



Chambre des communes  
CANADA

## Comité permanent de la défense nationale

---

NDDN • NUMÉRO 013 • 2<sup>e</sup> SESSION • 39<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le jeudi 14 février 2008**

**Président**

M. Rick Casson

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

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

## Comité permanent de la défense nationale

Le jeudi 14 février 2008

• (1535)

[Traduction]

**Le président (M. Rick Casson (Lethbridge, PCC)):** Nos témoins sont arrivés. Nous avons le quorum. La séance est donc ouverte.

Aujourd'hui marque la 13<sup>e</sup> réunion organisée par le comité conformément à sa motion prévoyant une étude des services de santé assurés au personnel des Forces canadiennes, en particulier dans le cas des troubles de stress post-traumatique.

Nous accueillons aujourd'hui le Commandant Briggs, conseiller médical du Chef d'état-major des Forces maritimes; le Colonel Darch, conseiller médical du Chef d'état-major de l'Armée de terre; et le Capitaine Courchesne, conseiller médical du Chef d'état-major de la Force aérienne. Bienvenue à vous tous.

La procédure normale en comité consiste à vous inviter à faire un exposé liminaire. Je crois savoir que vous avez tous les trois des remarques à faire, et nous y consacrerons le temps nécessaire. Ensuite nous ouvrirons la période des questions.

Si j'ai bien compris, Commandant, c'est vous qui allez commencer. Vous avez donc la parole.

**Captif R.P. Briggs (conseiller médical du Chef d'État-major des Forces maritimes, ministère de la Défense nationale):** Merci.

Je voudrais commencer par remercier le comité de m'avoir invité à comparaître afin de discuter des services de santé et de soutien assurés aux membres des Forces maritimes.

Mais, permettez-moi de me présenter : je suis le Commandant Rob Briggs. Au cours de ma carrière, j'ai surtout travaillé dans l'environnement maritime, même si j'ai passé une période considérable au sein de l'armée de terre. J'ai été déployé dans les deux environnements et j'ai également mené à bien des études supérieures dans le domaine de la santé publique et de la médecine hyperbare — c'est-à-dire la médecine de plongée et sous-marine.

Mon titre actuel est directeur, Services de santé des Forces maritimes et conseiller médical du Chef d'état-major des Forces maritimes. Mes principales tâches sont les suivantes : je dispense des conseils professionnels, techniques ou cliniques au Chef d'état-major des Forces maritimes sur tous les aspects du soutien aux services de santé du point de vue du personnel, des plates-formes, de l'équipement et des opérations de la Marine. Ainsi j'agis à titre de responsable auprès du Chef d'état-major des Forces maritimes pour toute question liée à la santé professionnelle.

Dans mon rôle de directeur des Services de santé des Forces maritimes, je joue le rôle de défenseur en vue de m'assurer que le groupe centralisé des services de santé des Forces canadiennes répond aux besoins en matière de santé de la Marine. Je dispense également des conseils au Médecin-chef et au personnel supérieur des services de santé des Forces canadiennes sur les priorités et l'orientation stratégique de la Marine du point de vue de leur

incidence sur la prestation actuelle et future des services de santé et la protection de la santé des membres des Forces canadiennes.

Je suis le conseiller supérieur auprès du Médecin-chef sur toute question liée à la santé professionnelle des membres de la Marine, y compris sur la médecine de plongée et sous-marine. Je suis une sorte d'intermédiaire clinique, si vous voulez, entre le Médecin-chef et les médecins-chefs régionaux, basés à Esquimalt et Halifax, pour toutes les questions d'ordre clinique. Le cas échéant, je modifie la politique des SSFC et dispense des conseils sur la prestation des programmes en fonction des besoins opérationnels et professionnels de la Marine.

Il importe de comprendre que j'exerce des fonctions d'état-major et non pas d'exécution au sein des Forces maritimes et du quartier général du Groupe des services de santé des Forces canadiennes. Je veux dire par là que je ne suis pas le commandant des centres de santé des Forces canadiennes sur l'une ou l'autre côte. Ces derniers sont administrés par des responsables cliniques qui relèvent soit du Groupe des services de santé d'Esquimalt — situé à Edmonton — ou de l'un des quatre quartiers généraux du Groupe des services de santé de Halifax — situé à Montréal.

En tant qu'officier d'état-major, je suis chargé de contrôler les aspects professionnels, techniques et cliniques des programmes de santé et de la prestation des soins de santé par l'ensemble du personnel assurant des soins opérationnels ou de préparation opérationnelle au personnel de la Marine.

Par le passé, la Marine a généralement joué un rôle important dans la défense de la souveraineté et de la sécurité canadiennes et la présentation à l'étranger des objectifs de la politique étrangère canadienne. Depuis 1990, la Marine participe à de nombreuses missions de l'ONU et de l'OTAN dans le sud-ouest de l'Asie, en Somalie, en Haïti, dans la zone de la mer Adriatique, au Timor oriental, et en vue d'aider nos voisins du Sud suivant les effets dévastateurs des ouragans. De plus, la Marine est intervenue dans différents contextes nationaux, y compris lors des opérations de récupération qui a suivi l'écrasement de l'avion de Suisse Air, l'arraisonnement du GTS *Katie*, la répression du trafic de drogues, les patrouilles de surveillance des activités de pêche, etc.

Comme vous le savez, la Marine joue un rôle capital dans les opérations des Forces canadiennes depuis les événements du 11 septembre. Dans le cadre de l'Opération Apollo, le Canada a déployé vers l'Asie du Sud-Ouest 15 grands bâtiments de guerre sur les 17 que nous possédons, ce qui constitue 96 p. 100 de nos affectations en mer. D'ailleurs, la Marine y assure encore une présence. Le NCSM *Charlottetown* y est actuellement déployé, et le NCSM *Toronto* est récemment revenu d'un déploiement opérationnel dans cette zone.

De plus, des renforts exécutent à présent des tâches importantes en Afghanistan. Sur une base quotidienne, des plongeurs, des mineurs, des membres de l'équipe d'arraisonnement des navires, l'équipe des aéronefs Sea King et des experts en neutralisation des explosifs et munitions mettent leurs vies en danger au nom du Canada.

Il importe que le comité comprenne que le personnel de soutien des services de santé à bord d'une frégate ou d'un destroyer en mer est au nombre de deux : un adjoint de médecin et un technicien médical. Comme le navire peut être à sept jours de la terre quand un problème se présente, ces deux membres du personnel doivent être très bien formés, bien équipés et posséder une capacité de réflexion indépendante. Il est évident qu'ils ont de lourdes responsabilités et constituent de précieux actifs pour les SSFC et la Marine.

Plusieurs éléments rehaussent la capacité de la Marine d'assurer à son personnel le soutien approprié des services de santé. Je vais me contenter d'en mentionner seulement un ou deux.

La pratique de la Marine consistant à maintenir des divisions de port d'attache permet d'assurer de la stabilité et du soutien aux membres de la famille des marins qui sont en déploiement ou sont absents pour suivre des cours.

• (1540)

Le personnel de la Marine bénéficie énormément de soutien de la part de la chaîne de commandement de la Marine aux niveaux supérieurs de l'organisation, du commandant de formation sur chaque côte et du chef d'état-major des Forces maritimes, de qui relèvent en fin de compte la santé et le bien-être des marins, des soldats et des aviateurs.

Si je rappelle ces éléments aux membres du comité, c'est parce qu'il importe d'insister sur la nécessité, quelles que soient les recommandations découlant de l'excellent travail du comité, de faire participer la Marine et de s'assurer que les besoins de la Marine sont pris en compte dans ses recommandations.

Je suis maintenant à votre disposition pour répondre à vos questions, quand mes collègues auront fini leurs exposés liminaires.

Merci beaucoup.

**Le président:** Je vous remercie.

C'est à qui maintenant?

Vous avez la parole.

**Captv M.E.C. Courchesne (conseiller médical du Chef d'État-major de la Force aérienne, ministère de la Défense nationale):** Monsieur le président et membres du comité, je suis le Captv Cyd Courchesne, conseiller médical du Chef d'état-major de la Force aérienne et directeur de la Médecine aérospatiale au sein des Forces canadiennes.

Je voudrais, tout d'abord, vous fournir quelques renseignements à mon sujet et vous expliquer le rôle et les responsabilités rattachés à mon poste. Je suis omnipraticien de métier et je me suis engagé dans les Forces canadiennes à titre de médecin militaire généraliste pour ensuite faire des études supérieures en médecine aéronautique. J'ai passé la majeure partie de ma carrière à assurer des services de soutien à la Force aérienne. J'ai commencé ma carrière comme médecin de l'air à Cold Lake, en Alberta, et ai gravi les échelons au fil des ans pour être finalement nommé au poste de conseiller médical du Chef d'état-major de la Force aérienne.

Même si vous pouvez trouver étrange que je m'acquitte de mes responsabilités en portant l'uniforme de la Marine, cette façon de faire est le simple reflet de la capacité interarmées des Forces canadiennes.

Comme mes collègues ici présent, de façon générale, j'assure la liaison entre la Force aérienne et le Groupe des services de santé. Je dispense des conseils au Chef d'état-major de la Force aérienne ainsi qu'à son personnel sur des questions médicales, et je suis le point de contact pour le personnel du Commandement des Forces aériennes sur toute question liée aux services de santé. De même, je suis chargé de fournir, au Commandant des services de santé et à notre personnel supérieur, des conseils et des renseignements et de les tenir au courant de la situation de la Force aérienne et de problèmes qui la concernent.

De plus, je joue un rôle de direction auprès de tous les médecins régionaux en leur assurant des conseils professionnels et techniques sur toute question liée au soutien de la médecine aéronautique, même si ces derniers ne relèvent pas directement de moi. Ainsi je suis un officier supérieur d'état-major au sein du Groupe des services de santé, et je représente le Canada au sein de groupes de travail internationaux examinant des questions liées à la médecine militaire et aéronautique.

Ainsi je ne joue aucun rôle direct dans la prestation des services de santé au niveau clinique ou dans le cadre des déploiements, ni dans le domaine de la santé mentale, que ce soit au niveau des programmes, des politiques ou de la prestation des services.

En tant que directeur de la Médecine aéronautique, je suis généralement responsable de la formulation des doctrines, des plans stratégiques et des politiques touchant le soutien des services de santé dans le contexte des opérations aériennes. Je suis chargé notamment de l'élaboration des normes et des politiques médicales touchant les équipages d'aéronefs au nom du Chef d'état-major de la Force aérienne et pour l'ensemble des Forces canadiennes.

Je suis également titulaire du poste de conseiller médical auprès de l'autorité chargée de la navigabilité en vertu de la Loi sur l'aéronautique, et il se trouve qu'il s'agit du Chef d'état-major de la Force aérienne.

[Français]

Je répondrai avec plaisir à vos questions en français ou en anglais. Merci.

[Traduction]

**Le président:** Merci beaucoup.

Vous avez la parole, Colonel.

**Col A.G. Darch (conseiller médical du Chef d'État-major de l'Armée de terre, ministère de la Défense nationale):** Monsieur le président et membres du comité, je tiens à vous remercier de m'avoir invité à comparaître devant vous aujourd'hui.

Je suis le Colonel Allan Darch, conseiller médical du Chef d'état-major de l'Armée de terre.

Je voudrais commencer par vous expliquer brièvement mes antécédents, de même que le rôle et les responsabilités rattachés au poste que j'occupe actuellement. Je tiens à préciser que je ne joue pas de rôle direct dans la prestation des services de santé mentale, et que je n'ai aucune responsabilité précise à l'égard des traumatismes liés au stress ou du SSPT.

S'agissant de ma formation médicale, je suis omnipraticien de métier, et j'ai consacré la majeure partie de ma carrière à assurer des services de soutien médical à l'Armée de terre. Au cours de ma carrière, j'ai été déployé à quatre reprises sur le théâtre d'opérations. La première fois, j'étais médecin militaire de l'unité, rattaché à un bataillon d'infanterie mécanisé — d'ailleurs, je suis ravi de revoir aujourd'hui mon premier commandant, le Général Cox. Petit à petit, j'ai gravi les échelons pour occuper mon poste actuel, soit conseiller médical du Chef d'état-major de l'Armée de terre.

De façon générale, j'assure la liaison entre l'Armée de terre et le Groupe des services de santé. Je suis chargé plus particulièrement de conseiller le Commandant de l'Armée de terre et son personnel supérieur sur des questions médicales, et je suis le point de contact pour le personnel supérieur du Commandement de l'Armée terrestre sur tout ce qui concerne les services de santé. J'agis également comme officier supérieur d'état-major de l'Armée de terre. Parallèlement, je suis chargé de fournir au Commandant du Groupe des services de santé et à son personnel supérieur des conseils et des renseignements pertinents, de les tenir au courant de la situation de l'Armée de terre et d'être leur point de contact pour toute question médicale touchant l'Armée de terre. Je fais également fonction d'officier supérieur d'état-major au sein du Groupe des services de santé et je représente le Canada au sein de groupes de travail militaires internationaux examinant des questions liées aux soins de santé.

De plus, j'assume un rôle de direction auprès des quatre médecins militaires régionaux de l'Armée de terre en leur assurant des conseils médicaux, professionnels et techniques, même si ces derniers ne relèvent pas de ma responsabilité.

Je précise également que je suis le chef national de l'exercice de la profession pour les médecins militaires généralistes. À ce titre, je suis responsable de la coordination et du contrôle des postes de médecins militaires dans l'ensemble du Canada et je participe à leur gestion de carrière. Dans le cadre de mes responsabilités dans ce domaine, je préside le Conseil des études supérieures et je participe au travail des conseils de promotion.

Pour m'aider à m'acquitter de mes responsabilités, j'ai un employé subalterne du grade de major, qui est officier responsable de services de santé.

Je suis à votre disposition pour répondre à vos questions.

• (1545)

**Le président:** Merci beaucoup à vous tous.

J'aimerais mentionner, avant d'ouvrir la période des questions, que vous avez reconnu notre attaché de recherche. Je crois savoir que vous avez été obligé de lui faire profiter un peu de vos services à un moment donné. Nous vous en remercions, car c'est grâce à vous qu'il est parmi nous aujourd'hui.

