeger. Je vois que vous êtes un peu la responsable de la liaison sur le plan des discussions avec d'autres pays qui forment l'OTAN. Je suppose qu'il existe des protocoles de traitement et toutes sortes de choses que vous examinez avant d'établir les politiques. Ce qui m'intéresse, c'est surtout la relation entre vous, le ministère de la Défense nationale et celui des Anciens Combattants. Mon propos se rapporte aux soldats qui vont se retrouver, par exemple, retirés du service. Il y a des soldats qui sont retirés du service à cause d'une incapacité physique ou mentale. À partir du moment où ils sont retirés du service, si je comprends bien, le ministère de la Défense nationale n'a plus rien à voir avec ces soldats. Leurs dossiers sont remis au ministère des Anciens Combattants.

Bgén Hilary Jaeger: C'est la vérité, mais le processus commence avant que le soldat ne soit retiré du service.

Tout dépend du cas. Nous avons un système de gestion de cas qui s'occupe des gens qui ont des problèmes médicaux ou de santé mentale chroniques. Dès qu'il devient apparent qu'ils ne peuvent pas rester dans les Forces canadiennes, les agents de gestion de cas sont impliqués et commencent les discussions avec le ministère des Anciens Combattants pour assurer le suivi de la personne, pour s'assurer que l'ancien soldat connaît et comprend tous les avantages auxquels il a droit comme ancien combattant canadien. C'est un processus qui commence au moins six mois avant la libération du membre des Forces canadiennes, parfois même un an et un an et demi avant sa libération.

M. Claude Bachand: D'accord. Je comprends que le processus commence un an avant la libération. Cependant, dès que les Forces canadiennes signent la libération du soldat, légalement, votre travail s'arrête et c'est maintenant entre les mains du ministère des Anciens Combattants. Est-ce bien cela?

•(1700)

Bgén Hilary Jaeger: C'est bien cela, mais nous avons un projet conjoint de soins de santé mentale avec le ministère des Anciens Combattants.

[Traduction]

Pour plus de clarté, je m'exprimerai en anglais aujourd'hui afin de ne pas sembler incohérent.

Le projet vise à mettre sur pied un système de cliniques au Canada, qui seraient administrées par les Forces canadiennes ou par Anciens combattants Canada. Qu'il s'agisse d'un membre des forces armées, d'un ancien combattant, d'un agent de la GRC ou d'un membre retraité de la GRC, ces personnes ont tous accès aux cliniques. Elles ont accès aux cliniques les mieux placées pour répondre à leurs besoins. Si un membre des Forces canadiennes prend sa retraite et reste à Ottawa, où nous avons une clinique, il continuera à fréquenter cette même clinique. S'il prend sa retraite et déménage à Montréal, il devra aller à l'hôpital Sainte-Anne pour recevoir des soins.

[Français]

M. Claude Bachand: C'est un projet commun avec le ministère des Anciens Combattants qui a trait seulement aux maladies mentales. Qu'advient-il de ceux qui ont des maladies physiques permanentes et qui ne peuvent être réintégrés dans les forces? Est-ce seulement le ministère des Anciens Combattants qui s'occupe d'eux?

Bgén Hilary Jaeger: Après leur libération, oui.

M. Claude Bachand: C'est le cas après leur libération.

Pourquoi avez-vous porté une attention particulière aux soins de santé mentale? Il y a souvent des cas où des gens ont été retirés du service pour des incapacités physiques et qui se plaignent du mauvais traitement qu'ils reçoivent du ministère des Anciens Combattants. Ces gens-là sont un peu dépourvus. Dans la perspective des champs de compétence, souvent, ces gens dont le ministère des Anciens Combattants est responsable reçoivent des soins de la part d'institutions provinciales. Ce sont donc les provinces qui sont aux prises avec les problèmes.

N'y a-t-il pas moyen de mettre sur pied une sorte de comité un peu similaire à celui portant sur la santé mentale, qui s'occuperait des limitations physiques?

Bgén Hilary Jaeger: On a décidé d'agir sur les questions de santé mentale parce que la continuité des soins est très importante dans ces cas.

