



Chambre des communes  
CANADA

## Comité permanent de la défense nationale

---

NDDN • NUMÉRO 031 • 2<sup>e</sup> SESSION • 39<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le jeudi 12 juin 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 12 juin 2008

• (1535)

[Traduction]

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

Je souhaite la bienvenue aux nouveaux et aux anciens membres du comité.

Aujourd'hui, nous poursuivons notre étude sur les services de santé offerts au personnel des Forces canadiennes, en particulier dans le cas des troubles de stress post-traumatique.

Nous accueillons le major West, qui est le médecin-chef du Centre des services de santé des Forces canadiennes, à Ottawa. Nous accueillons également le commandant Wilcox, médecin-chef de la Force opérationnelle interarmées (Atlantique). Vous changez tellement vite de place que nous avons parfois de la difficulté à vous suivre. Nous recevons également le colonel Flaman, médecin-chef du Secteur de l'ouest de la Force terrestre, BFC Edmonton.

Bienvenue à tous.

Je pense que vous avez tous un bref exposé préliminaire à faire. Si vous voulez bien le faire, nous passerons ensuite aux questions.

**Capit D.R. Wilcox (médecin-chef régional, Force opérationnelle interarmées de l'Atlantique, ministère de la Défense nationale):** Merci.

Je suis le commandant Wilcox. Je suis médecin-chef de la Force opérationnelle interarmées (Atlantique). En d'autres termes, je suis le médecin-chef pour la région de l'Atlantique. Je suis responsable de la surveillance clinique de toutes les cliniques de la région de l'Atlantique et je suis aussi le représentant du commandant du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes.

J'aimerais faire trois clarifications concernant un témoignage antérieur.

La première concerne les titres de compétence du personnel. Je garantis que tout notre personnel est qualifié. Nos psychiatres ont la licence requise; ils sont également en règle par rapport à leurs collègues respectifs. Nos psychologues ont une maîtrise ou une doctorat. En fait, dans mon secteur de responsabilité, les deux tiers des psychologues ont un doctorat. Les travailleurs sociaux ont un baccalauréat ou une maîtrise et, au Canada atlantique, la région dont je suis responsable, ils ont tous une maîtrise. Les infirmières et infirmiers en santé mentale ont un baccalauréat en sciences et ont en outre un certificat en santé mentale d'une université ou de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Outre ces qualités, pendant la procédure de recrutement, nous appliquons le mandat et les critères de mérite ainsi que les conditions d'emploi pour sélectionner les personnes qui ont les ensembles de compétences que nous recherchons. Par exemple, la maîtrise de la thérapie cognitivo-comportementale est un ensemble de compétences. Un autre ensemble de compétences est l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR), et les

compétences psychodiagnostiques. Nous utilisons ensuite une procédure de sélection pour choisir les personnes qui répondent à nos besoins.

Nous avons en outre des services de formation médicale continue. Au cours de cette année, nous avons organisé à Gagetown une session de quatre jours sur la thérapie cognitivo-comportementale. On prévoit une session semblable en intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR). En fait, 1 p. 100 du salaire des employés de ces services sert à financer la formation médicale permanente.

Nous pratiquons par ailleurs la médecine collaborative. Autrement dit, personne ne doit être un expert dans tous les aspects du traitement des troubles de stress post-traumatique. On peut utiliser des infirmières en santé mentale pour dispenser certaines parties du traitement et des travailleurs sociaux pour d'autres parties. Par exemple, la psychoéducation est une partie du traitement, et une infirmière en santé mentale pourrait facilement s'en occuper. Un travailleur social pourrait s'occuper de la stabilisation, notamment des techniques de relaxation. L'avantage d'une pratique axée sur la collaboration est que nous pouvons mener plusieurs activités de front plutôt que de faire faire tout le traitement de façon séquentielle par la même personne.

L'autre question sur laquelle je voudrais donner des éclaircissements, c'est que nous pratiquons une médecine fondée sur les résultats cliniques et scientifiques. Nous avons eu un comité de normalisation qui a standardisé l'évaluation de nos patients, et nous avons actuellement un comité de normalisation du traitement chargé d'uniformiser le traitement.

Bien que ce comité se soit réuni, nous avons eu recours aux pratiques exemplaires. Nous nous basons sur les pratiques du ministère des Anciens combattants et du département américain de la Défense. Nous utilisons leurs lignes directrices pour la gestion du stress post-traumatique. Nous utilisons les lignes directrices de l'American Academy of Family Physicians. Bien que nous soyons en train de normaliser un traitement, nous nous basons sur des lignes directrices approuvées. Nous avons recours à un protocole thérapeutique cognitivo-comportemental multimodal et multiphase et nous n'utilisons pas le modèle de thérapie brève.

La dernière question que je voulais clarifier, c'est que la direction ne détermine jamais combien de sessions cliniques un patient recevra. Ce sont toujours les cliniciens qui prennent cette décision. Nous ne limitons jamais le nombre de sessions à 20. Les patients reçoivent le nombre de séances dont ils ont besoin. Nous demandons des notes sur les progrès réalisés à toutes les 10 séances. Nous ne refusons toutefois jamais un patient de l'extérieur s'il a des raisons légitimes de se faire traiter.

Merci de m'avoir permis de clarifier certains points du témoignage précédent.

Je laisse la parole à M. Flaman.

**Lcol H. Flaman (médecin-chef, Secteur de l'Ouest de la Force terrestre, BFC Edmonton, ministère de la Défense nationale):** Je m'appelle Henry Flaman. Certaines personnes me connaissent sous le nom de Hank. J'ai été médecin militaire dans les Forces canadiennes pendant 30 ans. Après 30 ans, je me suis fait muter à la Réserve primaire. J'y suis et je continue d'assurer la continuité des soins. On m'a demandé de rester, et je reste encore un an, ce qui me fera 32 années de service dans les Forces canadiennes.

Depuis 2000, c'est-à-dire depuis huit ans, je suis le médecin-chef du Secteur de l'Ouest de la Force terrestre, qui représente un vaste secteur. Il s'étend de la frontière manitobaine, y inclus Thunder Bay et la tête des Grands-Lacs, jusqu'à l'île de Vancouver et jusqu'à Yellowknife. Ce secteur couvre à peu près toute cette région. Je suis le conseiller médical régional pour les médecins-chefs des bases de Shilo, Edmonton, Winnipeg et Cold Lake, dans ce Secteur de l'Ouest. Dans notre secteur, nous avons démarré la roto 1 ou roto 0, en Afghanistan, et, par conséquent, nous avons pris notre part... Les unités avaient été mises sur pied à partir du Secteur de l'Ouest. Nous avons sorti les blessés des rotations, au Canada, et je présume qu'il a fallu ensuite développer les processus, qui n'étaient pas nécessairement tous parfaits. Nous avons dû créer nos liens, surtout avec la région sanitaire d'Edmonton, mais nous avons eu aussi le Winnipeg Health Sciences Centre comme principal secteur de réception des blessés. Nous avons dû travailler avec la chaîne de commandement pour nous assurer que les procédures de réception des blessés étaient appliquées en tenant dûment compte de leurs besoins et de ceux, de leur famille, de la chaîne de commandement et de diverses considérations de ce type.

Il y a le réseau de commandement puis il y a le réseau technique professionnel, c'est-à-dire les cliniciens, les psychiatres et tous les autres maillons de la chaîne. Nous avons un réseau technique professionnel très robuste, qui tient en fait tout le monde au courant et prévoit l'information qui doit être communiquée à d'autres services qui recevront peut-être quelqu'un, si bien que le médecin-chef de la Force opérationnelle interarmées qui reçoit un blessé en Afghanistan pourra appeler son homologue dans une certaine région du Canada, en sachant que c'est de là que vient le blessé, pour l'avertir. Ça n'a pas encore atteint le réseau de commandement, mais nous avons déjà notre réseau informel qui permet de préparer les gens à la tâche qu'ils devront accomplir. Nous travaillons dans les coulisses pour faciliter les éléments qui relèvent du commandement.

Par exemple, avertir les plus proches parents est une tâche très délicate. Il faut que ce soit fait avec empathie et compassion. Les agents administratifs, c'est-à-dire les jeunes officiers ou les commandants, doivent aller à la maison des parents et leur dire que leur fils ou leur fille a été blessé ou a été tué. En fait, nous aurons la capacité de nuancer le message et de donner de l'information en ayant sur place un clinicien qui pourra fournir des renseignements donnant une meilleure idée du contexte de l'événement. J'ai eu des commentaires à ce sujet et ils indiquent que les gens étaient très reconnaissants que quelqu'un puisse leur donner ces informations.