M. Coderre va ouvrir ce tour de question de sept minutes.

**L'hon. Denis Coderre (Bourassa, Lib.):** Merci beaucoup, Commandant, Capitaine, et Colonel.

Cette question est sans doute l'une des plus délicates et importantes que nous ayons à examiner en ce qui concerne l'état de nos troupes. Bien sûr, on insiste beaucoup sur la prévention, mais il y a aussi la question des traitements.

Dans un premier temps, il conviendrait sans doute de parler de la situation actuelle. Je sais, pour avoir lu aujourd'hui une revue médicale, que lorsqu'ils ont étudié les données contenues dans plus de 8 000 dossiers, ils ont constaté que la moitié des personnes atteintes du syndrome de stress post-traumatique n'ont même pas la

possibilité d'envisager un traitement quelconque. Voilà donc le premier point que je voudrais examiner avec vous, et je vous invite à en parler.

Je voudrais également savoir, plus particulièrement, quelle est la situation actuelle au sein de nos Forces canadiennes. Peut-être devrions-nous parler du syndrome de stress post-traumatique, mais il y a d'autres problèmes également, tels que les toxicomanies, l'alcoolisme, etc. Je voudrais donc savoir où se situent nos troupes à l'heure actuelle sur ce plan-là.

Deuxièmement, j'étais un peu troublé par la réponse du Général Jaeger quand nous parlions du fait qu'on donne des médicaments aux soldats pour les renvoyer ensuite sur le terrain. Je ne veux pas trop entrer dans le détail maintenant, mais je vous invite à aborder ces deux questions.

**Le président:** Y a-t-il quelqu'un qui voudrait tenter sa chance?

Vous avez la parole.

**Captv M.E.C. Courchesne:** Je ne suis pas sûr de comprendre la question. Pourriez-vous...?

[Français]

**L'hon. Denis Coderre:** Je peux la répéter en français, si vous le voulez.

La question n'est pas compliquée: selon une étude, sur 8 000 personnes, la moitié ne demandent pas de traitement, et il y aurait un problème majeur grandissant du côté du syndrome de stress post-traumatique. Je voulais donc connaître l'état actuel de nos troupes. Comment ça va sur le terrain, que ce soit dans la marine, dans l'aviation ou dans l'armée de terre?

L'autre problème, c'est que j'ai appris ici même du général Jaeger qu'on soignait des gens et qu'on les ramenait sur la ligne de front sous médication. Je veux savoir ce qu'il en est. On pourra ensuite parler de choses plus spécifiques.

[Traduction]

**Captv M.E.C. Courchesne:** S'agissant de la première partie de votre question, je ne suis pas sûr de savoir de quoi vous parlez — c'est-à-dire cette étude sur 8 000 personnes.

**L'hon. Denis Coderre:** Une revue médicale, qui...

**Captv M.E.C. Courchesne:** Je ne suis pas au courant de cette étude, et par conséquent, je préfère ne pas commenter...

**L'hon. Denis Coderre:** On disait essentiellement dans cette étude que, même si beaucoup de gens ont besoin de traitement, la moitié d'entre eux n'en demandent même pas, et il s'agit donc de savoir comment on peut agir sur ce problème afin de prévenir...

• (1550)

**Captv M.E.C. Courchesne:** De façon générale, si nous parlons de santé mentale, il est généralement connu dans le milieu médical qu'un grand nombre de personnes ne cherchent pas à se faire soigner par un médecin, essentiellement parce qu'elles refusent de reconnaître qu'elles ont des symptômes ou parce qu'elles craignent d'être stigmatisées en raison de leurs problèmes de santé mentale. Je pense que c'est une réalité bien connue.

Je dirais qu'il convient de renseigner la population canadienne, de même que les membres des Forces canadiennes, sur les diverses ressources qui sont disponibles pour le traitement de problèmes de santé mentale et la déstigmatisation des personnes qui en ont.

**L'hon. Denis Coderre:** Que faites-vous donc en tant que conseiller médical, pour trouver ces personnes et pour vous assurer qu'elles sachent qu'il est normal qu'elles aient des problèmes et que nous sommes là pour les aider?

**Captv M.E.C. Courchesne:** Je m'en remettrais à mes collègues spécialistes de la santé mentale qui sont chargés d'élaborer des programmes de prestation des services de santé mentale.

**L'hon. Denis Coderre:** Et qu'en est-il des médicaments et du type de médicaments donnés aux soldats qui sont ensuite renvoyés au front?

**Captf R.P. Briggs:** Monsieur Coderre, si vous me permettez de revenir brièvement sur votre première question, je dirais que la stigmatisation des personnes qui ont des problèmes de santé mentale est effectivement une question très importante, non seulement au sein des Forces canadiennes, mais dans la population canadienne en général. Il est très difficile de faire disparaître ces barrières.

Dans bien des cas, c'est un problème de perception de la part de l'intéressé, et c'est cela qui donne justement lieu à la difficulté. Nous avons beau offrir toutes sortes de services, si ces personnes ne s'adressent pas elles-mêmes aux autorités pour leur signaler qu'elles ont un problème ou si d'autres ne le font pas pour elles, on peut difficilement les traiter, et c'est justement l'un des problèmes épineux auxquels nous sommes confrontés.

Nous avons tout de même pris certaines mesures. Par exemple, nous avons préparé une nouvelle évaluation de l'état de santé, qui va bientôt être mise en application, et cette dernière va être effectuée tous les deux ans. Par le passé, les membres des Forces canadiennes devaient passer un examen médical tous les cinq ans, jusqu'à l'âge de 40 ans, c'est-à-dire les antécédents médicaux et un examen physique. Ensuite, entre l'âge de 40 et 50 ans, c'était tous les deux ans, et après cela, une fois par an.

Mais, nos spécialistes nous ont fait savoir qu'il est bien préférable de procéder à une évaluation de ce genre tous les deux ans dès le départ. Donc, non seulement cette évaluation va se faire beaucoup plus souvent — tous les deux ans — mais nos experts ont incorporé dans cette évaluation tout un éventail de questions de dépistage qui portent non seulement sur la santé physique, mais sur la santé mentale.

Nous espérons que, ayant pris la décision de faire cette évaluation tous les deux ans, nous serons mieux à même de savoir quelles personnes connaissent des difficultés physiques ou mentales. Voilà donc l'un des moyens que nous prenons pour assurer des contacts plus fréquents avec le personnel militaire dans l'espoir de déterminer quelles personnes ont des problèmes.

Comme le comité a déjà reçu des témoignages à ce sujet, il est au courant du processus de dépistage amélioré après emploi que nous avons créé et, d'après ce que j'ai pu voir — encore une fois, la santé mentale n'est pas mon domaine d'expertise — il s'agit de la première fois que des forces militaires créent un processus post-déploiement comme celui-ci. D'après ce qu'on m'a dit, il est même supérieur au système utilisé aux États-Unis.

On peut espérer qu'il sera possible de rejoindre tous les membres qui reviennent d'un déploiement à l'étranger. Dans un délai de trois à six mois après leur retour au Canada, nous les ferons passer par un processus de dépistage amélioré, qui comporte un questionnaire et une entrevue avec un professionnel de la santé mentale. La chaîne de commandement est censée s'assurer que cela se réalise. Donc, la chaîne de commandement dira au Caporal Bloggins: « Présentez-vous à telle date pour remplir le questionnaire amélioré post-déploiement ».

**L'hon. Denis Coderre:** Mais, j'imagine qu'ils ne vont pas faire cela si le soldat va être renvoyé dans la zone d'opérations?

**Captf R.P. Briggs:** Peu importe; tout le monde est censé passer par ce processus.

**L'hon. Denis Coderre:** Y a-t-il un grand nombre de personnes qui en sont atteintes? Je lisais des documents sur les traitements qui sont disponibles, y compris le recours à des médicaments comme Zoloft et Paxil, pour ceux et celles qui sont atteints du SSPT. Mais, quels effets secondaires peuvent se manifester si un soldat prend ces médicaments alors qu'il est encore sur le théâtre d'opérations?

**Captf R.P. Briggs:** Je dirais que, en règle générale, nous estimons que si le fait de ne plus administrer le médicament risque d'aggraver considérablement les symptômes physiques ou mentaux, la personne concernée ne peut plus être déployée. Il y a d'autres paramètres à prendre en compte également, mais là je vous présente l'optique médicale à l'égard d'un problème médical.

L'autre question est de savoir si le médicament altère vos capacités cognitives. Par exemple, si vous êtes censé être l'officier de quart à bord du navire et que vous vous endormez parce que vous avez sommeil, ou si vous êtes sentinelle et vous vous endormez, vous avez des convulsions ou les effets secondaires du médicament influent sur votre capacité de vous occuper de vous-même et de vos camarades, à ce moment-là, il n'est plus possible de vous déployer si vous continuez à prendre ce médicament. Mais les médicaments varient.

●(1555)

**Le président:** Désolé de vous interrompre, mais il faudra y revenir tout à l'heure. Nous avons largement dépassé le temps imparti. Mais nous avons beaucoup de temps aujourd'hui. Vous aurez donc une autre occasion de poser des questions.

Monsieur Bouchard, avant que je vous cède la parole pour poser vos questions, pourriez-vous nous mettre au courant de l'état de M. Bachand? Je crois savoir qu'il marche avec des béquilles. Est-ce que ça va? Pourriez-vous nous dire ce qui lui est arrivé?

[Français]

**M. Robert Bouchard (Chicoutimi—Le Fjord, BQ):** Il a mal à un genou et marche actuellement avec des béquilles, mais je pensais qu'il serait ici cet après-midi. Cela dit, je crois que ça va aller.

[Traduction]

**Une voix:** Nous avons des médecins.

**Le président:** Oui, nous en avons. Il aurait effectivement été approprié qu'il soit là.

**Une voix:** Il aura manqué une occasion bien intéressante.

[Français]

**M. Robert Bouchard:** C'est un gars robuste, ça va aller.

Merci, monsieur le président.

Merci d'être ici avec nous.

Je reviens à la question que M. Coderre a posée au sujet de l'étude. J'ai vu une étude sur les militaires qui consultent des spécialistes de la santé mentale et du syndrome de stress post-traumatique. Selon cette information, il semble qu'un militaire qui consulte l'un de ces spécialistes soit mal perçu. Un petit nombre de militaires utilisent ces services de consultation professionnelle. On va même jusqu'à dire que cela pourrait éventuellement affecter leur carrière. J'aimerais savoir si vous partagez ce point de vue ou si vous avez eu vent du problème des militaires qui évitent de consulter les spécialistes de la santé mentale.

[Traduction]

**Col A.G. Darch:** Le problème de la déconsidération qui accompagne celui atteint d'un problème de santé mentale est assez courant, me semble-t-il, au sein de la société canadienne, et il en va de même pour l'armée.

Nous avons pris énormément de mesures en vue de déstigmatiser les personnes atteintes de maladies mentales et de conscientiser les militaires à ce chapitre. Par exemple, nous avons élaboré à dessein une série de stratégies qui se chevauchent afin d'aider les gens à mieux comprendre les maladies mentales et d'encourager les personnes qui en sont atteintes de demander de l'aide. Nous avons essayé de nous donner de nouveaux moyens de les rejoindre et de leur donner plus de possibilités de chercher de leur propre chef à se faire aider.

De façon générale, le fait d'attendre avant de demander de l'aide pour traiter une maladie mentale semble être un phénomène assez courant au Canada en général. En vue d'encourager les gens à demander de l'aide, nous déployons sur le théâtre d'opérations des équipes spécialisées dans la prestation de services de santé mentale. Elles sont accessibles sur le terrain — l'équipe est formée d'un psychiatre, d'un travailleur social et d'une infirmière ou infirmier spécialisé en santé mentale.

Lorsqu'ils reviennent d'une mission, nous renseignons les membres sur les traumatismes liés au stress. De même, lorsque les officiers et les sous-officiers suivent des cours de formation professionnelle, on les renseigne sur les traumatismes liés au stress et la santé mentale. Nous avons également le processus de dépistage de post-déploiement, pendant lequel les militaires remplissent un questionnaire qui comporte des questions au sujet des traumatismes liés au stress et le SSPT. De plus, ils ont un entretien particulier avec un professionnel de la santé par la même occasion. Ainsi ils ont la possibilité de parler de leurs problèmes sans avoir à prendre eux-mêmes l'initiative de se rendre quelque part à cette fin. C'est nous qui prenons l'initiative à leur place.

De plus, nous avons le programme d'aide aux membres, en vertu duquel ils peuvent obtenir, de façon confidentielle, les services d'autres spécialistes qui ne font pas partie des Forces canadiennes. Ils ont accès à un maximum de 10 séances de counseling dispensées par des civils qui ne sont pas membres des Forces canadiennes, si bien que toute cette activité est confidentielle. De plus, il existe un réseau de soutien social aux victimes de stress opérationnel et, enfin, le questionnaire utilisé pour les examens médicaux biennaux comprend à présent des questions qui doivent nous permettre de nous renseigner sur leur état de santé mentale.

• (1600)

**Capit R.P. Briggs:** Pourrais-je ajouter quelque chose?

En prévision de leur redéploiement, les troupes — et là, il s'agit évidemment de personnes déployées à l'étranger, en Afghanistan — bénéficient d'une période de décompression dans un tiers lieu; ce tiers lieu est actuellement Chypre, et je crois que la période de décompression dure entre trois et cinq jours. Les soldats ont alors accès à des professionnels spécialisés en santé mentale. On leur offre toute une gamme de programmes d'éducation et autres. Il s'agit essentiellement de démystifier la santé mentale et d'éliminer les barrières, afin que ce que vivent les soldats à ce moment-là leur semble plus normal; d'ailleurs, d'après la rétroaction que nous avons obtenue, cette initiative est très bien reçue par les troupes.

[Français]

**M. Robert Bouchard:** Merci. On a également eu une information voulant que, depuis le début de la mission en Afghanistan, 17 p. 100 des militaires reçoivent des soins de santé mentale, et que dans le dernier contingent de Valcartier, ce pourcentage serait plus élevé.

Percevez-vous une tendance à la hausse des problèmes de santé mentale chez les militaires?

[Traduction]

**Col A.G. Darch:** Je dirais que, en règle générale, nous avons observé une amélioration pour ce qui est du nombre de personnes qui demandent de l'aide pour traiter leurs problèmes de santé mentale.