M. Claude Bachand: Oui, c'est un gros problème.

Bgén Hilary Jaeger: Il est préférable que les mêmes institutions continuent à fournir les soins à ces personnes après leur libération.

Pour ce qui est des autres questions, personne ne nous a demandé quoi que ce soit.

[Traduction]

En ce qui concerne les sphères de compétence, à l'heure actuelle, nous n'avons pas de responsabilité après que le membre a pris sa retraite. Il nous quitte avec une carte d'assurance-maladie provinciale. À leur départ, la responsabilité première de ce qui leur arrive ne nous incombe plus, mais appartient au système provincial de soins de santé. Toutefois, lorsqu'ils sont admissibles, Anciens combattants Canada leur offre un paiement additionnel ou leur prodigue des soins de santé supplémentaires.

Le président: Merci.

Monsieur Blaney, c'est à vous.

[Français]

M. Steven Blaney: Beaucoup de questions ont été posées et je vais essayer de faire en sorte que les miennes ne soient pas redondantes.

J'aimerais avoir une petite précision. Géographiquement, à quel endroit le Fisher House est-il situé?

[Traduction]

Cmdre M. F. Kavanagh: Le foyer auquel nos soldats ont accès est situé à Landstuhl en Allemagne, mais il y en a dans un grand nombre des grandes bases de l'armée, de la marine et de l'aviation et dans les centres administrés par le ministère des Anciens combattants. Cela dépend essentiellement de la taille de la base où ces foyers sont situés. J'ai vu une carte où étaient indiqués tous les emplacements. Il y en a 24, mais celui que nous utilisons le plus fréquemment se situe à Landstuhl en Allemagne.

[Français]

M. Steven Blaney: Pour les familles qui restent sur le terrain, il y a les centres de ressources pour les familles des militaires. Il y en a sûrement un à Valcartier.

Il y a maintenant près de 2 500 soldats qui se préparent à partir. Y a-t-il des activités prévues pour préparer les familles à une absence prolongée des conjoints? Y a-t-il un programme pour tous ou cela se fait-il davantage sur une base individuelle?

Bgén Hilary Jaeger: Il y a sûrement des activités. Il y a aussi un système qu'on appelle en anglais *a rear party*. Toutes les unités qui font une rotation ont un *rear party*. C'est un groupe de soldats qui restent sur la base et qui s'occupent de faire la liaison entre les membres des familles.

Les programmes pour les familles sur la base sont la responsabilité du Centre de ressources pour les familles et de la chaîne de commandement. Ce n'est pas la nôtre.

• (1705)

M. Steven Blaney: Cela relève-t-il de vos services comme tels?

Cmdre M. F. Kavanagh: Non, pas directement.

M. Steven Blaney: Vous vous occupez plutôt des services de santé, qui sont complémentaires. D'accord, je comprends.

Au sujet de la toxicomanie, avez-vous des programmes ou des mesures particulières en place — peut-être que le sujet a déjà été abordé — et cela représente-t-il un défi que de réduire ou d'éliminer les problèmes?

Bgén Hilary Jaeger: Me posez-vous cette question en référence au testing que nous avons mené récemment ou en général?

M. Steven Blaney: De façon plus générale.

Bgén Hilary Jaeger: Nous avons un programme très élaboré pour traiter la toxicomanie. Auparavant, nous recourions presque uniquement à une thérapie de 28 jours. Les gens étaient hospitalisés afin de suivre une cure de 28 jours. À présent, c'est plus personnalisé.

[Traduction]

Le traitement est plus personnalisé et il y a des interventions de sensibilisation par divers chefs hiérarchiques avant que nous recourions aux cures de 28 jours avec hospitalisation. Il y a dans toutes les bases des conseillers en toxicomanie.

[Français]

M. Steven Blaney: Y a-t-il du dépistage qui se fait? Comment s'y prend-t-on pour détecter les problèmes de toxicomanie?

Bgén Hilary Jaeger: Ça dépend. Le questionnaire dont je parlais un peu plus tôt inclut des questions sur la toxicomanie, mais les gens peuvent nous être envoyés à la suite d'un incident, par exemple s'ils ont été arrêtés pour conduite en état d'ébriété. La chaîne de commandement va les envoyer chez nous pour être...