Ce sont des choses que nous avons codifiées en passant de la zone des préparatifs, dans le Secteur de l'Ouest, à la région du centre, puis à la région de l'Atlantique. Nous avons maintenant l'habitude de profiter des leçons apprises et d'améliorer la procédure, puis de nous améliorer. Par là j'entends que nous avons eu des blessés et des morts, et ainsi de suite, et que nous nous améliorons avec la pratique.

C'est tout ce que je dois faire pour le moment.

• (1540)

**Le président:** Merci beaucoup.

Je suis certain qu'on vous posera des questions.

Major West.

**Maj S. West (médecin-chef de la base, Centre des services de santé des Forces canadiennes Ottawa, ministère de la Défense nationale):** Je suis le major Sandra West. Je me suis engagée dans les forces lorsque j'étais étudiante en médecine, en 1985. J'ai quitté les forces en 1992, à la fin de ma période de service, pour aller dans la pratique civile. J'ai fait ça pendant sept ans. En 1999, je suis retournée à la clinique d'Ottawa comme médecin civil, où j'ai été praticienne civile pendant plusieurs années. En 2005, j'ai été transférée de la Réserve primaire à la force régulière, et j'ai repris mon uniforme. Depuis cette année-là, je suis médecin-chef à Ottawa — mise à part une période de 10 mois l'année dernière, dont sept passés en Afghanistan, à notre hôpital de rôle 3.

En qualité de médecin-chef, j'assure la supervision courante des cliniciens de la clinique. Il s'agit surtout de la clinique de soins primaires. La clinique d'Ottawa est structurée de façon légèrement différente de la plupart des autres cliniques, car la santé mentale ne relève pas directement de moi, surtout parce que notre programme de santé mentale est trop large pour cela. Ce programme a son propre système de surveillance. Cependant, je travaille en étroite collaboration avec les responsables de ce programme. Je garde également une petite pratique privée.

En ce qui concerne le rôle de la clinique d'Ottawa, nous dispensons des soins primaires et des services de soins spécialisés lorsque c'est possible, à tous les membres en poste dans la région d'Ottawa. Nous donnons également des services de soutien à certaines bases qui ne sont pas très éloignées, comme celles de Trenton, Kingston et Petawawa.

En ce qui concerne le rapatriement des blessés et des morts, Ottawa n'a évidemment pas de grosse unité opérationnelle, mais plusieurs petites; on ne voit donc pas d'unité déployée à l'extérieur d'Ottawa. Cependant, compte tenu des circonstances particulières à Petawawa et du fait que c'est une collectivité rurale avec un système médical qui est déjà très sollicité, lorsque Petawawa se déploie, nous lui donnons du soutien pour les soins aux blessés. La plupart des blessés aboutissent finalement à Ottawa et sont soignés, avec notre coordination, à l'hôpital approprié d'Ottawa, soit habituellement le Campus du Civic.

• (1545)

**Le président:** Merci.

À quelle date étiez-vous à rôle 3 dans les Forces canadiennes?

**Maj S. West:** C'était d'août 2007 jusqu'à la fin de février 2008, monsieur.

**Le président:** Bien. La première fois que nous sommes allés là-bas c'était en janvier 2007 et, par conséquent, nous n'étions pas là en même temps.

Je pense que vous avez participé à un documentaire pour la télévision ou quelque chose de semblable.

**Maj S. West:** Oui, monsieur.

**Le président:** Nous ne l'avons pas encore vu, mais nous le verrons.

Nous avons entendu des commentaires relatifs à d'éventuels problèmes régionaux. Je suis sûr qu'on vous posera des questions à ce sujet.

Le premier tour de table débute avec M. McGuire.

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

Vous avez vu aller et venir un assez grand nombre de soldats au cours des dernières années. Nous sommes allés à Wainwright et certains des soldats là-bas suivent un entraînement pour leur deuxième et troisième rotations. Vous en êtes peut-être arrivés à une quelconque conclusion au sujet du stress psychologique qu'un militaire peut supporter dans une situation comme celle qui prévaut en Afghanistan.

Combien de rotations pensez-vous qu'un être humain puisse faire en Afghanistan, surtout aux premières lignes, pour qu'on puisse s'attendre à ce qu'il conserve une assez bonne santé pour le temps qui lui reste?

**Lcol H. Flaman:** Est-ce que la question s'adresse à moi?

**L'hon. Joe McGuire:** Elle s'adresse à tous les témoins. Vous pouvez tous y répondre.

**Lcol H. Flaman:** C'est une question très difficile, car la réponse est différente selon l'individu. Elle est différente selon la capacité de l'individu de supporter le stress, selon qu'il a une vie équilibrée, selon sa vie de famille et en fonction de toutes sortes d'autres facteurs. Il y a des moments dans la vie d'une personne où les facteurs de stress sont trop nombreux et où même une seule rotation peut être difficile. Pour d'autres personnes, selon la tâche qu'elles ont à accomplir et les exigences...

Le plus important est d'être préparé pour la tâche à accomplir et de savoir exactement ce qu'il faut faire et ce que cela implique. Le fait de témoigner devant le comité nous a aidés; nous avons examiné des notes, etc. Il y a un processus éducatif à faire pour préparer les soldats à partir.

Par conséquent, c'est différent d'une personne à l'autre. On ne peut pas vraiment dire, ou du moins je ne peux pas dire, l'effet que ça fera; une personne considère que c'est une expérience importante alors qu'une autre estime que c'est un stress.

Pour ce qui est de déterminer si les gens peuvent partir, nous avons signalé qu'en principe, ils devraient être de retour 18 mois après la rotation. Il ne faudrait pas de déploiement après... ou on devrait être de retour après 18 mois, à moins de signaler qu'on tient vraiment à partir et qu'on n'a aucune difficulté particulière. Dans ce cas, nous faisons une autre évaluation de votre vie et déterminons si vous voulez partir ou non. De façon générale, c'est la personne concernée qui détermine si elle est prête à s'en aller. C'est comme ça dans le domaine médical; c'est la personne concernée qui décide.

Par conséquent, si la personne concernée veut s'en aller et que tout semble être en ordre si tout indique qu'il n'y a pas d'autres plaintes en cours ou qu'aucun autre antécédent ne fait penser que ça pourrait être contre-indiqué — la personne peut partir.

**L'hon. Joe McGuire:** Ces personnes sont toutefois dans une profession où le fait de ne pas partir a d'autres implications. D'autres pressions sont associées à la décision de partir ou de rester. Il pourrait y avoir un prix à payer pour vouloir délibérément rester au pays alors que d'autres s'en vont.

Comme vous le dites, il faudrait un délai de 18 mois entre les rotations. Au cours de notre visite à Valcartier, les épouses nous ont dit que les membres des Forces canadiennes étaient partis pour des périodes de 12 à 18 mois — en rotation, en entraînement ou pour l'entraînement d'autres personnes —, ce qui représente un stress considérable pour ces personnes. Elles ne voient pas leur famille pendant une longue période. Ça impose un grand stress également aux familles. Le père ou la mère manque aux enfants, du fait qu'ils sont absents pour des périodes prolongées.

Je ne pense pas que ce soit une période saine pendant laquelle on peut...

**Lcol H. Flaman:** C'est un des métiers qui sont en fait liés aux armes — ça dépend d'un tas de choses, mais c'est surtout lié aux armes —, et l'entraînement fait partie du métier. C'est notre travail: l'entraînement, l'entraînement des autres et se préparer au déploiement lorsqu'on est prêt à s'en aller. C'est surtout ainsi que l'équipe fonctionne.

Il y a des éléments de stress pour les familles, comme dans le secteur pétrolier en Alberta, où les travailleurs doivent partir dans les champs pétrolifères.

Par conséquent, c'est un emploi auquel est associé un certain stress pour les familles et pour les réseaux de soutien familial.

● (1550)

**L'hon. Joe McGuire:** On ne se fait toutefois pas tirer dessus, dans le secteur pétrolier.

**Lcol. H. Flaman:** Non.

**Captf D.R. Wilcox:** Dans une certaine mesure, ce sont les personnes concernées qui choisissent ces différents types de métiers. Il n'y a pas par exemple de critères de sélection pour les sous-marinières. Les personnes qui travaillent dans ce secteur ont décidé elles-mêmes de se sentir à l'aise dans ce milieu fermé et confiné. Il existe une procédure de sélection aux États-Unis.

Je pense que dans nos forces armées, la plupart des membres choisissent eux-mêmes les différents secteurs où ils travaillent, sachant qu'ils seront éloignés de leur foyer et qu'ils seront employés de cette façon.

**L'hon. Joe McGuire:** D'après l'expérience américaine, il paraît que les rotations sont tellement longues que la plupart des relations sont complètement détruites, en raison du stress, avec les blessés et les morts, non seulement sur place, mais aussi psychologiquement, particulièrement au sein des familles.