S'agissant des militaires qui retournent à Valcartier après leur déploiement, il est beaucoup trop tôt pour avoir tous ces renseignements-là. Nous ne les aurons pas avant qu'au moins de six à neuf mois se soient écoulés après leur retour, car il faut bien nous laisser le temps de procéder au dépistage médical post-déploiement.

**Capit R.P. Briggs:** Par rapport à des chiffres comme celui-là, il est difficile de savoir si le nombre réel de cas a augmenté ou si les militaires sont tout simplement plus disposés maintenant à demander de l'aide. Autrement dit, avons-nous réussi à atténuer la stigmatisation dont souffrent les personnes qui vivent ce genre de difficultés, de telle sorte qu'elles sont plus disposées à demander de l'aide, ou sommes-nous plutôt en présence d'une véritable augmentation du nombre de traumatismes liés au stress opérationnel?

Encore une fois, ce chiffre de 17 p. 100 concerne, me semble-t-il, une seule rotation, soit la Roto 1 de l'opération ATHENA. Je ne pense pas que nous ayons des statistiques plus récentes que celles-là. S'agissant des militaires de Valcartier qui faisaient partie de la Rotation 4, qui est sur le point de revenir au Canada, comme le Colonel Darch vous l'expliquait, nous n'avons pas encore toutes les statistiques pertinentes. Nous espérons les avoir dans un proche avenir.

**Le président:** Monsieur Bouchard a une brève question à poser.

[Français]

**M. Robert Bouchard:** D'accord.

Pouvez-vous affirmer que vous disposez de suffisamment de ressources professionnelles en santé mentale pour répondre aux besoins des militaires?

[Traduction]

**Col A.G. Darch:** Oui, absolument. En 2003-2004, nous avions au sein des Forces canadiennes 229 professionnels en santé mentale. Ce chiffre comprenait les psychiatres militaires et civils, les psychologues, travailleurs sociaux, infirmières spécialisées en santé mentale et spécialistes des toxicomanies.

Suivant l'approbation de l'initiative de santé mentale, nous avons réussi à faire passer le nombre de fournisseurs de services à 321, et nous visons un total de 447 professionnels en santé mentale d'ici 2009.

En même temps, entre 2004 et 2009, nous allons investir 98 millions de dollars dans les services de santé mentale dans les Forces canadiennes, qui est tout de même une somme considérable. Pour vous permettre de mieux vous situer, étant donné le nombre de professionnels de la santé mentale dont nous disposons actuellement, nous avons un professionnel pour 202 membres des Forces canadiennes. En 2009, lorsque nous aurons 447 professionnels de la santé mentale, il y aura un professionnel spécialisé dans la santé mentale pour 145 membres des Forces canadiennes. Donc, nous aurons alors une capacité très robuste. Le fait est que tous les membres des Forces canadiennes ont accès aux services de santé mentale. Il suffit de les demander.

**Le président:** Merci beaucoup.

Madame Black.

**Mme Dawn Black (New Westminster—Coquitlam, NPD):** Merci à vous tous pour votre présence aujourd'hui et pour vos exposés.

Tout à l'heure, on vous a posé une question au sujet d'une étude. Je pense que mon collègue parlait d'une étude dont on a récemment présenté les résultats dans le *New England Journal of Medicine*. Le Général Jaeger en a fait mention dans ses témoignages sur les traumatismes cérébraux et le syndrome de stress post-traumatique. L'article s'intitulait « Mild Traumatic Brain Injury in U.S. Soldiers Returning from Iraq », ou quelque chose d'approchant.

Avez-vous eu l'occasion de prendre connaissance de cette étude? Je me demande si elle influencerait votre processus de dépistage et vos traitements. Mais si vous n'en avez pas pris connaissance...

• (1605)

**Col A.G. Darch:** J'en ai lu un résumé seulement, et bien entendu, j'ai lu le texte des témoignages du Général Jaeger devant le comité.

Nous sommes constamment en train d'actualiser les programmes et les techniques que nous employons en vue d'évaluer et de traiter les problèmes de santé mentale, de même que les mécanismes qui nous permettent de dépister ce genre de problèmes avant et après déploiement. Donc, il est fort possible que cette étude, qui vient d'être publiée, contribue à faire évoluer le processus actuel, mais il est encore trop tôt pour que je puisse en dire plus.

**Mme Dawn Black:** Très bien; merci.

Colonel Darch, je pense qu'il serait juste de dire que votre service est celui dont le fardeau est actuellement le plus lourd en raison des problèmes qui sont liés à la mission en Afghanistan.

Nous, les membres du Comité de la défense, nous sommes rendus en Afghanistan. Nous avons vu le petit hôpital de la base et nous avons rencontré certains des militaires qui y travaillaient, y compris un travailleur social, un psychiatre et des médecins.

Quels sont donc les défis particuliers auxquels vous êtes confrontés dans votre secteur? Je sais qu'ils sont certainement nombreux, mais peut-être pourriez-vous vous contenter de parler seulement de ceux qui sont les plus importants et les plus prioritaires.

**Col A.G. Darch:** Cela dépasse un peu mon secteur de responsabilité, mais je voudrais vous parler de deux défis particuliers.

Premièrement, il y a celui de s'assurer que nous assurons les meilleurs soins médicaux à nos soldats. Deuxièmement, nous devons nous assurer d'avoir nous-mêmes suffisamment de personnel. À ce chapitre, nous avons déployé des efforts considérables pour attirer et recruter des médecins et pour les garder au sein des Forces canadiennes.

Depuis environ 12 ans, nous avons un problème réel de pénurie de médecins. À l'heure actuelle, nous avons un lieutenant-colonel médecin qui consacre tout son temps à la question des mesures qui s'imposent pour attirer et recruter des médecins, et nous avons aussi engagé deux officiers de recrutement réservistes qui nous aident tout particulièrement à recruter des médecins. Par conséquent, nous avons à présent 150 médecins militaires qui ont le grade de capitaine et de major. Pendant longtemps, ce nombre était inférieur à 100, ce qui supposait un déficit important. En 2006, nous avons réussi à faire passer le nombre à 115, et en ce moment, nous en sommes à 126. Tout laisse croire que nous aurons réussi à atteindre 150 d'ici avril 2009, et c'est exactement le nombre que nous devrions avoir.

**Mme Dawn Black:** D'après ce qu'on m'a dit, l'un des problèmes qui se présentent quand vous signez des contrats avec des médecins civils, c'est que ces derniers obtiennent de meilleures conditions, si bien qu'il devient difficile à ce moment-là de garder les médecins militaires. Tout cela fait partie du problème du maintien en poste.

**Col A.G. Darch:** Oui, effectivement. Afin d'obtenir les services de médecins civils, nous avons été obligés de leur offrir d'assez bons salaires. Mais, les salaires sont à ce point intéressants que, lorsqu'un poste devient vacant, il arrive qu'un médecin militaire prenne sa retraite de façon à pouvoir obtenir le poste en question.

**Mme Dawn Black:** C'est justement ce à quoi je faisais allusion.

Commandant Briggs, j'ai eu l'immense plaisir de monter à bord du NCSM Calgary l'été dernier. C'était toute une expérience et cela m'a beaucoup plu.

**Captf R.P. Briggs:** Il n'y a qu'un seul NCSM Calgary.

**Mme Dawn Black:** Avez-vous fait partie de l'équipage?

**Captf R.P. Briggs:** Non, mais le moral de l'équipage de ce navire est normalement très bon.

**Mme Dawn Black:** En effet, et j'ai été très bien traitée.

• (1610)

**Captf R.P. Briggs:** Excellent.

**Mme Dawn Black:** Je tenais à vous le dire.

À part des problèmes comme ceux qui nous touchent, nous, au sein de la population générale — comme le mal de mer, par exemple — que j'ai eu, soit dit en passant...

**Captf R.P. Briggs:** Vous n'êtes pas la seule, madame.

**Mme Dawn Black:** ... il y a aussi le problème de l'isolement que ressentent les gens qui sont en déploiement. À quels problèmes psychologiques particuliers êtes-vous confrontés dans votre secteur du fait des longs déploiements en mer? Je sais que des membres des Forces canadiennes sont actuellement déployés dans le Golfe.

**Captf R.P. Briggs:** Eh bien, depuis toujours, les marins ont l'habitude de s'absenter pendant longtemps sans que ce soit considéré comme un déploiement. Autrefois — c'est-à-dire, dans les années 1960, 1970 et 1980 — il était courant d'être absent entre six et huit mois de l'année, et c'était considéré tout à fait normal. Typiquement, quand on revenait au Canada, on devait suivre un cours de perfectionnement professionnel — le plus souvent, à Halifax — donc, loin de son port d'attache. La vie des familles des marins était donc très difficile à l'époque.



Depuis, il y a de plus en plus de déploiements dits opérationnels au sein de la Marine. Dans le cadre de l'Opération Apollo, entre 2001 et 2003, les gens étaient déployés un an après leur retour au Canada. Leur fardeau était excessivement lourd, étant donné que la Marine est plus petite que la Force aérienne ou l'Armée de terre, étant composée d'un peu moins de 10 000 marins seulement. Donc, le fardeau de ces gens-là était lourd, surtout lorsqu'ils ont commencé à tomber malades ou à se sentir épuisés. Les marins qui étaient censés être affectés à terre se voyaient tout de suite renvoyés en mer.

En ce qui concerne les services de santé, à l'heure actuelle, le plus important défi que nous avons à relever concerne le fait que nos adjoints aux médecins sont recrutés massivement par le secteur civil, et notamment, le Manitoba, l'Alberta et l'Ontario.

**Mme Dawn Black:** Je crois savoir que c'est le cas pour bon nombre de métiers, en fin de compte.

**Capit R.P. Briggs:** Tout à fait. Nous avons fait des progrès, comme l'expliquait le Colonel Darch, en ce qui concerne les médecins militaires généralistes. Par contre, nous avons une pénurie critique de pharmaciens et d'adjoints aux médecins. Nous avons également un faible nombre de techniciens médicaux et de praticiens d'autres métiers spécialisés, comme les techniciens de laboratoire, les techniciens en radiologie, et les techniciens en génie biomédical.

**Mme Dawn Black:** Mais, dans la Marine, y a-t-il des sources de stress psychologique particulières qui la distinguent des deux autres forces?

**Capit R.P. Briggs:** Quand on parle de stress psychologique, je dirais que l'élément déclencheur est forcément différent. Il peut s'agir du renversement du canot pneumatique à coque rigide où vous vous trouvez, ou de la rupture d'un câble qui blesse l'ami assis à côté de vous pendant les opérations de ravitaillement en mer, ou d'un autre type de traumatisme, comme la récupération des corps, s'il s'agit de plongeurs-démineurs. Donc, l'incident qui déclenche le traumatisme lié au stress opérationnel peut être différent, mais autrement les symptômes sont les mêmes.

Nous avons des membres qui sont déployés avec l'Armée de terre — c'est-à-dire, nos spécialistes de l'élimination des explosifs et munitions et, bien entendu, nos groupes professionnels interarmées — nos médecins, les cuisiniers et d'autres métiers de soutien — qui sont déployés avec l'Armée de terre et reviennent dans les formations de la Marine, et restent chez nous.

Donc, il y a beaucoup d'éléments différents. Les problèmes sont les mêmes, mais il est évident que le nombre chez nous est bien inférieur à celui pour l'Armée de terre.

**Le président:** Je vous remercie.

Monsieur Hawn.

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

Concernant le fait que les gens évitent de se faire soigner, etc., je peux vous dire, en tant que pilote, que nous avons tendance à éviter d'aller voir les médecins de l'air, mais je crois que le Capitaine Courchesne le sait déjà.

Je voudrais parler de l'étude qui a été mentionnée, qu'on appelle l'étude Douglas. Elle vient d'être publiée, même si elle remonte à 2002. Sur les 81 000 membres de la force régulière et de la force de réserve de l'époque, 8 000 ont participé à l'enquête. Sur ce nombre, 1 220 avaient des symptômes d'un ou de plusieurs troubles mentaux et, sur ce nombre-là, quatre personnes sur six n'avaient pas cherché à se faire soigner. Donc, le nombre réel est d'environ 800 sur les 8 000 qui ont participé à l'enquête. Pour bon nombre d'entre eux, il est

évident que leurs problèmes ne sont pas liés à l'Afghanistan; il est plus probable qu'ils soient liés à leur expérience en Bosnie et en Somalie, et dans le cadre d'autres opérations.

Étant donné toutes les mesures qui ont été prises pour rehausser la disponibilité des services et conscientiser les membres, pour éliminer la stigmatisation des personnes atteintes de problèmes de ce genre, pour renseigner les membres des Forces canadiennes sur des questions de ce genre, et sachant que les Forces canadiennes ont travaillé très fort dans tous ces différents domaines, à votre avis, Capitaine Courchesne, cette réticence à demander de l'aide est-elle plus prononcée ou l'inverse? Pensez-vous que les gens sont plus ou moins réticents qu'avant à se faire soigner?

**Capit M.E.C. Courchesne:** Ce n'est pas mon domaine d'expertise, étant donné que je conseille pas le Médecin-chef sur les questions liées à la santé mentale mais, vu notre collaboration avec nos collègues et toutes les initiatives que nous avons prises pour accroître l'accès aux soins dans ce domaine, j'espère que la stigmatisation s'atténue de plus en plus. Les services sont davantage disponibles à présent. Nous insistons beaucoup sur l'accès aux services. Comme mon collègue, le Colonel Darch, vous l'a déjà dit, nous déployons avec nos troupes des spécialistes de la santé mentale pour qu'elles puissent avoir facilement accès à de tels services. Il s'agit d'améliorer l'accès aux services pour l'ensemble des membres des Forces canadiennes.

• (1615)

**M. Laurie Hawn:** Je vais peut-être poser une question semblable au Colonel Darch, car l'armée est sans doute le secteur le plus touché par ce problème en ce moment.

Dans le rapport, on indiquait que ce problème touche probablement l'ensemble des armées du monde pour des raisons bien évidentes. J'aimerais donc savoir si nous avons cherché à collaborer notamment avec l'Armée américaine ou l'Armée britannique afin de connaître leur situation et de profiter de leur expérience?

**Col A.G. Darch:** Notre collaboration avec elles est assez considérable. Par contre, je ne sais pas si nos spécialistes de la santé mentale auraient ou non travaillé de pair avec elles.