M. Steven Blaney: Dans les forces régulières, lorsque ce n'est pas en prévision d'une mission, y a-t-il des programmes de dépistage ou de prévention qui sont offerts?

Bgén Hilary Jaeger: Je ne sais pas si j'ai bien compris votre question.

M. Steven Blaney: Je me demande simplement s'il existe des programmes de prévention ou de dépistage des problèmes de toxicomanie en général, sans que ce soit lié à la préparation d'une mission.

Bgén Hilary Jaeger: Lié à des missions...

M. Steven Blaney: Il peut ne pas y en avoir. C'est vous qui le savez.

[Traduction]

Bgén Hilary Jaeger: Nous avons divers programmes de sensibilisation. Chaque unité est censée offrir tous les ans à ses membres une conférence sur la prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie...

Le Gén Cox fait la grimace; il a sans doute assisté à un trop grand nombre de ces conférences tout au long de sa carrière.

Il y a des activités permanentes de sensibilisation et d'éducation. Je crois que ces activités ont eu un certain succès puisque les mess restent vides et les gymnases sont toujours pleins. La vie dans les mess des Forces canadiennes est beaucoup moins grouillante qu'elle ne l'était et le financement non public l'illustre bien.

Nous avons donc fait quelques progrès, au point que les niveaux de toxicomanie sont à peu près comparables à ceux de la population civile au Canada.

[Français]

M. Steven Blaney: Merci.

[Traduction]

Le président: Avant que nous ne passions à quelqu'un d'autre, j'aimerais poser une question.

Quand nous parlions des conjoints des militaires de la base des Forces canadiennes à Edmonton, quelqu'un a dit que la plupart des conjoints qui rentraient au pays souffraient d'hypertension. Est-ce commun?

Bgén Hilary Jaeger: C'est la première fois que j'en entends parler. Je vais demander aux responsables de la base d'Edmonton comme ils expliquent ce phénomène. Je ne connais aucune raison physiologique qui pourrait l'expliquer.

Le président: C'est un commentaire qui a été formulé par l'une des épouses. Je croyais que vous étiez au courant du problème.

Bon, les députés de l'opposition officielle n'ont plus de questions, les députés ministériels non plus, de sorte que j'accorde la parole au Nouveau Parti démocratique.

• (1710)

M. David Christopherson: Noël doit approcher.

Merci, monsieur le président.

L'eau potable pose-t-elle un problème permanent grave? Si oui, pouvez-vous nous décrire certains des défis que vous devez relever et des moyens que vous mettez en oeuvre pour y parvenir?

Bgén Hilary Jaeger: Je devrai me renseigner et vous transmettre ultérieurement les détails, mais je peux vous dire que c'est un grave problème partout où nous allons, pour chacune de nos missions. L'accès à l'eau est une priorité. On ne peut pas procéder aux opérations sans cela.

Par exemple, le climat de l'Afghanistan est très sec en été, il fait très chaud et les militaires transportent énormément de matériel. S'ils ne sont pas bien hydratés, ils se trouvent rapidement en difficulté. Si l'eau n'est pas potable, cela a aussi des conséquences.

Quant à savoir quelles mesures nous prenons en Afghanistan, soit utiliser nos propres systèmes de filtration par osmose inverse, soit utiliser de l'eau en bouteille, je ne pourrais pas vous le dire, monsieur.

M. David Christopherson: Cela n'a pas eu d'effet débilantant jusqu'à maintenant.

Bgén Hilary Jaeger: Cela n'a pas causé de maladies ou de décès.

M. David Christopherson: Pas encore.

Cmdre M. F. Kavanagh: Nous déployons dans le cadre de toutes nos missions des techniciens en médecine préventive. Et on vérifie la qualité de l'eau et on s'occupe du contrôle des maringouins et d'autres mesures sanitaires, et tout le reste. Ils recensent tout ce qui pourrait nous causer des problèmes de façon régulière.