**Maj S. West:** Monsieur le président, je pourrais peut-être décrire un peu le contexte.

Après mon engagement dans les forces armées, j'ai été trois ans en poste dans la première brigade, à une époque où on n'était pas souvent déployé et où on ne participait pas beaucoup à des conflits. Il y a eu la guerre du Golfe, qui a été si rapide que nous l'avons tous manquée. À la fin de mes trois années de service, j'ai calculé combien de temps j'avais passé à Calgary, pour constater que c'était en moyenne six mois par an.

Nous avons toujours passé beaucoup de temps à l'entraînement. Certains risques ont toujours été associés à notre métier. Ça fait partie du travail des forces armées. Les membres des forces armées choisissent eux-mêmes. Si ce n'est pas une vie qui vous convient, ou si ça ne vous convient plus, il y a des possibilités de changer de métier, avec les ensembles de compétences qu'on a acquises dans les forces armées.

**L'hon. Joe McGuire:** Cependant, passer six mois au cours d'une période sans combat, c'est très différent de 18 mois au cours d'une période de combat.

**Maj S. West:** Et aussi de six mois au cours d'une période de combat.

**L'hon. Joe McGuire:** Le sujet de notre étude, c'est la santé de ces personnes-là et les services auxquels elles ont accès. Y a-t-il quelqu'un pour leur donner des conseils quand elles voudraient peut-être partir, mais ne devraient pas le faire?

**Lcol H. Flaman:** Il existe des programmes ayant pour objet de leur apprendre à détecter le stress, chez elles et chez les autres personnes qui sont là, et à savoir comment réagir à ces facteurs de stress. Les membres des Forces canadiennes ont accès à des programmes éducatifs. Nous ne les forçons pas à suivre un traitement ou à prendre d'autres initiatives s'il n'est pas manifeste qu'ils en ont besoin mais, dans la plupart des cas, ce sont les personnes elles-mêmes qui décident.

Dans un contexte économique comme celui de l'Alberta, le recrutement est, même maintenant, apparemment à la hausse. Les membres des Forces canadiennes ont généralement tendance à rester ou restent pour certaines raisons... En fait, certains d'entre eux veulent aller combattre. Ils ne savaient peut-être pas très bien ce que cela impliquait pour eux et pour leur famille, mais ils voulaient ce type d'emploi.

**Capit D.R. Wilcox:** Nous n'envoyons pas au front les personnes qui suivent un traitement et qui sont sous traitement actif pour des traumatismes liés au stress opérationnel, même si elles se sont portées volontaires.

**L'hon. Joe McGuire:** Vous ne les envoyez pas.

**Capit D.R. Wilcox:** Non.

**Maj S. West:** On suit une procédure de sélection très élaborée pour ceux qui veulent aller au front. Chaque militaire doit se soumettre à une procédure de dépistage.

Quand on suit un traitement, on n'y est pas envoyé. Quand on ne suit pas de traitement, il y a de bonnes chances que la procédure de dépistage permette de déterminer si un traitement est essentiel.

**Le président:** Merci.

Monsieur Bachand.

[Français]

**M. Claude Bachand (Saint-Jean, BQ):** Je veux vous souhaiter la bienvenue et vous remercier pour votre présentation.

Je vais commencer par vous, monsieur Wilcox. Vous avez parlé d'un traitement standardisé. Ce traitement s'appliquerait-il uniquement à la Force opérationnelle interarmées (Atlantique), ou s'il est possible de l'étendre à l'ensemble des Forces canadiennes? Autrement dit, dans les Forces canadiennes, une personne qui est traitée pour le syndrome de stress post-traumatique à Vancouver recevra-t-elle le même traitement qu'une autre qui est traitée pour le même problème à Halifax?

• (1555)

[Traduction]

**Capit D.R. Wilcox:** Certainement. On a beaucoup de marge de manoeuvre. Ce ne sont que des lignes directrices, mais la plupart des cliniques y ont accès.

J'aimerais clarifier ceci. Le comité se réunit actuellement pour canadianiser les protocoles de traitement. Il utilise certains des protocoles ou des lignes directrices américains, car en examinant les lignes directrices actuelles, on constate qu'elles laissent beaucoup de latitude en ce qui concerne le moment qui convient pour avoir recours à l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR) ou à la thérapie cognitivo-comportementale. Elles donnent accès à plusieurs outils de traitement des troubles post-traumatiques liés au stress ou des traumatismes liés au stress opérationnel.

Pour donner une réponse plus concise, je vous recommanderais de discuter avec certains psychiatres militaires qui pourraient vous

donner une réponse détaillée. Je sais toutefois qu'un comité essaie de standardiser les traitements.

[Français]

**M. Claude Bachand:** Ils essaient de standardiser les traitements en les canadianisant, comme vous le dites. Quand je suis allé à Halifax, j'ai été surpris. J'ai demandé à l'amiral comment on faisait pour canadianiser les sous-marins canadiens. Il m'a répondu qu'il fallait y inclure des torpilles américaines. Vous semblez dire la même chose au sujet des traitements canadiens. Je n'ai rien contre, car je crois que les Américains ont beaucoup de choses à nous apprendre.

Vous dites qu'un comité étudie l'aspect clinique. La standardisation des traitements est-elle faisable? Chaque clinicien, psychologue ou psychiatre a-t-il une complète liberté quant à la façon dont il traitera ses patients? Comment peut-on standardiser les traitements tout en respectant la pratique des cliniciens? Peut-on le faire au moyen d'une grille d'évaluation? Un psychanalyste, par exemple, devra-t-il suivre un certain nombre d'étapes? Comment cela fonctionne-t-il, en règle générale? Est-ce vraiment une standardisation, ou si on laisse chaque médecin traitant apporter les soins appropriés à ses patients?

[Traduction]

**Capit D.R. Wilcox:** Quand nous parlons de médecine fondée sur les résultats cliniques et scientifiques, il s'agit d'essais contrôlés et randomisés qui démontrent qu'un médicament est plus efficace qu'un autre ou qu'une psychothérapie est plus efficace qu'une autre. On établit alors un groupe de travail, puis on examine les résultats de tous ces essais pour déterminer quel est le meilleur traitement. C'est ce que nous voulons faire.

Une étude menée par une compagnie pharmaceutique, peut indiquer un résultat, mais ce qu'on fait, c'est une méta-analyse dans le cadre de laquelle on examine toutes les études relatives à une thérapie pour déterminer si, en définitive, elle est efficace ou non. C'est ce que font ces comités. Ils examinent ensuite les résultats de tous les essais contrôlés et randomisés; ça nous aide.

Ils travaillent par algorithmes. Ils donnent différentes options.

**M. Claude Bachand:** Pouvons-nous obtenir ces documents? Sont-ils secrets?

**Capit D.R. Wilcox:** Non, vous pouvez les trouver sur Internet.

**M. Claude Bachand:** Nous avons de la chance aujourd'hui.

**Lcol H. Flaman:** J'aimerais faire un autre commentaire. Avant qu'on ne procède ainsi, tous les militaires avaient des troubles de stress post-traumatique et on ne faisait jamais de diagnostic fondé sur une procédure de diagnostic standardisée. Par conséquent, il s'agissait souvent d'un diagnostic écrit, mais qui ne répondait en fait pas aux critères établis.

Pour ajouter de la rigueur à la procédure, ces comités ont d'abord décidé de normaliser les critères. Quand on dit que quelqu'un souffre de troubles de stress post-traumatique, il faut s'assurer que ça répond à tous les critères de ce diagnostic et que tout le monde parle de la même chose. Il y a en outre d'autres symptômes associés à ce diagnostic.

L'établissement d'une définition était la tâche des services de santé mentale et ils ont fait un excellent travail en se réunissant, pour décider comment ils allaient procéder, pour déterminer les critères et tenter de les définir. Autrefois, ces diagnostics étaient établis avec très peu de rigueur.

•(1600)

[Français]

**M. Claude Bachand:** Monsieur Flaman, vous avez dit que vous vous amélioriez dans ce domaine. Est-ce la situation que vous m'avez décrite qui vous fait dire cela? Vous dites essayer d'offrir un meilleur traitement et améliorer votre approche grâce aux nombreux échanges entre cliniciens. Est-ce cette consultation mutuelle qui vous permet de dire que vous vous améliorez?

[Traduction]

**Lcol H. Flaman:** Le système s'améliore, car ces comités ont déterminé le nombre de cliniciens nécessaires, le nombre de psychologues nécessaires dans une clinique de santé mentale, le nombre de travailleurs sociaux nécessaires, bref tous les effectifs nécessaires en santé mentale. Tout cela a été déterminé.

Des fonds ont été débloqués pour recruter ces personnes et, dans différentes cliniques pour traumatismes liés au stress opérationnel, on a rassemblé toutes ces personnes qui travaillent maintenant en se basant sur des définitions précises des besoins et des réalisations attendues, etc.; le système s'est donc amélioré.