Vous avez demandé au Capitaine Courchesne de vous dire quelles mesures nous avons prises pour lutter contre la stigmatisation des membres. À ce chapitre, nous avons justement trouvé bien utile, pour atténuer le problème de la stigmatisation, de renseigner les gens quand ils reviennent d'un déploiement, et de conscientiser les sous-officiers et les officiers participant à des cours de perfectionnement professionnel concernant les traumatismes liés au stress opérationnel et la santé mentale en général. Ces initiatives se sont révélées bien utiles.

Nous constatons justement que grâce à ces initiatives de sensibilisation, au programme de décompression dans un tiers lieu et au programme de dépistage post-déploiement, il a été possible d'éliminer bon nombre de ces barrières, car les gens ont pu parler directement avec des professionnels spécialisés dans la santé mentale, si bien qu'ils étaient beaucoup moins réticents à revenir leur parler plus tard, s'ils ressentaient le besoin de le faire.

**M. Laurie Hawn:** Très bien. Je voudrais revenir sur la question des médicaments. Quand on entend parler de soldats « médicamentés », on pense à toutes sortes de choses qui ne correspondent pas à la réalité. Peut-on supposer que chaque fois qu'un soldat, un marin, un aviateur ou une aviatrice est médicamenté, il ou elle est suivi(e) de près par le personnel médical, et comme l'a dit le Commandant Briggs, si l'on se rend compte que l'efficacité ou la sécurité opérationnelle de personnes médicamentées serait compromise, on déciderait nécessairement de ne pas avoir recours à leurs services pour cette période-là?

**Col A.G. Darch:** Oui, tout à fait. Nous ne déciderions jamais de déployer quelqu'un qui souffre d'une incapacité psychiatrique ou physique qui n'a pas été traitée.

Par contre, nous déployons certainement des personnes qui ont été soignées avec succès pour ce genre de difficultés, et je sais que si un soldat prend des médicaments alors qu'il est sur le théâtre d'opérations, il le fait dans des conditions bien contrôlées et fait l'objet d'une surveillance très étroite. Nous avons une équipe de spécialistes de la santé mentale dans la zone d'opérations et si l'on pensait que le soldat n'est pas apte à faire le travail en question, on ne lui permettrait pas de le faire.

**M. Laurie Hawn:** S'agissant de ressources, il est évident que les trois branches ont leur propre équipe de médecins et de spécialistes de la santé mentale. Mais, avez-vous la possibilité de déplacer les ressources entre les trois branches, de façon à en fournir davantage à l'Armée si cette dernière en a davantage besoin? Dans quelle mesure êtes-vous capable de déplacer des ressources humaines entre les branches? Commandant Briggs, c'est à vous que j'adresse la question.

**Capit R.P. Briggs:** Depuis que les services de santé ont été centralisés au sein des Forces canadiennes au sein d'un même groupe, nous sommes mieux à même à présent de bien utiliser toutes nos ressources humaines — peu importe qu'elles soient au quartier général, dans les établissements d'instruction, dans l'Armée, dans la Marine ou dans la Force aérienne.

Pour tout déploiement — et, à l'heure actuelle, nous avons environ 160 personnes en Afghanistan ou dans cette zone d'opérations générales — nous avons recours au personnel des 30 cliniques situées d'un bout à l'autre du Canada. C'est ainsi que nous procédons toujours.

**M. Laurie Hawn:** Très bien. Merci.

S'agissant de toute la question des soins de santé, notamment dans le domaine de la santé mentale, vu le rythme des opérations qui se déroulent depuis plusieurs années, tout particulièrement en Afghanistan, est-il juste de dire que cette composante des services assurés par les Forces canadiennes va constamment évoluer? Est-il inévitable que nous soyons toujours un petit peu en retard par rapport à la réalité en évolution?

**Col A.G. Darch:** Le fait est que nous sommes une organisation apprenante, et dans ce contexte, les leçons que nous tirons de toutes nos expériences sont très importantes. Après un événement ou une opération, nous effectuons une évaluation et une analyse afin de voir ce que nous pourrions faire la prochaine fois en vue d'améliorer la qualité des services. Et nous mettons en application les nouvelles mesures en prévision de la prochaine opération ou du prochain événement.

**M. Laurie Hawn:** En ce qui concerne ces leçons, je sais que du côté du combat, les leçons retenues sur le terrain sont communiquées aux responsables de Wainwright dans les 24 ou 48 heures qui suivent

et sont tout de suite incorporées dans les programmes d'entraînement déjà en cours.

S'agissant maintenant du personnel médical et psychiatrique, à quelle vitesse les leçons que vous reprenez de vos expériences sont-elles incorporées dans les pratiques?

**Col A.G. Darch:** C'est une très bonne question. Malheureusement, je ne peux pas vous dire avec précision combien de temps cela peut prendre.

**M. Laurie Hawn:** Je me doute bien qu'il n'y a pas de réponse précise à cette question, mais quelle est la procédure à suivre dans votre cas?

• (1620)

**Capit R.P. Briggs:** Nous avons un processus, élaboré avec nos responsables opérationnelles, nous permettant de profiter des leçons retenues et je dirais même que, du point de vue opérationnel, notre taux de succès est bien meilleur par rapport à d'autres aspects de nos activités. Sur ce plan-là, personne ne réussit mieux que l'Armée, à mon humble avis. Ce processus est en place depuis très longtemps.

Aux SSFC, nous transmettons les renseignements pertinents à l'Armée de même qu'à notre propre cellule opérationnelle, et l'une des priorités de notre groupe consiste justement à créer une capacité robuste en matière de leçons retenues qui dépasse le simple contexte opérationnel. Par exemple, pour ce qui est du TED — soit le Tableau d'effectifs et de dotation — qui indique quels éléments de l'effectif médical doivent être déployés — nous sommes constamment en train de modifier le Tableau, selon qu'il existe un besoin d'infirmières en soins intensifs, de travailleurs sociaux, de physiothérapeutes ou d'officiers spécialistes des biosciences pour protéger les membres des Forces. Et, c'est constant. Je dirais que le délai d'exécution est assez court. Nous sommes assez bons pour ce qui est de changer rapidement quand il le faut.

De plus, je sais pertinemment que le Colonel Bernier, qui est directeur des Opérations liées aux services de santé, est en contact avec le médecin affecté à la force opérationnelle sur une base quotidienne.

**Le président:** Merci beaucoup. Vous devrez attendre votre prochain tour pour continuer.

Voilà qui termine le premier tour de questions. Nous entamons maintenant un tour de questions de cinq minutes. La parole est d'abord à l'opposition officielle, suivie de M. Cannis. Ensuite, ce sera le tour des députés de la majorité, suivis du Bloc.

Vous avez la parole, monsieur Cannis.

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

Je voudrais souhaiter la bienvenue à nos invités et les remercier de leur présence.

Ma question fait suite à celles de mes collègues, M. Coderre et M. Hawn. Vous avez dit que vous procédez à une évaluation de nos hommes et femmes membres des Forces canadiennes avant et après le déploiement, et vous avez également dit, et je vous cite: « certains ne cherchent pas à se faire soigner ». Mais, je ne peux vraiment pas accepter cette explication car, avant qu'ils soient déployés, ils sont évidemment évalués et déclarés être en bonne forme physique et mentale, etc. Je suis convaincu qu'il en est ainsi. Ensuite, on leur demande d'aller faire leur devoir.

Une fois qu'ils reviennent au Canada après avoir servi à l'étranger pendant six mois ou plus longtemps, ils doivent nécessairement faire l'objet d'une évaluation. C'est bien ça? Et, une fois qu'ils ont été évalué, un rapport d'évaluation est préparé indiquant que telle personne souffre de tel problème, par exemple. Si l'intéressé ne cherche pas à se faire soigner, qu'arrive-t-il après cela? Il est évident que vous communiquez avec l'intéressé pour lui dire que vous avez dépisté tel problème et que vous recommandez tel traitement. C'est bien ça?

**Col A.G. Darch:** Pour ce qui est des paroles que vous m'attribuez, je crois avoir plutôt dit que ces personnes tardent à chercher à se faire soigner.

**M. John Cannis:** Ah, bon. J'ai peut-être mal entendu.

**Col A.G. Darch:** Il est tout à fait courant au Canada, dès qu'il est question de problèmes de santé mentale, de constater que les gens tardent à se faire soigner. Je ne sais pas si c'est parce qu'ils refusent d'admettre qu'ils sont malades ou s'ils espèrent pouvoir régler leurs difficultés eux-mêmes. Je n'en suis pas sûr.

S'agissant du processus post-emploi, le programme de dépistage comporte deux parties. La première est le questionnaire sur la santé mentale que les militaires doivent remplir et qui repose sur un certain nombre d'instruments validés qui nous permettent de dépister des éléments très particuliers. Ensuite, ils participent à une entrevue confidentielle avec un professionnel qui est spécialiste de la santé mentale.

En fonction des résultats de ces deux activités — c'est-à-dire le questionnaire de dépistage et l'entrevue — si on pense avoir détecté des symptômes dénotant un traumatisme lié au stress opérationnel, ou un autre problème de santé mentale, l'intéressé est aiguillé vers d'autres spécialistes de la santé mentale pour une autre évaluation qui est beaucoup plus détaillée.

**M. John Cannis:** Je trouve inquiétant qu'ils tardent à se faire soigner.

Ce qui m'inquiète, par rapport à l'étude Douglas — que nous comprenons et acceptons — c'est que pour tirer des conclusions aujourd'hui... une étude ne se fait pas en deux ou six mois; c'est une activité qui prend un certain temps. Il est évident, comme d'autres l'ont signalé tout à l'heure, que nous avons tiré les enseignements d'opérations auxquelles nous avons participé — en Yougoslavie, en Somalie, etc.

Nous tous — vous, nous les membres du comité et tous les Canadiens — sommes préoccupés par la situation de nos militaires. Comment donc peut-on envisager de les renvoyer sur le théâtre d'opérations après qu'un certain laps de temps se soit écoulé?

**Col A.G. Darch:** Pour ne pas perdre le sens des proportions, par rapport aux personnes qui tardent à se faire soigner, je précise que, sur les personnes chez qui nous dépistons un éventuel traumatisme lié au stress opérationnel durant l'exercice de dépistage prédéploiement, plus de 50 p. 100 d'entre elles sont déjà soignées. Si vous remontez à 2000 environ, vous allez constater que le délai moyen entre le moment où l'intéressé commençait à manifester des symptômes du SSPT ou du stress opérationnel et le moment où il recevait des soins était entre cinq et six ans. Maintenant ce délai n'est plus que de quelques mois et, dans certains cas, seulement quelques semaines s'écoulent entre le moment où une personne commence à voir des symptômes et le moment où elle commence à être soignée.

•(1625)

**M. John Cannis:** Selon vous, avons-nous tiré les bons enseignements de nos expériences dans d'autres conflits? La barre

est-elle plus élevée maintenant, selon vous? Vu nos expériences en Yougoslavie, en Somalie et ailleurs, et l'opération qui se déroule actuellement, les Forces canadiennes ont-elles de nouvelles approches, de nouvelles méthodes et de nouvelles techniques qui sont le résultat de ce que nous avons appris?

Il n'était pas nécessaire d'attendre l'étude parce que, comme on l'a vu plus tôt, c'est un processus permanent. Selon vous, avons-nous fait de bons progrès, ou serait-il possible de faire mieux? Est-il impossible de faire mieux? Et, savez-vous quel pourcentage du budget global cela représente en tout?

Je ne sais pas du tout quel montant est prévu au budget des Forces canadiennes pour ces activités-là ni quelle proportion cela peut représenter. Je pense qu'aucun d'entre nous ne le sait mais, si vous le savez, peut-être pourriez-vous nous dire quelle proportion du budget est consacrée à ce genre de services. Je ne parle pas uniquement des services que vous assurez; j'inclus l'ensemble du secteur des services médicaux. Manque-t-on de personnel? Des améliorations s'imposent-elles? Avez-vous des observations à faire à ce sujet?

**Col A.G. Darch:** Je sais qu'entre 2004 et 2009, nous allons investir 98 millions de dollars dans les services et soins de santé. Nous allons également faire passer le nombre de professionnels de la santé au sein des Forces canadiennes à 447 d'ici 2009. À part cela, je ne pourrais pas vous dire quelle proportion du budget est consacrée à ces activités.

**M. John Cannis:** Mais, il y a tout de même une pénurie de professionnels, comme cela a été mentionné dans les exposés. Il y a des professionnels dans le secteur privé et il s'agit de savoir comment les attirer ou comment obtenir les services au moyen de la soustraction. Avez-vous des suggestions à faire sur ce qu'on peut faire pour obtenir le personnel ou mieux gérer ces dépenses? Faut-il augmenter les budgets de façon à pouvoir attirer des professionnels et leur offrir des encouragements? Avez-vous des suggestions à faire à cet égard?

**Captf R.P. Briggs:** Je sais que le nombre actuel de spécialistes militaires pose problème. Nous essayons de faire augmenter ce nombre, car nous nous rendons bien compte que nous n'avons pas suffisamment de spécialistes pour répondre aux besoins de la mission. Je sais que le CPM, de même que le Médecin-chef, déploient actuellement des efforts pour le faire. Évidemment, on peut déployer des prestataires de soins militaires, mais on ne peut pas déployer des prestataires de soins non militaires.

De plus, malheureusement, les salaires dans la fonction publique ne sont pas concurrentiels par rapport à ceux offerts du côté civil. Je pense qu'on essaie également de trouver une solution sur ce plan-là. Nous faisons appel à Calian, un tiers entrepreneur, pour attirer des professionnels, mais si vous vous renseignez sur la situation à Toronto, vous allez voir qu'il y a une pénurie de psychiatres là-bas également.

Il est donc difficile de développer cette capacité. Très difficile. Mais je dirais que nous y arrivons beaucoup plus facilement maintenant. Nos activités de dépistage sont plus efficaces, selon moi. De même, le processus amélioré post-déploiement est également nettement supérieur.

Je vous conseillerais de parler au D<sup>r</sup> Mark Zamorski, à la Direction de la politique médicale. C'est lui qui pilote le projet post-déploiement, et il a fait énormément de recherche et a collaboré étroitement avec le ministère américain de la Défense dans ce domaine.