M. David Christopherson: Vous nous avez dit plus tôt que si vous deviez procéder à un recomplètement, vous le feriez parmi les effectifs au Canada et vous veilleriez à ce que les services sanitaires de première ligne soient assurés en Afghanistan. Mais s'il devait y avoir une autre mission, seriez-vous en mesure d'assurer des services médicaux adéquats en Afghanistan et ici au Canada et en même temps de déployer les services voulus dans le cadre d'une autre mission? Seriez-vous obligés de vous prononcer contre la participation à cette nouvelle mission étant donné les risques élevés et les services médicaux qui seraient requis? Si vous ne pouviez choisir cette option, comment feriez-vous pour répondre à la demande? Quelles mesures prendriez-vous?

Cmdre M. F. Kavanagh: Comme je l'ai dit dans mon exposé liminaire, il nous faudrait d'abord déterminer la nature de la mission: où elle sera menée, quelles tâches nous seront confiées, l'importance de la mission et autres choses du genre. De nombreux facteurs entrent en ligne de compte. Nos alliés y seront-ils? Ont-ils des ressources sur place? Il nous faudrait, dans tous les cas, connaître les réponses à toutes ces questions avant de nous prononcer.

Pourrions-nous participer à une autre mission comparable à celle en Afghanistan en disposant des mêmes capacités? Non. Pourrions-nous faire autre chose? Oui. Cela dépendrait de l'endroit où se déroulerait la mission, des tâches qui nous seraient confiées et de la participation de nos alliés.

M. David Christopherson: Que faites-vous quand on vous annonce une mission ou qu'on vous demande d'évaluer vos capacités en vue d'une participation éventuelle à cette mission? Étant donné vos limites de capacité, quelles démarches feriez-vous si on vous annonçait une nouvelle mission? Par quoi commenceriez-vous?

Cmdre M. F. Kavanagh: Nous ne sommes pas les seuls à intervenir. Il y a toujours un processus de planification opérationnelle. Il en va de même dans les armes de combat. L'armée, la marine et la force aérienne font la même planification. La collectivité de l'appui logistique effectue la même planification. Ces missions sont toutes analysées par le personnel supérieur d'état-major et nous formulons nos propres observations sur la mission à laquelle on nous demande de participer. La décision de participer ou non à la mission est prise par d'autres. Ils ne prennent pas cette décision à la légère. Toutes les observations sont prises en compte.

Nous avons tous les deux été appelés à donner des conseils opérationnels au personnel supérieur de l'état-major sur les services médicaux et nous leur avons dit exactement ce que nous étions en mesure de faire à ce moment-là.

M. David Christopherson: Vous avez dit que vous déployez des trésors d'imagination pour attirer des médecins, notamment que vous avez signé des contrats avec des civils et offert des gratifications à la signature du contrat. Quel est le montant de la gratification, en passant?

Cmdre M. F. Kavanagh: Elle est de 80 000 \$ pour deux ans et de 225 000 \$ pour quatre ans, dans le cas des médecins.

M. David Christopherson: Ça c'est la gratification. Quel est le montant de la rémunération?

Cmdre M. F. Kavanagh: Cela dépend.

Bgén Hilary Jaeger: La rémunération est de 135 000 \$ au premier niveau pour les capitaines et augmente de façon assez abrupte aux échelons successifs.

Cmdre M. F. Kavanagh: Cela dépend si vous êtes recruté comme médecin généraliste d'expérience ou comme spécialiste. La rémunération de base est offerte à quelqu'un qui sort de l'école de médecine ou vient de terminer la résidence et n'a pas d'expérience.

M. David Christopherson: J'ai cru comprendre que vous fouillez dans tout le Canada. Vous le faites sans doute dans le monde entier.

Ce n'est pas une question piège mais à Hamilton, où j'habite, il y a un groupe qui travaille de concert avec le conseil municipal, la Chambre de commerce et l'académie locale pour inciter... Nous avons besoin de médecins de famille, sans doute comme c'est le cas dans toutes les collectivités représentées autour de cette table.

Si vous ne pouvez me donner de réponse, je vais l'accepter. Je suis tout simplement curieux.