[Français]

**M. Claude Bachand:** Madame West, vous êtes médecin-chef de la base. Vous avez dit surveiller l'ensemble des traitements apportés, mais vous avez affirmé également avoir votre propre petite clinique. Or, je ne verrais pas d'un très bon œil que vous receviez des patients pour ensuite les référer à votre clinique privée.

Est-ce que vos collègues ou vous-même êtes en mesure de me dire si un code de déontologie régit les médecins ou cliniciens des Forces canadiennes?

[Traduction]

**Maj S. West:** Je crains que vous ayez mal compris, monsieur. J'ai une pratique clinique. Je pratique toujours dans une clinique. Certains des patients de notre clinique sont mes patients. Je ne les aiguille pas vers d'autres personnes. Je suis déjà assez occupée quotidiennement dans mon emploi de jour, qui devient un emploi de soirée et de fin de semaine également. Je n'ai pas le temps de pratiquer à l'extérieur.

Il existe effectivement des lignes directrices sur l'éthique. Des règlements ont été établis par nos organismes médicaux directeurs et par les forces armées pour des situations comme celle-là. Nous n'envoyons normalement pas un patient qui est suivi par un clinicien de notre clinique à sa clinique privée, sauf si nous avons des motifs légitimes de le faire. Tous les aiguillages sont examinés et une question comme celle-là serait toujours examinée très attentivement.

**M. Claude Bachand:** Il y aurait une lumière rouge.

**Maj S. West:** Ou bien, il y aurait une lumière jaune.

**M. Claude Bachand:** Une lumière jaune, ou une lumière orange serait encore mieux.

**Maj S. West:** Ça dépend dans quelle région du pays on se trouve.

**Le président:** Votre lumière rouge est sur le point de s'allumer. Le temps dont vous disposiez est écoulé.

Merci beaucoup.

Madame Black.

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

Je vous remercie d'être venus témoigner aujourd'hui.

Je pense que vous savez que notre étude dure depuis un certain temps et que nous avons entendu par conséquent un nombre raisonnable de témoins. Je pense qu'il serait juste de dire que certains témoignages, parmi les plus convaincants ou les plus spectaculaires, ont été faits à huis clos et que vous n'y auriez par conséquent pas accès. Après plusieurs mois d'audiences, les commentaires que nous avons entendus indiquent que sur le plan systémique, les membres des Forces canadiennes ne reçoivent pas encore les services de santé mentale aussi rapidement que ce serait peut-être nécessaire, et que les services dont ils pourraient avoir besoin ne sont pas toujours disponibles. Nous avons appris que certains des services de santé, surtout dans le domaine de la santé mentale, ont été financés insuffisamment ou que le personnel affecté à ces tâches est insuffisant et qu'il n'existe pas de lignes directrices précises concernant les troubles de stress post-traumatique; vous dites qu'on est en train de remédier à cela, et je suis heureuse de l'apprendre. J'espère que vous communiquerez tous ces renseignements au comité. Nous pourrions peut-être examiner la question.

Nous avons en outre entendu — toujours à huis clos — des commentaires sur la stigmatisation liée aux problèmes de santé mentale ou aux traumatismes crâniens. On a signalé que les militaires eux-mêmes étaient conscients de cette stigmatisation et que ça réduisait peut-être leur capacité d'accès à un traitement.

Dans le contexte actuel de la guerre en Afghanistan, je pense qu'il est clair pour nous tous que de nombreux traumatismes dont souffrent les membres des Forces canadiennes, qu'il s'agisse de traumatismes physiques ou mentaux, sont plus complexes que ceux qui nous étaient jusqu'alors familiers. Nous avons eu des renseignements sur ce qu'on appelle aux États-Unis un traumatisme crânien acquis. En tant que profane, je comprends que c'est peut-être lié aux explosions dont les militaires sont témoins. Je me demande si vous avez considéré ça comme un problème distinct des troubles de stress post-traumatique. Je me demande si vous ne pourriez pas faire des commentaires à ce sujet.

•(1605)

**Captf D.R. Wilcox:** La chose sur laquelle je peux faire des commentaires, ce sont les délais d'attente. L'Association médicale canadienne a établi, en partenariat avec l'Association des psychiatres du Canada, une Alliance pour les temps d'attente, qui avait pour but d'établir une base de référence en ce qui concerne les temps d'attente appropriés. On estimait que pour les cas urgents, sur aiguillage d'un omnipraticien, un délai d'une ou deux semaines serait raisonnable et pour les cas non urgents ou prévus, le temps d'attente serait de deux à quatre semaines. C'est donc la base de référence pour l'Association médicale canadienne.

L'Institut Fraser a examiné, de janvier à avril 2007, les délais d'attente pour les soins psychiatriques dans toutes les provinces; mes commentaires porteront uniquement sur les résultats pour le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse, que je connais mieux. En ce qui concerne les soins urgents au Nouveau-Brunswick, le délai d'attente pour être examiné par un psychiatre était de deux semaines et pour les cas non urgents, de 11 semaines. En Nouvelle-Écosse, il était d'une semaine pour les cas urgents et de huit semaines pour les cas non urgents. Dans nos cliniques, nous faisons une évaluation initiale dans un délai de cinq jours et à Gagetown et Halifax, la personne sera examinée par un psychiatre dans les trois semaines s'il s'agit d'un cas non urgent et, s'il s'agit d'un cas urgent, l'évaluation initiale sera faite le jour même, et la personne sera examinée le plus souvent le jour même par des psychiatres. Par conséquent, nous avons non seulement des délais plus courts que les temps d'attentes provinciaux actuels, mais nous avons en outre déjà atteint les délais de référence fixés par l'Alliance pour les temps d'attente. Je pense que ça donne une idée des temps d'attente.

Je ne sais pas si un autre témoin voulait faire des commentaires.

**Maj S. West:** Je peux dire que les temps d'attente sont à peu près les mêmes à Ottawa. Nous avons probablement fait de gros progrès, mais je ne pense pas que la situation ait jamais été aussi grave qu'on ne le percevait. On a souvent affaire à des patients qui avaient besoin d'aide depuis longtemps mais qui ne s'étaient pas fait connaître du système médical, et c'est peut-être perçu comme un temps d'attente. Cependant, à partir du moment où la personne est connue de notre clinique, je peux généralement la faire examiner dans les 24 heures, si c'est nécessaire; l'évaluation initiale est généralement faite dans un délai d'une semaine.

**Mme Dawn Black:** C'est presque à l'opposé de certains commentaires qui ont été faits, en particulier dans le cadre de notre audience à huis clos. En fait, des parents de la région de l'Atlantique ont signalé de façon très claire que leur fils n'avait pas encore reçu un diagnostic complet, des mois après son retour d'Afghanistan. Il est toujours aux prises avec ses traumatismes de l'Afghanistan. Ils nous ont mentionné clairement qu'ils comprennent bien les Forces canadiennes, mais qu'ils sont très déçus du manque de soins et d'attention dont leur fils a fait l'objet.

Je trouve qu'il y a un écart entre les commentaires faits par les familles et les soldats en ce qui concerne les troubles de stress post-traumatique et les traumatismes crâniens, acquis ou non, et ceux de personnes qui sont dans votre position.

• (1610)

**Captif D.R. Wilcox:** Je pourrais faire des commentaires à ce sujet. Nous connaissons des cas de déni de la part du patient. Ce déni donne peut-être une mauvaise idée de la situation à sa famille, car à son épouse qui voudrait qu'il se fasse traiter, il affirme qu'il n'arrive pas à obtenir des soins.

**Mme Dawn Black:** Ce n'est pas du tout le cas dans l'affaire que je mentionne.

**Maj S. West:** Vous avez toutefois fait un commentaire intéressant, à savoir qu'il n'a pas encore obtenu de diagnostic complet, ce qui me porte à croire qu'il reçoit des soins médicaux. En ce qui concerne les traumatismes crâniens et les problèmes de santé mentale, le diagnostic est très complexe et le processus peut prendre des mois. Les patients passent souvent d'un diagnostic à l'autre.

**Mme Dawn Black:** Je ne veux pas me baser sur un seul cas, car nous avons entendu les commentaires de plusieurs personnes.

**Maj S. West:** C'est un problème courant. Les patients reviennent souvent de la visite en disant qu'ils se demandent ce qui ne va pas avec les psychiatres chez lesquels on les envoie, que ceux-ci n'arrivent pas à faire un diagnostic et qu'ils ne font rien. En fait, ils travaillent d'arrache-pied pour établir un diagnostic. C'est extrêmement frustrant pour le patient.