Il ne fait aucun doute que le fait de prévoir un examen médical tous les deux ans et l'inclusion d'un plus grand nombre de questions liées à la santé mentale sont des exemples de mesures qui ont été prises depuis 2002. En 2002, nous avons mené notre première enquête conjointe avec Statistique Canada sur la fréquence de problèmes de santé mentale au sein des Forces canadiennes. Cela nous a fourni beaucoup de renseignements très utiles dont nous avons tenu compte en élaborant de nouvelles mesures.

Le Sondage d'information sur la santé et les habitudes de vie sera désormais mené tous les deux ans, plutôt que tous les quatre ans. Le chef du Personnel militaire a déjà autorisé cette dépense considérable. Les réponses aux questions du sondage nous donnent une idée générale de la fréquence des problèmes de santé mentale au sein des Forces canadiennes.

Donc, je dirais que nous avons appris des choses. Nous avons sans doute encore beaucoup de chemin à faire. J'imagine qu'il s'agira toujours de courir après sa queue, mais il reste que nous avons réalisé beaucoup de progrès.

**Le président:** Merci.

La parole est maintenant au parti de la majorité, suivi du Bloc.

Monsieur Lunney.

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

Merci beaucoup de votre présence. Je suis très heureux de vous accueillir au comité.

Je voudrais revenir sur une observation du Colonel Darch concernant la période de décompression post-déploiement, et à ce sujet, je voudrais adresser une question au Commandant Briggs dans une optique un peu différente.

S'agissant de décompression, vous avez mentionné tout à l'heure que vous avez conseillé la Marine sur des questions liées à l'utilisation d'oxygène hyperbare. En tout cas, c'est ce que je crois vous avoir entendu dire au début de votre exposé liminaire.

**Captif R.P. Briggs:** J'ai fait des études supérieures en médecine hyperbare, qui comprend non seulement l'hyperbarie en milieu clinique, mais aussi la médecine sous-marine et de la plongée sous-marine.

• (1630)

**M. James Lunney:** Pourriez-vous expliquer au comité quel peut être l'effet de l'oxygène hyperbare et de quelle façon les Forces canadiennes s'en servent avec ses plongeurs, etc.?

**Captif R.P. Briggs:** À l'heure actuelle, nous n'avons pas recours à l'hyperbarie clinique au sein des Forces canadiennes, à part pour la maladie de décompression, de même que l'embolie gazeuse artérielle.

De temps à autre, nous participons à l'organisation de plongées thérapeutiques de civils dans des chambres à oxygène hyperbare. Par exemple, nous avons fait cela à deux ou trois reprises au cours des 10 ou 15 dernières années sur l'île de Vancouver, lorsque les intéressés n'ont pas pu se rendre à l'Hôpital général de Vancouver. Si je ne m'abuse, RDDC Toronto a également participé à ce genre d'opération de temps à autre.

Donc, c'est surtout pour les civils que nous faisons ce genre de chose. Par contre, depuis que nous avons transféré à d'autres nos responsabilités en ce qui concerne les services aux malades hospitalisés, au milieu des années 1990, si je me rappelle bien — sauf dans des sites comme Halifax et Valcartier — nous n'avons pas vraiment eu la capacité de traiter régulièrement des malades hospitalisés.

**M. James Lunney:** Pourriez-vous me dire pour quels genres de problèmes médicaux les gens se seraient adressés à vous à ces occasions-là?

**Captif R.P. Briggs:** Oui, certainement. Si ma mémoire est bonne, c'était pour la fasciite nécrosante, la maladie de décompression, et peut-être l'intoxication oxycarbonée.

**M. James Lunney:** Cela permet d'injecter plus d'oxygène dans le système.

**Captif R.P. Briggs:** Exactement. Ce qui permet de diminuer l'inflammation et d'éviter toutes sortes d'autres effets néfastes.

**M. James Lunney:** Donc, on peut s'en servir pour toute affection ou difficulté qui bénéficie d'un apport d'oxygène.

Vous êtes certainement au courant d'études concernant l'hyperbarie dans le contexte de problèmes neurologiques chroniques. Par exemple, on a eu recours à l'hyperbarie même pour traiter des enfants atteints de paralysie cérébrale dans certains cas. Permet-elle d'améliorer les fonctions neurologiques?

**Captif R.P. Briggs:** Certaines études ont effectivement été menées sur cette question, il me semble. Mais je ne pense pas que ce soit une utilisation autorisée aux États-Unis pour le moment.

**M. James Lunney:** Non, mais je sais que certains centres y ont recours aux États-Unis.

Ce qui me semble intéressant, c'est que certains faits indiquent que lorsqu'on comprime le corps et qu'on y injecte plus d'oxygène, il est possible de réduire la gravité des traumatismes cérébraux. C'est une technique novatrice, mais des recherches se font actuellement dans ce domaine.

C'est une question que j'ai déjà soulevée, mais j'ai voulu en parler encore aujourd'hui, puisque nous sommes en présence de trois experts et conseillers médicaux — et je sais à quel point vous, les militaires, êtes bien renseignés, et je me doutais que vous seriez au courant des questions que j'avais déjà posées à ce sujet.

Au cours des 20 dernières années, il y a eu une intensification importante des recherches menées sur l'effet de la nutrition — c'est-à-dire, les vitamines, les minéraux et les nutriments — sur la physiologie et certainement sur les fonctions neurologiques et des recherches ont été menées sur le soutien apporté au système nerveux par la vitamine B1 et la thiamine. Beaucoup de gens prennent des vitamines antistress qui contiennent toujours la vitamine B, etc.

Je sais qu'ils s'attendent à ce que je parle de l'utilisation de l'acide folique pour traiter les maladies cardiaques.

**Des voix:** Oh, oh!

**M. James Lunney:** Je sais que vous obligez tous les soldats à en prendre!

Nous savons aussi que beaucoup de députés ici présents devraient sans doute prendre de la niacine pour réduire leur tension sanguine — il est même possible que cela améliore leur prestation à la Chambre.

Selon certaines indications, un apport plus important de vitamines pourrait aider les gens qui sont exposés au stress. Avez-vous déjà examiné cette possibilité?

J'étais bien content de vous entendre dire que vous êtes une organisation autodidacte et que vous tenez à tirer les enseignements de vos expériences. Là nous parlons d'une situation où nos soldats canadiens se trouvent dans une zone de forte pression, étant une zone de combat et vu la nature de leurs activités à l'heure actuelle. Y a-t-il des gens chez vous qui explorent des possibilités novatrices d'aider les soldats par des moyens de ce genre? Êtes-vous au courant d'études menées sur la question?

**Captf R.P. Briggs:** Je laisse le soin au Capitaine Courchesne de vous répondre.

**Des voix:** Oh, oh!

**Captv M.E.C. Courchesne:** Je vous remercie, Commandant Briggs.

Je ne me sens pas du tout compétent pour répondre à cette question. Il faudrait que je consulte nos spécialistes de la santé mentale qui conseillent le Médecin-chef. Je vous fais remarquer, toutefois, que la décision d'adopter un traitement dans les Forces canadiennes s'appuie toujours sur des données probantes et des recherches exhaustives. Donc, s'il y avait des indications positives en ce sens, je suis convaincu que nos experts en santé mentale conseilleraient les Forces canadiennes à envisager ce type de traitement.

**M. James Lunney:** Vous savez, le problème dans ce contexte... Je commence à mieux connaître les sigles militaires, et je crois savoir que le sigle RAC désigne le concept de la résistance au changement. Je sais bien que cela ne s'applique pas aux services médicaux dans votre environnement, mais il semble que, dans certains milieux, les médecins opposent une forte résistance au changement. Et, bien entendu, quand on parle de la déconsidération qui accompagne les personnes qui sont médicamentées ou sont traitées pour le syndrome de stress post-traumatique — et nous savons pertinemment qu'il y a des complications si une personne qui prend des médicaments, boit de l'alcool ou prend d'autres drogues — il ne fait aucun doute que certains soldats qui cherchent à se faire soigner peuvent ne pas facilement accepter certains traitements.

Par contre, je pense que cela vaudrait la peine de voir si un simple supplément vitaminique permettrait d'intensifier les effets positifs d'autres traitements qui sont maintenant disponibles. Je me contente de vous lancer cette idée. Quelqu'un pourrait peut-être se renseigner sur la question, car je suis au courant d'un certain nombre d'excellentes études et je sais que certains neurologues hautement qualifiés mènent actuellement des recherches sur la question.

• (1635)

**Le président:** Merci, monsieur Lunney. Nous allons prendre cette déclaration comme une offre d'aide.

La parole est maintenant aux députés du Bloc.

[Français]

**M. Richard Nadeau (Gatineau, BQ):** Merci, monsieur le président.

Bonjour, madame et messieurs. Dans l'ensemble des tâches que vous avez à accomplir, vous faites affaire avec les soldats de notre armée de l'air ou de terre, ou de la marine. Un soldat, homme ou femme, peut-il recevoir des services médicaux dans sa langue, peu importe où il se trouve avec les Forces armées canadiennes? S'il est francophone, peut-il recevoir des services médicaux dans sa langue lorsqu'il en fait la demande?

**Captv M.E.C. Courchesne:** Je vais essayer de répondre à votre question, monsieur Nadeau. Tous les efforts sont faits pour procurer des services dans la langue de choix du militaire.

**M. Richard Nadeau:** Quand vous dites que tous les efforts sont faits, cela veut-il dire qu'il y a des fissures dans le plancher et que certains soldats ne peuvent pas être soignés dans leur propre langue?

**Captv M.E.C. Courchesne:** Les cliniques des Forces canadiennes ne sont pas toutes bilingues, mais il y a certainement du personnel...

**M. Richard Nadeau:** Je ne parle pas de personnel bilingue, je parle du français.

**Captv M.E.C. Courchesne:** Si un militaire francophone d'une unité anglophone demandait des services en français, nous ferions tous les efforts possibles pour les lui procurer.

**M. Richard Nadeau:** Du côté de l'armée de terre, monsieur Darch, est-ce la même chose? Est-ce garanti qu'il est possible de recevoir des soins en français?

[Traduction]

**Col A.G. Darch:** Oui, absolument. C'est une priorité.

En règle générale, il y a un groupe assez mixte composé d'anglophones et de francophones dans toutes nos cliniques d'un bout à l'autre du Canada. Par exemple, si une clinique a un médecin et que ce médecin est anglophone et ne parle pas le français, il aura au sein de son équipe un technicien médical ou une infirmière qui parle le français et qui pourra donc servir d'interprète. Ce n'est pas une situation idéale, j'en conviens; dans un monde idéal, tout le monde serait parfaitement bilingue, mais nous n'en sommes pas encore là.

[Français]

**M. Richard Nadeau:** Dans l'armée de l'air, les soldats peuvent-ils avoir automatiquement ce service en français, s'ils le demandent?

**Captv M.E.C. Courchesne:** L'armée de l'air, c'est mon domaine.

**M. Richard Nadeau:** Pardon, je voulais parler de la marine.

[Traduction]

**Captf R.P. Briggs:** Je voudrais pouvoir vous répondre en français. J'espère qu'un jour...

La Marine a l'avantage d'avoir deux très grandes cliniques, une sur chaque côte. J'ai visité les deux cliniques, et je peux vous confirmer qu'elles disposent d'un grand nombre d'employés bilingues. Cela ne veut pas dire que tout le monde est bilingue, mais nous avons certainement cette capacité-là, et au sein des SSFC, nous essayons de faire en sorte, non pas que tout le monde soit bilingue, mais que cette capacité existe.

Il reste...

[Français]

**M. Richard Nadeau:** Merci, j'ai bien compris. Je vous coupe la parole parce que notre temps est compté et que je veux poser d'autres questions, non pas parce que je veux être effronté.

Faites-vous seulement affaire avec des soldats présentement en fonction? Si un soldat a quitté les Forces canadiennes pour une raison ou pour une autre, peut-il faire appel à vos services le reste de sa vie? Comment cela fonctionne-t-il à partir du jour où quelqu'un n'est plus dans les Forces canadiennes? Peut-il faire appel aux Forces canadiennes pour recevoir des soins ou du moins le diagnostic nécessaire pour savoir de quoi il retourne si des conséquences du stress surgissent dans son quotidien?

[Traduction]

**Captif R.P. Briggs:** Il y a énormément de collaboration entre ACC et le MDN à l'heure actuelle. AAC a un certain nombre de cliniques qui se spécialisent dans le traitement des TLSO — traumatismes liés au stress opérationnel — et le MDN a ses centres de soutien pour traumatismes et stress opérationnel. Je crois savoir que les anciens combattants, de même que les membres de la GRC, peuvent s'adresser à ces centres de soutien pour se faire évaluer, et donc, cette coopération s'étend même à la GRC dans ce domaine-là.

Pour être tout à fait certain...

• (1640)

[Français]

**M. Richard Nadeau:** Si je comprends bien, monsieur Briggs, que ce soit deux semaines, un an, dix ans ou quinze ans plus tard, il peut se rendre au ministère de la Défense nationale pour recevoir des services de santé.

**Captif M.E.C. Courchesne:** En général, non. Lorsque les membres quittent les Forces canadiennes, qu'ils sont libérés, ils relèvent des services médicaux offerts par la province dans laquelle ils décident de prendre leur retraite. Notre mandat se termine le jour où le militaire quitte les Forces canadiennes. Notre mandat est de procurer des services de santé aux militaires.

**M. Richard Nadeau:** Et c'est ainsi même si on diagnostique que cela a commencé au moment où il était militaire?

[Traduction]

**Le président:** Je suis désolé, monsieur Nadeau, mais votre temps est écoulé. Il faut passer au prochain intervenant. Peut-être pourrez-vous obtenir une réponse à cette question un peu plus tard.

La parole est maintenant à M. Rota. Ensuite, ce sera de nouveau au parti de la majorité, et ensuite à M. McGuire.

**M. Anthony Rota (Nipissing—Timiskaming, Lib.):** Merci.

J'avais justement l'intention d'en parler. Je vais donc sans doute poser cette même question, de toute façon, et le problème sera donc réglé.

Je voudrais vous interroger au sujet du processus de diagnostic qui conduit au traitement. Vous avez dit tout à l'heure, en répondant à une autre question, que les soldats passent un examen médical tous les deux ans. Je présume que cette règle s'applique à tous les membres des Forces canadiennes. C'est bien ça?