Étant donné les moyens dont disposent les Forces canadiennes comparativement à Hamilton, cela nous laisse peu d'espoir. Nous tentons d'attirer des médecins de famille et d'autres médecins dans nos collectivités alors même que les Forces canadiennes utilisent tous les outils dont elles disposent pour attirer ces mêmes médecins. Cela crée des problèmes au Canada, n'est-ce pas? La concurrence est très vive entre les collectivités et cela ne nous plaît pas, mais c'est la réalité. Je sais maintenant qu'il y a aussi la concurrence des Forces canadiennes.

• (1715)

Bgén Hilary Jaeger: Je n'aime guère le fait qu'au Canada il faut déshabiller Pierre pour habiller Paul en ce qui a trait aux professionnels de la santé. Nous déplorons la situation, mais nous avons nos propres responsabilités.

L'Association médicale canadienne compte environ 60 000 membres, ce qui donne une idée approximative du nombre de médecins qu'il y a au Canada. Nous avons 180 médecins de sorte que nous avons une faible incidence sur la disponibilité des profession-

nels de la santé au Canada. Il nous est arrivé à l'occasion d'être en concurrence avec nous-mêmes. Pour pouvoir embaucher les civils dont nous avons besoin, nous avons dû leur offrir une rémunération si généreuse que dans certains cas, nos médecins ont choisi de redevenir des civils. Cela ne nous a guère avancés.

Nous sommes sensibles à ce genre de problèmes, mais nous croyons offrir aux Canadiens un service précieux. Quand nos membres quittent les Forces, après avoir servi le minimum d'années, ou quand ils prennent leur retraite après 15 ou 20 ans de service, ils vont enrichir le système de soins de santé du Canada.

M. David Christopherson: Cela ne fait aucun doute. Je connais une infirmière qui, à la fin de la trentaine, est entrée dans la marine, je crois. Elle est maintenant médecin à Hamilton. Elle a terminé son service et travaille maintenant en médecine familiale.

Les Forces canadiennes tentent-elles de reconnaître les titres de compétences des professionnels de la santé formés à l'étranger qui sont réputés être des médecins ailleurs dans le monde mais qui n'obtiennent pas encore cette reconnaissance au Canada? Y a-t-il au sein des forces armées une procédure indépendante de reconnaissance des titres de compétences?

Cmdre M. F. Kavanagh: Nous cherchons toujours à recruter des médecins qui ont les qualifications requises. Nous acceptons des diplômés étrangers, mais nous avons une procédure d'évaluation qui est la même que dans le civil. Nous ne faisons pas nous-mêmes l'évaluation. S'agissant des professionnels de la santé, nous travaillons toujours en partenariat avec une institution canadienne, qu'il s'agisse d'une université ou d'un programme de formation en particulier. Nous avons utilisé le programme de McMaster. Nous avons aussi mis à profit le programme de l'Université de l'Alberta et de l'Université de la Colombie-Britannique. Nous faisons souvent appel à eux pour qu'ils évaluent les qualifications des candidats ou pour qu'ils nous disent s'ils ont besoin d'un complément de formation où nous pouvons les envoyer pour l'obtenir.

Bgén Hilary Jaeger: Nous avons besoin de médecins autorisés à pratiquer, mais nous ne contrôlons pas le processus d'agrément.

Le président: Quelqu'un a-t-il une courte question à poser?

M. Bachand, et nous leverons la séance.

[Français]

M. Claude Bachand: Une statistique qu'on regarde toujours, dans le cadre d'un conflit, c'est le nombre de décès. En date de ce matin, ils se chiffraient à 44. Cependant, on parle rarement des blessés. J'aimerais vous poser trois courtes questions à ce sujet.

D'abord, que considérez-vous comme une blessure? Est-ce qu'un individu qui se fait accidentellement une entaille avec un couteau de cuisine en cuisinant là-bas est un blessé?

Ensuite, combien a-t-on enregistré de blessés jusqu'à maintenant en Afghanistan?

Enfin, il doit y avoir une cote qui indique la gravité des blessures et fait la distinction entre les blessures mineures, de gravité moyenne et majeures.

Pourriez-vous nous fournir des données sur ces trois sujets?

[Traduction]

Bgén Hilary Jaeger: Merci, monsieur.

Je vais à nouveau répondre en anglais dans l'intérêt de ma santé mentale et par souci de clarté.