**Mme Dawn Black:** J'en suis sûr. Je voulais simplement signaler qu'il y a une différence entre les commentaires qu'on entend à votre niveau et ceux qui sont faits au niveau individuel. C'est important d'en tenir compte.

**Maj S. West:** La différence est dans la perception.

**Mme Dawn Black:** Peut-être bien, mais pas nécessairement.

**Lcol H. Flaman:** Je voudrais faire un autre commentaire, car vous avez fait mention du traumatisme crânien. *USA Today* a signalé que c'était la maladie ou le traumatisme typique de ceux qui sont allés en Irak ou en Afghanistan.

Nous voyons des personnes atteintes de traumatisme crânien. Il y a les traumatismes crâniens sévères évidents, dus aux tonneaux faits par les véhicules et aux explosions, par exemple; ils sont gérés de la façon dont ils le sont normalement dans les services de soins intensifs. On surveille l'activité cérébrale et on fait d'autres tests. Maintenant qu'on le sait, il y a des conditions à suivre lorsqu'une personne a été prise, par exemple, dans l'explosion d'un engin explosif improvisé et qu'on n'a pas remarqué qu'elle avait fait une commotion ou qu'elle avait été étourdie ou désorientée ou encore qu'elle avait perdu conscience.

Tous les membres des Forces canadiennes qui passent par le centre médical régional de Landstuhl sont évalués. Nous faisons un suivi de toutes les personnes qui passent par le centre de Landstuhl. En fait, quand une personne a été à proximité d'un engin explosif improvisé ou dans une autre situation semblable, nous faisons une sorte de tests psychométriques pour déterminer si l'événement a eu des incidences sur les facultés cognitives. Certaines personnes pensent que quelque chose comme le syndrome de stress post-traumatique, qui entraîne des troubles de la mémoire et de la pensée, est un traumatisme crânien mineur alors qu'en fait, ça affecte le processus cognitif et que ce n'est pas vraiment un traumatisme. Les militaires n'aiment pas s'entendre dire qu'ils ont un problème de processus mental. Ils préfèrent avoir des problèmes de nature physique. Par conséquent, quand on discute de tout cela, il faut définir clairement ce qu'on entend par « traumatisme crânien ».

Je m'aventure dans un domaine qui n'est pas le mien. Il y a en fait des experts qui examinent la question pour déterminer de façon précise ce qu'il faut faire pour évaluer ce problème et le traiter.

**Mme Dawn Black:** Est-ce qu'il s'agit de deux choses différentes?

**Le président:** Je m'excuse, mais nous devons avancer. Nous espérons pouvoir revenir à cette question.

Monsieur Hawn.

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

Je vous remercie d'être venus... [Note de la rédaction: difficultés techniques]



Pour en revenir à ce dont Mme Black discutait, il y a une très grosse différence de perception au niveau du traitement, selon qu'on est la personne qui donne les soins ou celle qui les reçoit. Je pense qu'on ne risque guère de se tromper en disant qu'un comité comme celui-ci attirera le type de personnes qui ont la perception, vraie ou fausse, que les soins ne sont pas suffisants. Est-ce lié à la nature humaine?

**Lcol H. Flaman:** Je pourrais peut-être expliquer comment une personne a des contacts avec les services médicaux.

Nous devons, naturellement, faire du recrutement et, par conséquent, les futurs membres des Forces canadiennes sont soumis à une procédure de recrutement. Quelqu'un leur demande en fait s'ils ont déjà eu des problèmes. Ils subissent un examen médical pour déterminer s'ils sont aptes — en ce qui concerne leurs genoux ou d'autres problèmes — à servir dans les forces. Je demande toujours aux médecins, quand je leur parle: « Quelle image ont-ils donnée le jeudi après-midi où ils ont subi leur examen médical? Voudraient-ils donner une image positive ou une image négative? » Si une personne déclare, lors de son examen, être apte à faire ce travail, et tout le travail, et prétend être apte à aller au front, par exemple, le médecin n'a plus rien à dire. Nous n'avons pas de petit bidule comme le vaisseau de l'espace *Enterprise*, par exemple, qui puisse indiquer si quelqu'un est apte ou non. Tout repose sur l'expérience du clinicien. Tout repose sur la façon dont on recueille l'information. La partie la plus importante est d'établir une bonne chronologie et d'avoir assez de temps pour discuter avec le patient et établir avec lui une relation.

Tous les médecins en uniforme sont, cela va de soi, des médecins d'entreprise. Les personnes qui viennent les trouver comprennent qu'ils travaillent pour leur bien, certes, mais aussi pour les Forces canadiennes. Nous sommes donc en quelque sorte des médecins d'entreprise. Quand une personne vient nous trouver pour signaler par exemple un problème de dos qui la dérange, elle s'attend généralement à être dispensée de l'entraînement ce jour-là ou le lendemain. C'est d'ailleurs la mentalité générale; ce n'est pas l'exclusivité des militaires; toute personne qui va trouver un médecin s'attend à se faire prescrire un antibiotique ou à avoir une consultation.

Quand le médecin répond aux attentes de la personne, celle-ci dit qu'elle a eu un excellent service, dépassant ses attentes. Par contre, si la personne n'a pas obtenu ce qu'elle voulait, elle dit qu'elle se demande si le médecin en question connaît son métier.

Par exemple, si un médecin vous voit, vous vous attendez à ce qu'il prescrive des antibiotiques. Les antibiotiques sont peut-être la dernière chose qu'on devrait vous prescrire. Vous n'avez pas un problème de santé qui nécessite la prise d'antibiotiques. Si vous allez là en vous attendant à ce qu'on vous en prescrive et qu'on ne le fait pas, vous trouvez que vous n'avez pas été examiné par un très bon médecin, parce qu'il ne vous a pas donné d'antibiotiques et parce qu'il lui a fallu une heure pour vous expliquer pourquoi il vaut mieux ne pas en prendre.

Ce médecin a probablement fait ce qui était le plus approprié dans votre cas mais, comme vous le savez, les médecins n'ont pas le temps de passer une heure à expliquer pourquoi ils ne vous prescrivent pas d'antibiotiques alors que c'est beaucoup plus facile de dire: « Voici, vous avez vos antibiotiques ». Cependant, deux jours plus tard, quand vous constatez que les antibiotiques ne font pas effet, vous vous précipitez en disant que ce médecin n'était pas très bon et que vous avez besoin d'autres antibiotiques.

C'est là que se situe la difficulté. Il faut comprendre que les soins, c'est complexe. Quand les gens racontent qu'ils n'ont pas aimé la

personne qui les a soignés, c'est exactement comme ce qui arrive lorsque les mères ne répondent pas aux attentes de leurs enfants: c'est à elles qu'on fait des reproches. Les enfants font donc des reproches à la personne qui fait probablement le plus pour les aider. La situation est la même en ce qui concerne la complexité de la fourniture des soins.

• (1615)

**Capit D.R. Wilcox:** Je pourrais peut-être faire un autre commentaire. Ça confirme ce que nous avons dit à propos des temps d'attente, à savoir qu'ils sont précis.

J'ai examiné les données de l'Association médicale du Canada sur le nombre de fournisseurs de soins en santé mentale et notre population. J'ai pu déterminer le nombre de psychiatres, de psychologues, de travailleurs sociaux et d'infirmières en santé mentale par 100 000 habitants. J'ai comparé ces chiffres avec nos populations de patients de différentes bases. Nous dépassons largement la moyenne nationale en ce qui concerne le nombre de dispensateurs de soins de santé mentale dans nos bases. Par exemple, à Halifax, le nombre de psychiatres est cinq fois plus élevé que la moyenne nationale, deux fois plus élevé en ce qui concerne les psychologues, deux fois plus élevé en ce qui concerne les travailleurs sociaux et quatre fois plus élevé en ce qui concerne les infirmières et infirmiers en santé mentale.

Ça confirme que nous sommes capables de respecter les délais d'attente de référence: nous avons le personnel requis.

**M. Laurie Hawn:** Est-il juste de dire que nous serons toujours dans un contexte d'apprentissage dans un domaine comme celui-ci?

**Maj S. West:** Eh bien, nous pratiquons la médecine et, un de ces jours, nous trouverons le moyen d'y arriver.

**Des voix:** Oh, oh!

**M. Laurie Hawn:** C'est valable pour tout type de médecine. C'est plus spectaculaire, naturellement, lorsqu'il s'agit du type de médecine pratiquée dans les Forces canadiennes de nos jours, avec les blessures physiques et les traumatismes mentaux.

L'expérience nous enseigne beaucoup. Edmonton a peut-être un avantage sur d'autres régions car elle a plus d'expérience. D'autres pays ont peut-être un avantage sur le Canada parce qu'ils ont plus d'expérience. Le facteur important est-il de partager cette expérience, pour aider les bases comme Petawawa et Gagetown ou d'autres bases grâce à ce qu'on a appris à Edmonton?