Le processus post-déploiement prévoit également un examen médical ou des éléments de diagnostic. J'imagine que les deux visent à identifier les personnes souffrant d'une maladie mentale. Mais quand le soldat reçoit cette information, quelles possibilités s'offrent à lui? Vous avez parlé du problème du refus des gens d'admettre qu'ils ont un problème, et c'est effectivement inquiétant. Peut-il simplement quitter la clinique en disant qu'il ne veut pas être soigné parce qu'il n'est pas malade? Peut-il réintégrer ses fonctions habituelles? Peut-il remettre en question l'exactitude des tests? Je suis convaincu qu'il peut demander à repasser le même test ou à obtenir une deuxième opinion.

Je m'inquiète surtout de la situation de quelqu'un chez qui l'on dépiste une maladie mentale. Quel recours a-t-il? Qu'arrive-t-il s'il refuse de reconnaître qu'il est malade? Quel recours y a-t-il pour les Forces canadiennes, d'une part, et pour l'intéressé, d'autre part?

**Captif M.E.C. Courchesne:** Je vais tenter de vous répondre.

Le problème du refus de l'intéressé d'admettre qu'il est malade n'intervient pas au moment où nous faisons notre diagnostic. Dans la

grande majorité des cas — et là je vous parle à titre de médecin — une fois que nous avons diagnostiqué le problème, nous essayons de les faire soigner. Quand on parle d'un problème de déni de la réalité, on parle de personnes qui ne cherchent pas à se faire soigner ou qui ne disent pas la vérité au sujet de leurs symptômes. Notre diagnostic repose nécessairement sur les renseignements que nous fournit l'intéressé. Si ce dernier ne veut pas nous en parler, il n'existe pas de tests — en tout cas, pas encore. Nous n'avons toujours pas ces engins munis de scanners comme dans *Star Trek*. Pour moi, il y a déni de la réalité chez les personnes qui refusent de reconnaître qu'elles ont des symptômes. Mais, une fois qu'il y a eu un diagnostic, généralement, nous réussissons à les faire soigner.

Peuvent-ils refuser d'être soignés? Oui, tout à fait. On ne peut pas forcer quiconque à recevoir un traitement — ni au sein des Forces canadiennes, ni ailleurs au Canada. Donc, un soldat a donc parfaitement le droit, en tant qu'individu, de ne pas tenir compte de nos conseils et de refuser d'être soigné. Cela ne veut pas dire que nous allons recommander que ce soldat travaille à plein temps; cela dépend du diagnostic.

**M. Anthony Rota:** J'avais l'impression que, grâce à l'examen médical qui se fait tous les deux ans, il serait possible, grâce aux questions qu'on pose aux soldats ou au processus dans son ensemble, de dépister les problèmes. Mais, il arrive souvent que les gens ne se rendent tout simplement pas compte qu'il y a un problème. Ils savent qu'ils entendent un bourdonnement dans leur tête, ils ont l'impression qu'il y a quelque chose d'anormal qui se passe, peut-être parce qu'ils n'arrivent pas à bien réfléchir, mais ils ne savent pas vraiment pourquoi c'est le cas. Face à un simple cas de dépression ou au syndrome de stress post-traumatique, on ne sait pas vraiment ce qui se passe. On sait qu'il y a quelque chose qui ne va pas, mais on a du mal à savoir ce que c'est. Dans ce cas, une personne ne va pas nécessairement aller voir un médecin en lui disant: « Examinez-moi pour voir si j'ai tel problème ».

J'aurais pensé que l'examen médical permette au médecin ou au professionnel, grâce aux questions qui seraient posées, de dépister la présence d'une maladie mentale.

**Col A.G. Darch:** Une fois qu'il y a eu un diagnostic, il arrive souvent que le malade se sente soulagé, car là il obtient l'explication de ce qui lui arrive et il sait qu'il existe un traitement.

Donc, pour moi le problème ne se pose pas tellement une fois qu'il y a eu un diagnostic.

**Captif M.E.C. Courchesne:** Je précise que l'examen médical biennal comprend un certain nombre de questions qui doivent permettre de dépister les symptômes de ce genre de maladie.

• (1645)

**M. Anthony Rota:** C'est bien l'impression que j'avais.

**Captv M.E.C. Courchesne:** Mais ce n'est pas le seul outil que nous possédons. Mes collègues ont clairement expliqué, me semble-t-il, que nous avons incorporé dans le système de nombreux mécanismes nous permettant de constater la présence de ce genre de problèmes. D'une part, il y a l'examen médical qui doit se faire tous les deux ans. Il y a aussi le processus de dépistage pré-déploiement. Il y a le processus de dépistage qui s'enclenche tout de suite après le déploiement, si jamais le soldat veut signaler certains problèmes au médecin. Ensuite, il y a le processus amélioré de dépistage post-déploiement qui s'enclenche entre trois et six mois après le retour au Canada, car nous savons très bien que ces symptômes ne se manifestent pas immédiatement chez tout le monde. Donc, nous prévoyons une autre occasion de diagnostiquer un problème de cette nature, et nous posons des questions à l'intéressé de façon à bien dépister les symptômes.

**Col A.G. Darch:** De plus, ils peuvent demander une visite médicale et donc se faire examiner par un médecin à n'importe quel moment.

**M. Anthony Rota:** Encore une fois, je vous parle de celui qui refuse d'admettre qu'il a un problème.

Que faites-vous face à un membre des Forces canadiennes chez qui vous avez diagnostiqué un problème, à la suite d'une visite médicale, et qui vous dit: « Non, je refuse... » À cause de cette stigmatisation — et il ne fait aucun doute que nous devons, en tant que société, trouver une solution. Et cette stigmatisation pose également problème au sein des Forces canadiennes. Tant que nous n'aurons pas réussi à faire disparaître cet obstacle... Le phénomène est le même quand il s'agit de maladies physiques. Les gens ne veulent pas admettre qu'ils sont malades.

Donc, cette personne continue-t-elle à exercer ses fonctions ou existe-t-il un moyen de l'empêcher de le faire? Est-il possible de lui trouver une autre affectation?

**Captf R.P. Briggs:** Dans les services de santé des Forces canadiennes, comme nous sommes des médecins spécialisés dans la médecine du travail, nous défendons les droits des patients mais, en même temps, nous devons être sensibles, non seulement à la sécurité du patient, mais à celle des autres et de l'organisation dans son ensemble.

Il y a une démarche nous permettant de déclarer que certaines limites existent relativement au type de travail que peut accomplir un soldat pour des raisons médicales, que ce soit dans l'intérêt de leur propre sécurité ou de celle des autres. Je suppose qu'il serait toujours possible de faire une déclaration interdisant à l'intéressé de se livrer à certaines activités pour des raisons médicales. Il ne s'agirait pas nécessairement de déploiement. On parlerait plutôt de limites liées à l'emploi. Mais ces limites d'ordre médical doivent être connues du commandant, de même que le pronostic — non pas le diagnostic, mais le caractère des limites établies pour l'intéressé pour des raisons médicales.

**Le président:** Je donne la parole à Mme Gallant pour cinq minutes, et ce sera ensuite à M. McGuire.

**Mme Cheryl Gallant (Renfrew—Nipissing—Pembroke, PCC):** Merci, monsieur le président. J'ai deux brèves questions à poser.

Lorsqu'un soldat est libéré des Forces canadiennes du fait d'être atteint d'une incapacité découlant d'un traumatisme lié au stress opérationnel ou d'avoir un comportement violent qui résulte d'un problème psychologique lié à son service au sein des Forces canadiennes, quelles mesures sont prises pour protéger la société civile contre un ex-soldat dont le comportement est violent?

**Captf R.P. Briggs:** Dans cet exemple, on pourrait supposer qu'il y aurait eu une manifestation quelconque de ce comportement violent. Le fait qu'on ait diagnostiqué une certaine maladie chez vous ne signifie pas que vous n'êtes pas responsable envers la société de vos actes. Dans des cas de ce genre, il arrive souvent que des mesures disciplinaires soient prises du côté soit militaire soit civil. À ce moment-là, c'est à l'intéressé de prouver ce qui a motivé son comportement.

Je dirais que, en règle générale, cela risque de ne plus relever de la responsabilité des Forces canadiennes. Si vous parlez d'un soldat chez qui on a diagnostiqué un problème médical et qui est ensuite libéré, je dirais que c'est aux Forces canadiennes d'essayer délicatement de prévoir les soins nécessaires du côté civil, plutôt que de simplement libérer cette personne et de s'en laver les mains.

J'ose espérer — et je précise que je ne suis pas un expert en la matière — que c'est la pratique actuelle, mais je ne peux pas commenter les cas particuliers dont vous parlez.

**Col A.G. Darch:** De plus, si le médecin craint que le patient ait des projets particuliers ou s'il sait que le patient a menacé de faire du mal à certaines personnes, son devoir consiste à signaler cette information à la police.

**Mme Cheryl Gallant:** Donc, c'est son devoir. Très bien.

Cela m'amène à vous poser la question que voici: sachant que tous les soldats qui subissent des traumatismes liés au stress opérationnel ou qui connaissent des problèmes psychologiques après avoir servi leur pays deviennent violents — ce n'est pas du tout ce que je suggère — le fait est que nous n'avons pas suffisamment de médecins — et surtout de psychologues et de psychiatres, pour traiter la population civile, sans parler des cas additionnels au sein des Forces canadiennes.

Je crains que ces gens-là ne soient pas correctement soignés une fois qu'ils auront réintégré la société civile. Si, en raison de leur service, ils deviennent violents et sont arrêtés pour leur comportement violent, qui est une conséquence de leur maladie, comment les tribunaux civils peuvent-ils être informés de l'existence des circonstances atténuantes liées aux conséquences de leur service militaire?

• (1650)

**Col A.G. Darch:** Je dois répondre, encore une fois, que ce n'est pas tout à fait de mon ressort.

Mais, en général, ce qui devrait normalement se produire — même si je précise qu'il vaudrait peut-être mieux que vous posiez la question à un avocat — c'est que le soldat, même s'il est atteint du SSPT, serait responsable de ses actes. Cela peut être considéré comme une excuse. S'il avait fait quelque chose, il serait condamné. Par contre, la réalité de sa maladie serait un facteur atténuant pouvant influencer la peine qu'on lui infligerait.

Je pense que ce que je viens de vous dire est exact, mais je vous conseille de poser la question à un juriste.

**Mme Cheryl Gallant:** Donc, les médecins des Forces canadiennes doivent informer la police locale de la libération d'un soldat...

**Col A.G. Darch:** La police militaire est la police locale.

**Mme Cheryl Gallant:** ... selon l'endroit où vivra le soldat.

**Col A.G. Darch:** Je crois que oui.

**Captf R.P. Briggs:** Mais seulement s'ils ont de bonnes raisons de croire que l'intéressé risque de se faire du mal ou de faire du mal à d'autres et que le danger est imminent.

**Col A.G. Darch:** Ceci dit, à ma connaissance, cela se produit très rarement. De plus, dans l'Armée — et nos spécialistes de la santé mentale et le directeur de la prestation des services de santé seraient plus à même de répondre à cette question — si une personne commence à manifester des symptômes du SSPT, il s'écoule normalement un laps de temps assez long avant qu'elle ne soit libérée, si elle ne peut pas réintégrer son poste.

Par le passé, ce laps de temps a été de deux à trois ans.

**Le président:** C'est tout pour maintenant.

Monsieur McGuire, vous avez la parole, et ce sera ensuite de nouveau le tour de M. Hawn.

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

Il y a plusieurs mois, un médecin de famille dont le fils avait été envoyé en Afghanistan a été interviewé à la télévision sur CBC. Cette personne avait demandé à CBC de faire un reportage sur lui. Il paraît qu'au retour de son fils, ce dernier était devenu une personne entièrement différente dont la personnalité n'était plus la même. Son père ne savait pas exactement ce qu'il avait, mais personne ne voulait croire qu'il y avait chez lui quelque chose qui n'allait pas. Comme il ne réussissait pas à susciter une réponse de la part de quelqu'un, il avait décidé d'en parler publiquement.

Je ne suis pas sûr de savoir ce qui est arrivé après. J'essaie de le trouver pour voir si on lui a répondu.

Nous parlions tout à l'heure de gens qui refusent d'admettre qu'ils ont un problème mais, dans ce cas-là, il appelait à l'aide mais personne ne répondait à l'appel. Combien d'autres y a-t-il dans cette situation-là? Avons-nous de la documentation sur ces personnes? Jusqu'ici, 13 000 personnes ont servi en Afghanistan. Combien d'entre elles veulent se faire soigner mais n'y arrive pas?

**Col A.G. Darch:** Je dirais que ce genre de choses se produit très, très rarement.

À l'heure actuelle, lorsqu'une personne a besoin de soins liés à sa santé mentale, ou désire en recevoir, il est normalement soigné dans un délai maximum de quatre semaines. Nous sommes presque toujours en mesure d'atteindre cet objectif. Nous avons un réseau de services de santé mentale assez étendu au sein de l'Armée, et nous pouvons toujours avoir recours à des ressources civiles, s'il le faut.

Mais, je ne peux malheureusement pas commenter le cas spécifique que vous avez mentionné; je ne suis malheureusement pas au courant du dossier.

**L'hon. Joe McGuire:** Je vais faire en sorte que vous soyez au courant, si je peux arriver à en obtenir les détails. J'espère que ce que vous nous dites est vrai — à savoir que cela arrive rarement.

Dans l'un de vos exposés, vous avez parlé d'une période de décompression à Chypre qui dure trois ou quatre jours. Combien de soldats y sont envoyés à la fois, et combien de temps passe-t-on avec les soldats qui ont été au front? Il y en a qui passent tout leur temps sur la piste d'atterrissage de Kandahar, et il y en a d'autres qui se trouvent au front et qui font certainement l'objet de pressions différentes.

Est-ce qu'on leur réserve un traitement différent et, êtes-vous en mesure de dépister des problèmes chez ces gens-là, étant donné qu'ils y restent très peu de temps? J'imagine qu'ils doivent penser à autre chose et peut-être ne pas vouloir subir des examens médicaux.

•(1655)

**Col A.G. Darch:** La période de décompression dans un tiers lieu a pour objet de permettre aux soldats de tourner la page après leur

déploiement et aussi de faciliter leur retour au Canada et leur réintégration dans leur vie normale.