Quand nous examinons les statistiques relatives au théâtre des opérations, nous utilisons diverses catégories établies selon la nature des traumatismes subis par les militaires. Ils peuvent être tués au combat, et par définition cela signifie essentiellement parce qu'ils ont été vus par le personnel médical, qu'il n'y avait plus de signes vitaux. Le personnel médical n'a pu que constater le décès.

Il y a aussi ceux qui sont décédés des suites de leurs blessures, statistique que l'on entend peu souvent. Il s'agit de personnes qui succombent à leurs blessures après avoir reçu des soins des professionnels de la santé.

Il y a ceux qui sont blessés au combat et l'expression se passe presque d'explications : ils sont blessés lors d'un contact direct avec un adversaire. La blessure n'est pas nécessairement due à une balle, un éclat d'obus ou une explosion. Cela peut signifier que le véhicule dans lequel la personne prenait place a quitté la route, a fait un tonneau ou a été impliqué dans un accident de la route: la personne est néanmoins blessée au combat.

L'autre grande catégorie englobe la maladie et les blessures autres que celles subies au combat. Ici encore, pas besoin d'explications. Une personne devient malade, et n'est pas blessée, ou elle est blessée en faisant une promenade, en tombant dans la douche, en se coupant avec un couteau dans la cuisine. Ce serait des blessures autres que celles subies au combat. Dans nos statistiques, il y a eu 171 blessés au combat et je ne crois pas que cela inclut la maladie et les blessures autres que celles subies au combat.

• (1720)

Cmdre M. F. Kavanagh: Non, elles ne sont pas incluses.

Bgén Hilary Jaeger: Les chiffres pour les maladies et les blessures autres que celles subies au combat sont beaucoup plus élevés.

M. Claude Bachand: Plus élevés?

Bgén Hilary Jaeger: Il peut s'agir de troubles de santé mineurs où la personne reste sur place et reprend ensuite son service. Il peut s'agir d'un rhume.

Cmdre M. F. Kavanagh: Depuis que nous tenons des statistiques, la moyenne est d'environ 80 p. 100.

Bgén Hilary Jaeger: Je n'hésiterais pas à dire que c'est au moins ça.

Cmdre M. F. Kavanagh: Au moins 80 p. 100 de maladies et de blessures autres que celles subies au combat. Les gens continuent d'avoir la grippe, ou le rhume, de se tordre une cheville en jouant au hockey en salle. Ils s'adonnent à de telles activités, même en zones de guerre, mais cela entre dans la catégorie des maladies et des blessures autres que celles subies au combat. Oui, nous en aurions eu beaucoup plus que 171; c'est naturel et c'est à prévoir.

Bgén Hilary Jaeger: À titre d'exemple, les chiffres exacts... Nous venons de recevoir la première moitié des statistiques pour la rotation en cours et ils ont eu plus de 2 500 visites à la salle d'examen médical. Il s'agit de maladies ou de blessures autres que celles subies au combat tandis qu'il y a eu 220 interventions chirurgicales et, comme nous l'avons déjà mentionné, 171 blessés au combat. Ceux qui travaillent à la clinique font jour après jour des interventions qui n'ont rien d'exceptionnel.

Le président: Merci d'être venus aujourd'hui.

Avant que le comité ne se réunisse à huis clos pour entendre le prochain témoin, je tiens à expliquer aux membres du comité que le prochain témoin devait comparaître mercredi mais qu'il a eu un empêchement. Nous avons donc décidé de le faire venir ce soir. Je suis désolé que nous ayons à prolonger la séance d'une heure mais cela vous libérera mercredi. Il n'y aura pas de séance mercredi.

Merci à nos deux témoins. Votre témoignage a été très intéressant et nous espérons vous revoir. Le nombre de questions témoigne de l'intérêt que soulève cette question. Le bien-être de nos militaires, hommes et femmes, soit en Afghanistan ou au pays, nous intéresse au plus haut point.

Nous vous remercions de vos témoignages.

La séance est suspendue pendant quelques minutes.

[La séance se poursuit à huis clos.]

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

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

**Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :
Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address:
<http://www.parl.gc.ca>**

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

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