**Lcol H. Flaman:** Oui, mais il faut en faire une application différente. Nous avons eu des discussions sur le fait que l'Armée de terre, la Force navale et la Force aérienne ont des approches différentes en matière de soins. Chaque milieu a ses besoins particuliers. Ce n'est pas efficace d'appliquer un point de vue valable pour l'Armée de terre à la Force navale. Ces deux secteurs ont des relations différentes avec la chaîne de commandement. Ce sont des milieux totalement différents.

Nous devons fondamentalement appliquer les principes généraux, à savoir une médecine efficace et laisser un temps suffisant aux cliniciens pour leur permettre d'établir des relations. Ce sont de bons principes applicables à n'importe quel milieu. Il faut en outre être crédible. Les personnes qui dispensent des soins devraient avoir une certaine crédibilité et devraient connaître les besoins particuliers des membres de l'Armée de terre, de ceux de la Force aérienne et de ceux de la Force navale.

**M. Laurie Hawn:** Nous voulons augmenter le nombre de professionnels en santé mentale de 229 à 447 au cours des deux prochaines années. C'est le prochain objectif, et les fonds nécessaires sont à notre disposition, mais pensez-vous que ce soit une attente réaliste, compte tenu du milieu éducatif et du milieu de travail?

**Lcol H. Flaman:** Ça posera un défi, car le bassin des professionnels en soins de santé, je veux dire de psychiatres et de médecins, par exemple, est limité. Si nous arrivons à les attirer dans nos cliniques, nous en priverons certains autres secteurs de la société. Si nous développons une bonne aptitude à recruter des psychiatres, d'où viendront-ils? Ils viendront d'un endroit où ils dispensent déjà des soins.

Il faut par conséquent se montrer prudent dans ce domaine. On a beau avoir tout l'argent qu'on veut, le problème dans le secteur des soins de santé, c'est qu'il n'y a peut-être pas assez de spécialistes dans les domaines où nous en avons besoin pour toute la société. Nous faisons toutefois partie de cette société.

• (1620)

**M. Laurie Hawn:** Il existe un Programme militaire d'études de médecine depuis toujours, qui a pour objet de former des médecins parmi les membres des autres groupes professionnels militaires. Je pense que ce programme a été élargi il y a plusieurs années pour devenir un programme spécial d'encouragement ou d'initiative pour les militaires du rang et les réservistes qui n'auraient pas été admissibles aux programmes plus anciens.

Quelle en a été l'efficacité? Avez-vous des chiffres à ce sujet?

**Captf D.R. Wilcox:** Ce fut une très grande réussite.

**Lcol H. Flaman:** En 2011, nous aurons suffisamment de personnes en formation — c'est-à-dire de personnes qui participent aux programmes — pour répondre au niveau de dotation prévu, ou liste de dotation, en ce qui concerne les médecins.

**Captf D.R. Wilcox:** Il y a toujours eu un besoin de dispensateurs de soins de santé civils. La théorie est que nous voulons avoir un nombre suffisant de civils dans les cliniques pour pouvoir y prélever tous les médecins militaires nécessaires, tout en permettant aux cliniques de continuer de fonctionner. C'est la raison pour laquelle nous sommes aussi efficaces dans le contexte des opérations intérieures. Nous pouvons prélever les cliniciens et les infirmières et infirmiers dont nous avons besoin et soutenir une opération intérieure, alors qu'en Ontario, avec le système HERT, il faut aller les chercher dans les services des urgences.

Il y aura donc toujours un besoin de dispensateurs de soins de santé civils si l'on veut attirer un nombre suffisant de médecins militaires.

**Le président:** Merci.

C'est la fin du premier tour de table. Nous faisons maintenant un tour de table de cinq minutes.

Monsieur Rota, puis M. Lunney, pour cinq minutes.

**M. Anthony Rota (Nipissing—Timiskaming, Lib.):** Merci d'être venus aujourd'hui.

Je ne comptais pas m'engager sur cette piste, mais je trouve intéressant qu'il y ait un système de présélection aux États-Unis et un système d'autosélection au Canada. Quand j'y pense, je pense aux jeunes qui essaient de se faire une place dans la société et disent que c'est là qu'ils voudraient être. C'est toutefois en quelque sorte difficile de dire que c'est effectivement là qu'on pourra trouver sa place.

Je voudrais vous poser deux questions à ce sujet, puis je vous laisserai répondre.

Ma première question est la suivante: ont-ils le choix de se soumettre à une procédure de présélection ou à un test d'aptitude qui permet de déterminer quel secteur des Forces armées leur conviendrait en se basant sur leurs aptitudes mentales? Si on veut aller dans l'artillerie ou piloter un avion, ce sont deux domaines totalement différents. J'imagine qu'il faut certaines compétences et certaines aptitudes, d'une part, et, d'autre part, qu'il faut également une certaine tolérance au type de stress auquel on sera soumis. Est-ce un facteur à envisager ou les personnes ont-elles des moyens à leur disposition?

La plupart des personnes que nous avons vues jusqu'à présent ont signalé qu'elles ne se sont rendu compte qu'elles étaient malades qu'après coup. Quand on leur demandait ce qui n'allait pas, elles répondaient que tout allait bien. Elles attendaient un an ou deux, jusqu'à ce que ça les frappe que ce n'était pas normal et que ce n'était pas ainsi qu'on devait se sentir. Ces personnes-là ont alors pris conscience du fait qu'elles avaient des troubles de stress post-traumatique.

Par conséquent, fait-on régulièrement du dépistage? Il paraît qu'il existe effectivement des programmes qui permettent aux membres des Forces canadiennes de détecter mutuellement leurs problèmes ou de voir ce qui se passe; en outre, le commandant est censé vérifier, mais c'est très difficile. Existe-t-il un programme de rencontre individuelle qui permet aux membres des forces de se soumettre à un examen tous les six mois pour faire un bilan? Je ne parle pas d'un examen au moment où les militaires quittent le théâtre des opérations pour aller à une séance d'information, après le déploiement, ou lorsqu'ils sont en période de récupération. Y a-t-il moyen sur place de faire du dépistage? Je sais qu'on dit que le commandant pourrait remarquer une petite différence, mais existe-t-il un test ou un système de dépistage qui permet de détecter ces changements?

**Captf D.R. Wilcox:** Je peux répondre à la première partie de la question.

Il existe des tests d'aptitude pour certaines professions militaires. Les pilotes en particulier doivent faire preuve de dextérité manuelle et se soumettre à une batterie de tests d'aptitude. Pour la plupart d'entre eux, c'est surtout un choix personnel. Nous sommes dans l'obligation de tenter d'expliquer ce qu'implique une profession. S'ils n'aiment pas cela après avoir fait un essai dans cette branche, ils peuvent toujours demander une mutation. Ils choisissent en quelque sorte eux-mêmes une autre profession.

C'est fréquent dans la profession médicale. De nombreux administrateurs de soins de santé viennent de l'artillerie. Nous permettons donc ce type de mutation.

• (1625)

**M. Anthony Rota:** Je sais qu'un des plus gros obstacles est dû au fait que certaines personnes ne veulent pas manifester de faiblesse. C'est une mentalité qui existe probablement depuis l'époque romaine ou qui existait même déjà avant cela, dans les milieux militaires. Je me demande s'il y a un certain type de...

**Un témoin:** Une mutation personnelle ne pose généralement pas de problème.

**Un témoin:** Il n'y a pas de stigmate attaché à cela.

**M. Anthony Rota:** Il n'y a pas de stigmate attaché à une mutation dans un autre secteur.

**Captf D.R. Wilcox:** C'est très courant.

**Lcol H. Flaman:** Cependant, à l'armée, quand un soldat dit qu'il ne veut pas rester dans un groupe et qu'il aimerait être muté ailleurs, étant donné qu'il faut le faire par la voie officielle, en suivant la chaîne de commandement, on lui dit parfois qu'on ne lui accordera pas le cours qu'il demandait, car il ne sera plus avec le groupe et qu'on préfère le donner à son remplaçant, puisque l'intéressé a déjà signalé qu'il ne voulait pas rester dans le groupe. Quand on dit qu'on veut être muté ailleurs, on ne fait plus partie du groupe, en quelque sorte. C'est donc un peu ce qui se passe.

**M. Anthony Rota:** Est-ce qu'un système de sélection permettrait à la personne de contourner le problème?

**Lcol H. Flaman:** Oui, il y a un système de sélection. Il faut s'adresser à un officier de sélection du personnel pour obtenir une mutation. Cet officier fera passer en fait tous les types de tests psychométriques usuels pour déterminer les aptitudes de quelqu'un et voir si une personne convient pour un métier. On fait cela.