À cette occasion, nous leur communiquons certains renseignements au sujet des traumatismes liés au stress opérationnel, et ils ont l'occasion de parler en privé avec un professionnel spécialiste de la santé mentale, s'ils le désirent.

Pour ce qui est de la possibilité que cette décompression dans un tiers lieu permette de prévenir les traumatismes liés au stress opérationnel, je précise que telle n'est pas du tout l'intention; par contre, c'est l'occasion pour nous de renseigner les membres sur les traumatismes liés au stress opérationnel et si certains d'entre eux ont des préoccupations à ce sujet, ils peuvent en parler à ce moment-là.

Pour ce qui est du nombre, c'est tout à fait fonction du nombre de personnes qui se trouvent ensemble dans l'avion. Je ne sais pas si on peut vous donner même un chiffre approximatif. Il pourrait s'agir de 120 ou de 150 personnes, mais je n'en suis pas sûr.

**Capit R.P. Briggs:** Ce processus se déroule sur environ six semaines, et c'est au cours de cette période que les spécialistes de la santé mentale se trouvent à Chypre. Si vous divisez l'effectif de 2 500 soldats — probablement un peu moins, si on enlève ceux qui sont postés au Camp Mirage — par le nombre de rotations, cela vous donnera une idée du nombre de personnes qu'ils rencontrent au cours de cette période.

Mais, vous avez raison de dire que cette période de décompression ne sert pas uniquement à déterminer quels soldats peuvent avoir des problèmes de santé mentale — il peut aussi s'agir d'une décompression physique, entre autres — mais nous l'offrons à tous.

**L'hon. Joe McGuire:** La plupart des députés traitent avec des anciens combattants qui ont quitté les Forces canadiennes après la guerre de Corée ou la Seconde Guerre mondiale et qui, à l'époque, voulaient simplement rentrer chez eux. Par conséquent, ils leur ont dit: « Je ne suis pas malade; faites-moi sortir d'ici le plus rapidement possible. » Mais, de nombreuses années après, ils ont commencé à subir les contrecoups de blessures subies alors qu'ils étaient de service. Cela les oblige à remonter en arrière pour prouver ce qui leur est arrivé.

J'imagine que bon nombre de ces soldats ont également hâte de rentrer chez eux, de ne plus avoir à subir des examens médicaux et de simplement penser à autre chose. Vous dites que lorsqu'ils quittent le théâtre d'opérations, on ne les abandonne pas — c'est-à-dire qu'on assure du suivi en les revoyant six semaines plus tard, et qu'il existe certaines mesures de protection.

**Capit R.P. Briggs:** Cela se produit entre trois et six mois après... Nous n'avons pas tellement de données probantes nous permettant de savoir quel est le moment idéal, mais nous savons que ce suivi doit se faire après la phase initiale de redéploiement vers le Canada quand le soldat retrouve sa famille, et après le congé de post-déploiement, qui dure normalement entre quatre et huit semaines. C'est pour cela que nous essayons de faire ce suivi entre trois et six mois après le retour au Canada, avant que les régiments ne reprennent leurs programmes d'entraînement réguliers, etc.

Cela semble donner d'assez bons résultats, mais nous avons recours à la chaîne de commandement pour s'assurer que les membres participent à l'exercice de dépistage amélioré post-déploiement. Si la période de décompression dans un lieu tiers est efficace, c'est entre autres parce que c'est une population captive — autrement dit, les soldats ne vont pas pouvoir simplement rentrer chez eux plutôt que d'assister aux séances de formation, par exemple.



**L'hon. Joe McGuire:** Quand nous sommes allés à Petawawa, on nous a dit que beaucoup de divorces se produisent après le retour au Canada des soldats, car ils n'arrivent pas à reprendre leur vie d'autrefois.

**Le président:** Joe, il va falloir que vous attendiez le prochain tour. Désolé.

Pour terminer ce tour de questions, nous avons M. Hawn, et ensuite nous entamerons un dernier tour de questions final qui sera ouvert par M. Coderre.

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

Je voudrais aborder plusieurs points. Nous avons parlé d'un ratio de 1 à 145 quand les Forces armées auront un effectifs de 447 spécialistes de la santé mentale. Bien sûr, les traumatismes constituent un phénomène assez généralisé au sein de la société mais de plus en plus, d'ailleurs — mais il y a certainement une plus forte concentration au sein de l'Armée en raison des opérations menées en Afghanistan, entre autres.

Mais si nous retenons ce ratio de 1 à 145, cela veut dire qu'il nous faudrait 221 000 spécialistes de la santé mentale au Canada. J'ignore le chiffre réel et j'imagine que vous ne le savez pas non plus, mais j'ai l'impression qu'il doit être bien inférieur à cela.

Je vous invite donc à réagir à deux points en particulier. Premièrement, les Forces canadiennes sont-elles très différentes de la société générale pour ce qui est de l'exposition à des traumatismes, vu la concentration évoquée tout à l'heure? Et, toujours dans l'optique d'un ratio de 1 à 145, on peut supposer, me semble-t-il, que nous traitons les maladies qui doivent être traitées, et ce de façon très proactives et dynamiques. Est-ce que cela vous paraît exact?

• (1700)

**Col A.G. Darch:** Oui. L'étude menée en 2002 a démontré que la fréquence du syndrome de stress post-traumatique au sein des Forces canadiennes était équivalente à celle de la population civile.

Depuis les déploiements en Afghanistan, cette fréquence a légèrement augmenté. Je n'ai pas les chiffres exacts, mais ce serait logique, étant donné ce à quoi les soldats sont exposés là-bas.

Pourriez-vous répéter la deuxième partie de votre question?

**M. Laurie Hawn:** Je vous disais simplement que, si le rapport est de 1 à 145, l'accès aux soins au sein des Forces canadiennes est bien supérieur à celui de la population générale.

**Col A.G. Darch:** C'est exact. Nous souhaitons qu'aucun soldat ne souffre de troubles mentaux ou d'un problème lié au stress opérationnel plus longtemps qu'il ne le fait, et nous essayons par conséquent de les identifier, de les soigner de la manière appropriée et de leur faire réintégrer leurs fonctions normales le plus rapidement possible.

**M. Laurie Hawn:** Étant donné ce que vous venez de dire au sujet de l'étude Douglas menée en 2002, sachant que la situation a évolué en raison de notre présence en Afghanistan, diriez-vous que les Forces canadiennes sont considérablement différentes de la société en général? Je me rends bien compte que je vous demande une réponse subjective.

**Col A.G. Darch:** Nous arrivons à peine à recevoir les statistiques. Il me semble que, étant donné que nos soldats sont très bien préparés avant le déploiement, que l'entraînement qu'ils reçoivent est réaliste, qu'ils bénéficient de mesures de soutien social, qu'on les renseigne sur les traumatismes liés au stress et que la famille militaire est bien cohésive au niveau des unités individuelles, je dirais que toutes ces mesures ont un effet très positif.

D'après les statistiques que j'ai vues jusqu'ici, on dirait que le taux de SSPT à la suite d'un déploiement en Afghanistan est environ deux fois plus élevé.

**Captf R.P. Briggs:** Je ne sais pas si ce renseignement vous aidera, mais les responsables de Halifax m'ont fait parvenir des statistiques et, d'après le Centre de soutien pour traumatismes et stress opérationnels, il faut entre une et huit semaines avant qu'un soldat fasse l'objet d'une évaluation complète au centre, c'est-à-dire toute une série de tests psychométriques qui est utilisée dans l'ensemble des Forces canadiennes.

D'après ce qu'on m'a dit, il faut attendre 15 semaines en moyenne, en Ontario, avant de pouvoir consulter un spécialiste, et il paraît que c'est le délai le moins long dans tout le Canada. Là, je parle de spécialistes de tous genres — cancérothérapie, chirurgie orthopédique, etc. Donc, cette statistique n'est peut-être pas bien utile. En Saskatchewan, le délai d'attente est de 27 semaines.

Donc, même si nous n'avons pas encore atteint le niveau de dotation définitif du point de vue de nos ressources actuelles, je dirais que nous arrivons assez bien à faire soigner nos soldats par des spécialistes au sein des Forces canadiennes.

**M. Laurie Hawn:** Très bien.

Je voudrais revenir sur une question qui a été abordée brièvement en réponse aux questions de M. Nadeau, au sujet de la continuité des services lorsqu'un militaire quitte les Forces canadiennes et la période de transition car, en tant qu'ancien combattant, j'ai accès aux services qui me sont garantis en vertu de mon régime de retraite, mais cela ne veut pas dire que je dois aller dans une clinique militaire.

Quelqu'un pourrait-il me décrire comment se déroule la période de transition pour un soldat qui quitte les Forces canadiennes et tombe sous la responsabilité du ministère des Anciens combattants? Est-ce que quelqu'un peut répondre à la question?

**Captv M.E.C. Courchesne:** Je vais essayer.

Comme je tentais de l'expliquer à M. Nadeau, quand les soldats quittent les Forces canadiennes, ils n'ont plus accès aux services. Ils ne relèvent plus de notre responsabilité. C'est le cas de tout militaire qui est libéré des Forces canadiennes.

S'il a été blessé, il va être aiguillé vers ACC et c'est ACC qui va en assumer la responsabilité. Nous travaillons en étroite collaboration avec ce ministère. L'unité chapeauté par le chef du Personnel militaire, notamment, travaille en étroite collaboration avec ACC afin d'améliorer cette transition et de faire en sorte qu'elle soit sans heurts. Je peux vous dire, en ce qui nous concerne, que si on pensait que les soldats ne pourraient pas continuer à être soignés par un médecin civil, nous continuerions de nous en charger en attendant de pouvoir les transférer au secteur civil et de savoir que le ministère des Anciens combattants les prenait en charge et serait à même de répondre à leurs besoins.

**Captf R.P. Briggs:** Il nous arrive même de prolonger le congé de départ pour être sûrs de stabiliser la situation de l'intéressé.

Ce que j'expliquais tout à l'heure, c'est qu'un soldat qui croit que son stress post-traumatique est attribuable à son service militaire, en tant qu'ancien combattant, peut demander à être réévalué par nous. C'est cette condition-là qui s'applique. Mon explication n'était peut-être pas assez précise.

• (1705)

**M. Laurie Hawn:** Donc, l'intéressé peut s'adresser de nouveau aux Forces canadiennes pour être évalué...

**Captf R.P. Briggs:** Tout à fait. Il serait évalué par le Centre de soutien pour traumatismes et stress opérationnels.

**M. Laurie Hawn:** ... et être soigné en dehors du système militaire.

**Captf R.P. Briggs:** Oui, et c'est grâce à un protocole d'entente entre nous et ACC.

**Le président:** Très bien. Voilà qui est clair.

Le deuxième tour de questions est maintenant terminé.

Pour entamer le dernier tour, les trois premiers intervenants seront un représentant de l'opposition officielle, un membre de la majorité et un représentant du Bloc.

Monsieur Coderre, vous avez la parole.

[Français]

**L'hon. Denis Coderre:** Merci, madame Courchesne.

Effectivement, le dernier point que vous avez soulevé était important et va nous aider à comprendre.

Ma première question est claire et spécifique: dans le cas où on renvoie une personne sous médication dans un théâtre d'opérations, quel médicament lui donne-t-on pour traiter son problème d'anxiété ou de santé mentale?

**Captv M.E.C. Courchesne:** Cela dépend du diagnostic.

**L'hon. Denis Coderre:** Donnez-moi deux exemples. Je sais que ce ne sont pas des Sudafed.

**Captv M.E.C. Courchesne:** Parlez-vous spécifiquement de problèmes de santé mentale?

**L'hon. Denis Coderre:** Oui. Par exemple, si on pense qu'il est assez bien, on lui donne un certain médicament et on le renvoie dans un théâtre d'opérations. Quel médicament lui donne-t-on?

**Captv M.E.C. Courchesne:** Je n'ai pas d'exemples spécifiques. Je n'ai pas de connaissances immédiates, mais si c'était un problème de santé mentale, il serait traité par un spécialiste en santé mentale. Le médicament pourrait alors être un antidépresseur ou un anxiolytique.

Cela dit, comme on l'a déjà mentionné, si c'est le cas, c'est sous des conditions très précises, et si c'est recommandé par le professionnel en santé mentale, une fois qu'il sera dans un théâtre d'opérations, il aura un soutien immédiat.

**L'hon. Denis Coderre:** Je comprends tout cela, mais je voudrais savoir spécifiquement quel serait le médicament.

**Captv M.E.C. Courchesne:** Je ne peux pas vous donner le nom d'un médicament spécifique.

**L'hon. Denis Coderre:** Ai-je bien compris que vous établissez également le diagnostic d'un individu? Par exemple, si un soldat en mission en Bosnie avait été exposé à de l'uranium, à des matières radioactives et que, par la suite, on avait appris qu'il y avait des dommages collatéraux, que la personne avait contracté un cancer à cause de cela, le diagnostic se ferait-il chez vous?

**Captv M.E.C. Courchesne:** Non, ce ne serait pas chez nous. On ne voit pas de patients directement. Le diagnostic se ferait dans une clinique.

**L'hon. Denis Coderre:** N'y a-t-il pas, au ministère de la Défense nationale, de médecins pour faire un diagnostic et confirmer ou infirmer le lien de cause à effet si, par exemple, une personne a été exposée à certaines matières sur le terrain pendant sa mission?

**Captv M.E.C. Courchesne:** Parlons-nous de militaires, ou de gens libérés?

**L'hon. Denis Coderre:** Je parle de gens qui étaient des militaires.

Je reprends

[Traduction]

ce que le commandant vient de dire au sujet du protocole d'entente. Si nous parlons d'une mission précise où il s'est passé quelque chose et que le soldat est libéré par la suite, il est clair qu'on doit bien connaître les détails de la situation concernée pour être en mesure de porter un jugement.

**Captf R.P. Briggs:** Je peux répondre à cette question étant donné que je travaillais autrefois dans le domaine de la santé environnementale et professionnelle; j'étais responsable des équipes déployables d'évaluation des risques pour la santé.

En ce qui concerne l'uranium appauvri, nous avons effectivement conclu un protocole d'entente — dont on n'a pas toujours profité — en vertu duquel un médecin de famille peut s'adresser aux Forces canadiennes pour demander qu'un individu subisse une analyse d'urine s'il croit que ce dernier a pu être exposé à l'uranium appauvri, comme les soldats qui ont servi aux Balkans, ou il peut s'adresser à une clinique pour faire faire cette analyse. Il s'agit de personnes qui ne sont plus membres des Forces canadiennes. Encore une fois, il s'agit d'un protocole d'entente. Le Colonel Ken Scott, qui est notre directeur de la Politique médicale, pourrait vous donner d'autres détails à ce sujet; d'autres responsables, comme le directeur de la Protection de la santé des Forces canadiennes, pourrait également vous renseigner.

De temps à autre, d'autres ministères fédéraux nous demandent de nous renseigner sur la possibilité qu'une personne ait pu être exposée à ce genre de substance. À ce moment-là, nous examinons les dossiers afin de déterminer, au mieux de nos connaissances, quels risques pour la santé ont pu exister. Nous recevons même des lettres de députés qui nous demandent de nous renseigner sur tel ou tel cas. Je sais que, à la Direction de la protection de la santé des Forces canadiennes, nous faisons de notre mieux pour nous renseigner sur les risques pour la santé. Évidemment, il est très difficile de dire rétrospectivement...

**L'hon. Denis Coderre:** Oui, je comprends, mais le protocole d'entente est suivi?

**Captf R.P. Briggs:** Pour l'uranium appauvri, oui.

● (1710)

**L'hon. Denis Coderre:** Très bien.

Revenons-en à la période de décompression à Chypre. Je crois savoir qu'il y a également un programme en Thaïlande pour les soldats qui quittent l'Afghanistan.

S'agit-il simplement de petites vacances, Colonel Darch? Sont-ils là juste pour s'amuser?

**Col A.G. Darch:** Au cours de la période de leur déploiement, les militaires ont droit à un congé d'environ deux semaines à peu près au milieu de la période de déploiement. Ils peuvent faire exactement ce qu'ils veulent. Ils peuvent retourner au Canada, aux frais des Forces canadiennes, ou ils peuvent aller n'importe où, à leurs propres frais. L'exemple que vous évoquez correspond à cette catégorie-là.

**L'hon. Denis Coderre:** D'accord.

J'essaie de comprendre ce qui arrive s'ils y restent entre trois et cinq jours. Évidemment, quand on parle de troubles d'anxiété ou du SSPT, on sait que, en règle générale, les flashbacks se produisent après, et pas nécessairement au cours de cette période-là.

Pouvez-vous donc me donner un exemple précis de ce que vous entendez par le terme « éducation » ou « formation »? Je sais que vous voulez ouvrir un dialogue avec les soldats, pour qu'ils comprennent que lorsqu'ils seront de retour dans leur famille, ce ne sera plus pareil. Je viens de voir un certain nombre de personnes qui faisaient partie d'une unité d'artillerie, et je peux vous dire que ce n'était pas bien encourageant; lorsqu'ils reviennent, ils parlent plus fort — et aussi, ils ont vu toutes sortes de choses.

Donc, donnez-moi des exemples concrets, si possible.

**Col A.G. Darch:** Dans le cadre du programme de décompression dans un tiers lieu, on leur explique le genre de choses qui peut les aider à bien réintégrer leur famille. On leur dit, par exemple, qu'ils doivent avoir des attentes réalistes par rapport à ce qu'ils vont trouver chez eux, et donc de ne pas nourrir des fantasmes. Par exemple, si la femme du soldat a assumé la responsabilité des finances et de tout ce qui concerne le ménage pendant son absence, il en doit pas s'attendre, à son retour, à ce que tout soit exactement comme avant son départ et, donc, qu'il recommence immédiatement à assumer ces responsabilités-là. Il faut qu'ils aient le temps d'atteindre un nouvel équilibre entre eux deux, car les deux auront changé pendant le déploiement. Donc, voilà l'un des éléments sur lesquels on insiste.

Nous leur expliquons également que les conditions qu'ils ont connues pendant leur déploiement et tout ce qu'ils ont vécu en mission n'existeront plus quand ils seront de retour au Canada. Ils n'auront plus à s'inquiéter de la présence de mines dans les zones gazonnées; ils n'auront plus à craindre que des gens soient cachés derrière des bâtiments pour tirer sur eux, ou avoir peur, si un véhicule s'approche d'eux, ce véhicule va exploser et qu'ils seront blessés. Donc, nous insistons également sur cet élément-là.

De plus, nous parlons des signes et des symptômes des traumatismes liés au stress opérationnel, afin qu'ils puissent les reconnaître eux-mêmes et demander à se faire soigner, ou les reconnaître chez leurs amis et leur recommander de se faire soigner.

**L'hon. Denis Coderre:** Est-ce que cette période peut être plus longue que cinq jours, si jamais...

**Col A.G. Darch:** La période de décompression à Chypre? Non, elle dure cinq jours, et la structure est assez bien établie.

Au cours de cette période, quatre conférences sont données, et les soldats doivent choisir deux d'entre elles. Donc, ils participent directement au processus, puisqu'ils choisissent les conférences qui les intéressent. Encore une fois, comme je l'ai déjà dit, l'objet de cette décompression consiste surtout à les préparer à reprendre leur vie au Canada.

**Le président:** Merci.

Est-ce que ça va pour les députés de la majorité?

Y a-t-il un membre du Bloc qui voudrait poser des questions? Très bien. Monsieur Nadeau, c'est à vous.

[Français]

**M. Richard Nadeau:** Merci, monsieur le président.

J'ai une autre question à poser au sujet des services, mais je ne sais pas si c'est de votre ressort. Je vais quand même la poser. Je pense à Service Canada. Un collègue me parlait d'un jeune soldat qui avait quitté les forces après son retour d'Afghanistan et qui voulait avoir de l'information car il ne se sentait pas bien. Son réflexe a été de communiquer avec Service Canada. Service Canada est un service téléphonique qu'on peut joindre au 1-800-O-CANADA. Cela m'est revenu parce que je suis responsable du dossier de Service Canada au Bloc québécois. Le jeune homme n'était pas satisfait du tout de

l'information qu'il avait reçue, parce qu'on l'avait envoyé d'un endroit à un autre alors qu'il cherchait une information ayant trait à sa santé mentale. Il ne se sentait pas bien.

Les soldats qui quittent ont-ils des façons simples, ou moins compliquées, de joindre vos services médicaux, même si vous ne pouvez pas les aider directement? Pouvez-vous au moins les diriger de façon convenable afin qu'ils puissent obtenir de l'information et des services?

J'ai fait le test. La personne au bout du fil était sincère et voulait donner un coup de main, mais ce service est général. Ce ne sont pas des médecins, au bout du fil. Y a-t-il quelque chose de simple pour les soldats, un numéro de téléphone ou un service? Je ne pense pas que la caserne du coin de la rue dans un quartier offre ce service.

Quels sont les services concrets offerts à nos soldats qui ont besoin de services à leur retour et qui ne font plus partie des Forces canadiennes?

• (1715)

[Traduction]

**Col A.G. Darch:** Je pense qu'il vaudrait mieux qu'ils s'adressent directement au ministère des Anciens combattants. Nous traitons les membres des Forces canadiennes, et je dois donc vous demander de vous adresser aux Anciens combattants pour obtenir une réponse détaillée à cette question.

[Français]

**M. Richard Nadeau:** Vous me dites de poser la question au ministère des Anciens Combattants? Vous me le dites, c'est bien, mais le dites-vous à nos soldats lorsqu'ils quittent les Forces canadiennes? Mon père a 89 ans et il a su, il y a à peu près trois ans, qu'il pouvait obtenir des services du ministère des Anciens Combattants, comme une marchette, le ménage de la maison, etc. Il a droit à ces services et il l'a appris de son frère âgé de 90 ans. On parle d'âge très avancé, de vétérans de la Seconde Guerre mondiale. Mais depuis ce temps, malheureusement, il y a eu d'autres conflits dans le monde auxquels on a participé.

Pour les soldats qui quittent les Forces canadiennes aujourd'hui, y a-t-il quelque chose de plus simple que le ministère des Anciens Combattants?

[Traduction]

**Col A.G. Darch:** Si je ne m'abuse, tous les soldats qui quittent les Forces canadiennes sont convoqués à une entrevue de transition avec des représentants d'Anciens combattants Canada. Ainsi ils devraient être informés des mesures à prendre pour avoir accès aux différents services.

[Français]

**M. Richard Nadeau:** Vous me dites que vous croyez que... Voyez-vous? Vous n'en êtes pas certain vous-même, et moi je n'en sais rien.

Un soldat qui quitte un régiment — je ne sais pas comment fonctionnent les divisions — pourrait-il rappeler cette division? Si on me référerait un cas comme celui-là, pourrais-je lui dire d'appeler là d'où il vient? Prenons un exemple concret: s'il vient du Royal 22<sup>e</sup> Régiment, peut-il le rappeler, obtenir des services médicaux et se faire expliquer ce qu'il doit faire?

[Traduction]

**Col A.G. Darch:** Je sais qu'Anciens combattants Canada travaille de beaucoup plus près avec nous à l'heure actuelle. Des équipes de personnel d'Anciens combattants Canada se trouvent dans la plupart des bases de l'Armée au Canada. Voilà qui devrait faciliter la transition. Une autre possibilité pour quelqu'un comme le soldat que vous venez de mentionner serait de s'adresser à la famille régimentaire. Le Royal 22<sup>e</sup> Régiment a une solide association régimentaire et il pourrait donc obtenir certains services en passant par elle.

[Français]

**Captv M.E.C. Courchesne:** Certaines procédures se sont beaucoup améliorées depuis la Seconde Guerre mondiale. Les gens sont sensibilisés aux services auxquels ils ont accès lors de leur libération. Il y a certainement le ministère des Anciens Combattants, mais il y a aussi le centre — c'est vraiment en dehors de mes responsabilités — où est donnée l'information. C'est un organisme au sein de l'organisation du *Chief Military Personnel*, le *DCSA Centre*. Je pense que vous avez parlé au lieutenant-colonel Blais. Ces services sont disponibles pour les gens qui sont libérés. Il y a aussi un numéro 1-800, mais je ne le connais pas.

[Traduction]

**Le président:** Merci.

Les prochains tours sont pour les représentants du parti de la majorité, de l'opposition officielle, du parti de la majorité, de l'opposition officielle et, enfin, du NPD.

**Mme Dawn Black:** J'ai une très brève question.

• (1720)

**Le président:** C'est bien.

**Mme Dawn Black:** Capitaine, j'aimerais vous poser une question au sujet de l'Afghanistan et notamment de la Force aérienne, car il est évident que la Force aérienne, de même que les autres forces, sont nécessairement plus actives en Afghanistan.

Ceux d'entre nous qui sommes membres du Comité de la défense et qui avons été transportés à bord du Hercules jusqu'au terrain d'aviation de Kandahar avons été témoins des exercices, etc. À l'époque, je me demandais si vous faites du conditionnement psychologique auprès des pilotes pour les aider à supporter le stress associé au travail qu'ils accomplissent en Afghanistan.

Je me demandais aussi si vous avez observé une augmentation de ce genre de problèmes — c'est-à-dire le syndrome du stress post-traumatique ou les blessures professionnelles — chez les pilotes en Afghanistan qui sont membres de la Force aérienne.

**Captv M.E.C. Courchesne:** À ma connaissance, il n'y a pas eu d'augmentation du nombre de traumatismes liés au stress opérationnel chez nos pilotes. Et, à part ce que vient de mentionner mon collègue, le Colonel Darch, il n'y a pas de préparation psychologique particulière qui est donnée aux pilotes. Leur entraînement leur

apprend à mener à bien ce type de missions, et dans ce sens-là, ils sont préparés — bien préparés pour les missions qu'ils ont à remplir.

**Mme Dawn Black:** Je vous remercie.

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

Je tiens à tous vous remercier pour votre présence parmi nous aujourd'hui. Pour moi, vos observations et vos réponses ont certainement incité les membres du comité à vous poser d'excellentes questions. La contribution que vous apportez à notre étude est très appréciée, et nous vous en remercions. Je tiens également à dire que nous vous sommes reconnaissants pour le travail que vous réalisez. Faites-en sorte qu'ils continuent d'être en bonne santé.

Madame Black, vous avez déposé un avis de motion.

**Mme Dawn Black:** C'est exact.

**Le président:** Voulez-vous proposer votre motion maintenant?

**Mme Dawn Black:** Oui, je vais la proposer.

Je propose que, dans le cadre de l'étude du comité sur les services de santé fournis aux membres des Forces canadiennes, accordant une attention spéciale au syndrome de stress post-traumatique, le comité invite M<sup>mes</sup> Cindy Smith-MacDonald et Ann le Clair à comparaître devant le Comité permanent de la défense nationale lors de la réunion régulière qui se tiendra le 28 février 2008.

**Le président:** Merci. Nous sommes en train de distribuer le texte de la motion. Je pense que tout le monde a été informé de son contenu.

La prochaine réunion régulière du comité se tiendra le 28 février, et il a déjà été convenu de se réunir à huis clos ce jour-là pour discuter de futurs témoins. Par conséquent, je pense qu'il conviendrait... Nous avons récemment été informés que le budget sera déposé à 16 heures le mardi 26, après la semaine d'intercession.

**Mme Dawn Black:** N'y a-t-il pas de réunion le 26?

**Le président:** Non, le budget sera déposé à 16 heures.

Je signale donc aux membres du comité que nous allons examiner cette motion le 28 février, à huis clos, dans le cadre de notre discussion sur les travaux futurs du comité.

**Mme Dawn Black:** Si nous n'allons pas l'examiner avant ce moment-là... D'après les rumeurs, la Chambre serait dissoute avant cette date. J'espère que ce n'est pas un stratagème pour éviter d'entendre le point de vue de familles qui ont une contribution très importante à apporter aux travaux du comité.

**Le président:** Absolument pas. Comme je viens de le dire, la prochaine réunion se tiendra le 28, et à ce moment-là, nous nous réunirons à huis clos pour discuter des travaux futurs et de témoins futurs. Donc, il ne s'agit pas d'un stratagème pour éviter de recevoir certains témoins. Nous allons nous pencher sur tous les éléments de la question à ce moment-là.

La séance est levée.







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

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

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

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

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

---

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

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