Dans les centres de recrutement, on fait des tests d'aptitude. Ces centres ont toutefois généralement besoin d'un certain nombre de fantassins si bien que, même si vous dites que vous aimeriez être muté dans tel secteur, on vous pousse dans une voie ou dans une autre. Comme dans tout système, il faut vraiment être disposé à se battre un peu contre la bureaucratie, car c'est ainsi que ça fonctionne.

**Captif D.R. Wilcox:** À propos d'examen, tous les deux ans, on doit passer un examen de santé. Cet examen est fait par un médecin généraliste. On nous demande de faire dans ce contexte un dépistage des problèmes de santé mentale et des problèmes liés à la consommation d'alcool. On doit passer un tel examen tous les deux ans.

**Lcol H. Flaman:** C'est le membre des Forces canadiennes qui doit cocher lui-même la case indiquant « Je bois plus que je ne devrais » ou « J'ai des problèmes ». On pose des questions. La façon dont les membres y répondent détermine toutefois l'interprétation de cette information.

**M. Anthony Rota:** Je pense que le déni est probablement un des plus gros problèmes.

**Un témoin:** C'est un mécanisme d'adaptation.

**M. Anthony Rota:** On peut appeler cela comme on veut. On peut dire que c'est un des plus grands mécanismes d'ajustement aux troubles post-traumatiques. Je me demandais s'il y a une façon de contourner le problème.

**Lcol H. Flaman:** Je vous explique, et je m'excuse si je donne l'impression de prêcher. Je dis toujours que tout le monde s'adapte. Nous nous adaptons tous aux enfants, aux relations interpersonnelles, aux questions financières, aux questions de carrière et à tout. Nous nous adaptons et nous nous ajustons. Certaines personnes le font mieux que d'autres et certaines personnes ne s'adaptent pas très bien.

Comment sait-on qu'une personne n'a pas une bonne capacité d'adaptation? Il faut qu'elle déclare qu'elle ne s'adapte pas bien ou qu'elle a tendance à se mettre dans le pétrin — conduite en état d'ébriété, violence conjugale ou problèmes juridiques — et alors, la chaîne de commandement est au courant de l'état de cette personne. Ou bien un membre raconte qu'en rentrant chez lui la veille au soir, il a hurlé sur les enfants et que sa femme le lui a fait remarquer, et il demande de l'aide. Alors, il révèle son état aux autorités médicales. Quand il le fait, on ne raconte pas aux commandants et à tout le monde que cette personne-là est là pour recevoir de l'aide, car nous considérons cela comme un facteur positif. Nous appliquons alors des critères pour établir le diagnostic approprié, faisons des tests

pour déterminer la nature du problème et déterminons s'il s'agit d'une accoutumance ou d'un autre type de problème.

C'est ainsi qu'on procède. C'est pourquoi j'ai dit que c'est la personne concernée qui décide quand elle a besoin d'un certain soutien. Nous ne nous mettons pas à la recherche des personnes qui ont des problèmes. Nous avons des procédures générales de dépistage. Les pilotes ont toujours dû subir des examens parce qu'en vertu de la Loi sur l'aéronautique, nous sommes censés faire des vérifications régulières. Cette règle n'a toutefois jamais été appliquée aux membres de l'Armée de terre.

Nous faisons une évaluation périodique de l'état de santé, tous les deux ans, qui est liée à et axée sur la période de la vie de l'intéressé. Par conséquent, si vous êtes jeune, nous nous intéressons surtout aux choses que font les jeunes. Si vous êtes âgé de 40 ans, nous nous intéressons au taux de cholestérol et aux facteurs de risques cardiaques, par exemple. L'évaluation périodique de l'état de santé est en quelque sorte maintenant axée là-dessus...

• (1630)

**M. Anthony Rota:** Les troubles de stress post-traumatique n'en font-ils pas partie?

**Lcol H. Flaman:** Il y a un aspect lié à la santé mentale dans tout cela. Nous mettons l'accent sur les troubles de stress post-traumatique, mais ce n'est qu'un petit aspect de la santé mentale. C'est ce qui est ciblé. C'est un élément de la dépression, des troubles anxieux et de toutes sortes d'autres problèmes.

**Le président:** Merci. À certain moment, nous souhaiterions que vous expliquiez en détail comment on procède pour l'examen des pilotes, pour la gouverne de M. Hawn.

Monsieur Lunney.

**M. James Lunney (Nanaimo—Alberni, PCC):** Merci beaucoup, monsieur le président.

Nous savons que les pilotes ont l'habitude que leurs niveaux de liquides organiques soient vérifiés régulièrement. C'est une question de sécurité en aéronautique.

Je poserai ma question; je reçois des encouragements.

À propos de déclaration spontanée de ce qui paraît anormal, c'est la difficulté en ce qui concerne tout type de maladie mentale, à savoir que la personne qui n'est pas normale sur le plan mental est généralement la dernière à le reconnaître ou, du moins, à le dire. Après l'affectation, les membres de la famille peuvent remarquer des changements, mais est-ce qu'on fait des tests de dépistage? Demande-t-on aux membres de la famille de participer à la procédure de dépistage pour essayer de relever certains indices, comme des problèmes d'insomnie ou des problèmes d'abus d'alcool ou d'autres substances?

**Lcol H. Flaman:** Voici. Les centres de ressources pour les familles des militaires organisent en fait des séances éducatives pour discuter de l'esprit de combat, et je sais que ça a été mentionné dans plusieurs autres groupes. Il s'agit du programme qui a été élaboré par les Américains et qui permet de déterminer qu'une personne a l'esprit de combat nécessaire, quand elle est hypervigilante, par exemple, et que, à son retour, elle a la capacité d'avoir une approche mentale différente. J'ai fait appliquer ce programme éducatif dans les centres de ressources pour les familles des militaires de l'ouest du Canada, pendant le redéploiement, afin de sensibiliser les conjoints et les plus proches parents aux indices auxquels être attentifs.

Il faut bien l'admettre, le membre des Forces canadiennes concerné ne l'avouerait peut-être pas lui-même, et l'unité ne le remarquera peut-être même pas, car la mentalité dans ce milieu est de ne pas se mêler des affaires des autres pour autant que ça ne nous touche pas. Les conjoints le remarqueront toutefois certainement. Nous essayons par conséquent d'encourager les gens à discuter avec leur conjoint et si leur conjoint ou leurs enfants remarquent quelque chose, c'est qu'il faut consulter. Ça fait partie de l'éducation.

Par conséquent, la chose à faire, c'est d'établir un programme éducatif qui sensibilise les personnes aux indices à surveiller.

**Captf D.R. Wilcox:** Mon commentaire s'inscrit dans la foulée de ce qui précède. Le cours de premiers soins lié au combat, que tous les militaires doivent obligatoirement suivre, explique comment reconnaître les traumatismes liés au stress opérationnel. Dans le cours de soins tactiques au combat, un cours que suivent deux membres par section, on enseigne comment reconnaître ces traumatismes chez les collègues. On donne ensuite des cours de PSP dans les bases, ainsi que des sessions de maîtrise de la colère, de prévention du suicide, d'amélioration des relations, etc.

Il y a partout toutes sortes de cours donnés par des organismes différents et qui ne mentionnent peut-être pas toujours les traumatismes liés au stress opérationnel, mais ça fait toujours partie de l'ensemble.

**Maj S. West:** Je pourrais faire un autre commentaire du point de vue clinique, car j'ai travaillé dans le système civil également.

On fait souvent allusion au fait qu'environ 40 p. 100 des visites chez les omnipraticiens sont pour des problèmes de santé mentale reconnus. Les problèmes de santé mentale sont la base du travail des omnipraticiens. C'est le médecin généraliste qui fait l'examen médical périodique tous les deux ans. Nous y sommes très sensibles. Nous relevons la plupart des problèmes de santé mentale de façon active ou passive dans ce contexte.

**M. James Lunney:** C'est d'un point de vue opérationnel, et j'apprécie ce que vous avez mentionné au sujet de la complexité de la détection précoce de ces problèmes. Les gens sont différents. Les gens s'adaptent de façons différentes. Je suis certain que les niveaux de soutien familial sont très différents aussi.

Quand nous étions sur place — et je peux maintenant concevoir comment ça se produit —, nous avons entendu dire que les soldats ne dormaient souvent que très peu. Ils sont jeunes et, étant donné que nous sommes à une époque de gadgets électroniques, je présume que, parfois, ils en emportent avec eux et jouent à des jeux électroniques, par exemple, alors qu'ils devraient dormir. Nous savons tous qu'il faut du sommeil pour recharger les neurotransmetteurs. C'est donc un stress opérationnel auquel ces jeunes sont soumis lorsqu'ils sont au front, car ils n'ont pas assez de sommeil. Si l'on y ajoute le fait qu'il peut y avoir des problèmes de consommation abusive d'alcool ou d'autres substances chez un certain nombre de militaires, les facteurs neurologiques deviennent vraiment plus complexes.

Par conséquent, ma question se résume en fait comme suit: qu'est-ce qui ressort du monde moléculaire? Même si notre groupe était exposé à un sommeil insuffisant... et c'est en fait le cas, soit dit en passant; vous devriez probablement faire une étude sur les députés. En ce qui concerne toutefois nos militaires qui ont insuffisamment de sommeil et qui sont soumis à des stress exceptionnels, est-ce que quelqu'un examine leurs besoins nutritionnels, dans le but éventuel de leur donner un apport nutritionnel supplémentaire? Je présume qu'on me dira qu'il faut que ce soit fondé sur les résultats cliniques et scientifiques. Il y a toutefois une sous-catégorie de militaires qui

mériterait d'être examinée pour pouvoir leur donner un soutien nutritionnel supplémentaire pour leur système neurologique, comme du Phosphadityl Serine ou de l'Acetyl-L-Carnitine ou des éléments neurologiques qui ont la réputation de soutenir le système nerveux, des vitamines B, etc. Est-ce que quelqu'un examine la question? Est-ce qu'on fait de la recherche primaire dans ce domaine? Sinon, pourquoi n'en fait-on pas?

• (1635)

**Lcol H. Flaman:** Ce n'est pas mon domaine.

**Captf D.R. Wilcox:** Je peux faire des commentaires sur la privation de sommeil, car le DRDC Toronto a un projet permanent de recherche qui a pour objet d'évaluer la privation de sommeil. On utilise un logiciel appel SPSS. Il permet de modéliser le degré de privation de sommeil et d'établir le lien avec le fonctionnement cognitif.

On y a fait une étude sur les pilotes d'avion de transport long-courriers, qui est terminée. On travaille actuellement sur les sous-marinières. Les sous-marinières travaillent par quarts de six heures. On a constaté que c'était un horaire très inefficace. Les sous-marinières ont beaucoup de troubles cognitifs à cause de la privation de sommeil.

C'est une longue explication pour signaler que des projets de recherche ayant pour but d'évaluer les conséquences de la privation de sommeil sont en cours, mais cette étude est faite par groupe professionnel militaire ou par emploi, et on choisit ceux qui sont à risque élevé, comme les pilotes long-courriers et les sous-marinières; ensuite, on examinera les autres groupes professionnels.

**Le président:** Nous donnons la parole à M. Bachand; ensuite, nous la donnerons à nouveau à l'opposition officielle, puis aux représentants du gouvernement.

[Français]

**M. Claude Bachand:** Merci, monsieur le président.

Dernièrement, j'ai lu un article américain sur la quantité assez importante d'antidépresseurs prescrits sur le théâtre des opérations. Des journaux canadiens ont aussi écrit que les soldats canadiens étaient trop médicamentés.

Pourriez-vous me donner votre avis sur les antidépresseurs et le fait qu'on allègue, dans certains médias, que les soldats canadiens seraient trop médicamentés? Partagez-vous ce point de vue?

[Traduction]

**Captf D.R. Wilcox:** Je n'ai que deux commentaires à faire. Le premier, c'est que le seul médicament qui a été approuvé par la FDA en ce qui concerne les troubles de stress post-traumatique sont les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine. C'est le seul type de médicament qui a été approuvé pour leur traitement. Tous les autres sont exclus. Le seul type de médicament qui a été approuvé est un antidépresseur.

Je viens de rentrer de Gagetown. Là-bas, j'ai discuté pendant deux jours avec des psychiatres. On a la perception qu'on abuse des benzodiazépines et qu'un trop grand nombre de personnes... J'ai examiné tous les documents des psychiatres, et un très petit nombre seulement de patients, environ 1 p. 100 ou 2 p. 100, suivent un traitement de longue durée aux benzodiazépines. Les benzodiazépines — et je sais que vous n'avez pas posé de question spécifique à ce sujet — servent principalement pour une intervention à court terme, en cas d'angoisse aiguë ou d'épisode aigu de privation de sommeil. Je vous assure qu'un très petit nombre seulement de patients suivent un traitement de longue durée aux benzodiazépines.

En ce qui concerne les antidépresseurs, les deux modes de thérapie qui comportent des essais contrôlés et randomisés qui les appuient sont les inhibiteurs de la sérotonine et la thérapie cognitivo-comportementale.

**Lcol H. Flaman:** J'aimerais faire un autre commentaire.

Lorsque j'ai été déployé, c'est-à-dire pendant six mois, en 2004, je prenais des pilules pour régulariser la tension artérielle, car je fais de l'hypertension. Certains militaires qui vont au front ont besoin de médicaments pour des maladies chroniques. C'est probablement pour que leur organisme fonctionne mieux lorsqu'ils partent. Certains ont peut-être besoin d'antidépresseurs mais, d'une façon générale, ceux qui en ont besoin obtiennent ces médicaments à la suite d'un diagnostic clinique déjà établi. Dans la procédure de dépistage, quelqu'un examine tout cela de très près pour voir quels médicaments prennent les personnes concernées, pour quel type de maladie elles les prennent, pourquoi elles les prennent, et si c'est ou non dans leur intérêt d'être déployées. La décision d'envoyer un membre des forces armées là-bas passe par trois paliers d'examen avant que quelqu'un n'explique que tout est en fait basé sur les risques et que les Forces canadiennes prendront le risque d'envoyer cette personne. Si les membres ne sont pas envoyés au combat, ils se demanderont pourquoi ils ne peuvent pas y aller et expliqueront que c'est leur seule maladie, qu'ils prennent les médicaments nécessaires et qu'ils fonctionnent aussi bien que n'importe quel autre militaire. C'est leur argument.

Nous sommes encore bien loin du niveau qu'ont atteint les Américains dans ce domaine. Je rappelle toutefois que je ne suis même pas sûr de la validité des articles qui ont été publiés dans la presse au sujet de cette étude américaine. Est-ce que quelqu'un essaie d'exagérer? Je suis certain que ce n'est pas le cas en ce qui concerne les militaires du Secteur de l'Ouest qui sont déployés, car je vérifie tous ces tests de dépistage, et je fais poser les questions nécessaires.

Le major West pourrait peut-être faire un commentaire.

• (1640)

**Maj S. West:** Si je dois répondre brièvement à votre question sur une éventuelle surconsommation de médicaments par les militaires canadiens, je dirais que non. Il est extrêmement difficile de faire accepter des inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine à des patients, qu'ils soient militaires ou civils.

Je ne connais pas les chiffres. Je présume que si l'on compare la consommation de médicaments psychoactifs chez les militaires et chez les civils, elle serait supérieure chez les militaires; ce n'est toutefois pas parce qu'ils en ont davantage besoin, mais parce que nous sommes plus en mesure de les repérer et de leur offrir un traitement. Dans le milieu civil, de nombreuses personnes ne vont jamais voir un médecin, surtout à l'heure actuelle, étant donné qu'on a beaucoup de difficulté à s'en trouver un. Il est beaucoup plus facile de détecter ce type de besoin chez le personnel militaire et, malgré cela, on a de la difficulté à convaincre les personnes concernées de prendre ce type de médicaments.

Nous avons mis des systèmes en place pour nous assurer que, si leur maladie les handicape beaucoup, qu'il s'agisse d'une maladie mentale, d'hypertension ou d'une maladie cardiaque, ils ne seront pas déployés tant que le problème n'aura pas été réglé.

[Français]

**M. Claude Bachand:** Ma question concernait aussi les soldats déployés sur le théâtre des opérations. Un médecin n'appellera quand même pas au Canada pour demander s'il peut prescrire des médicaments. C'est à lui de décider.

Lorsqu'ils sont sur le théâtre des opérations, ils sont soumis à un niveau de stress qu'ils n'ont pas ici. Le niveau de stress est différent là-bas. Ici, on peut tirer à blanc en direction de quelqu'un et on sait que la personne ne mourra pas. Là-bas, c'est tout autre chose.

Je parle de médication et d'ordonnances d'antidépresseurs. Les médecins ont-ils davantage tendance à prescrire des antidépresseurs lorsqu'ils sont sur le théâtre des opérations que lorsqu'ils sont au Canada?

[Traduction]

**Maj S. West:** Non. Nous prescrivons des médicaments sur le théâtre des opérations dans les cas où c'est indiqué, et une partie de l'ordonnance ne consistera pas uniquement à prescrire des médicaments, mais aussi à éloigner le militaire d'une situation dans laquelle il court un danger excessif ou dans laquelle il expose la mission ou ses camarades à un danger excessif, en raison de sa maladie mentale ou physique.

**Le président:** Merci. Nous devons avancer.

Monsieur McGuire, puis Mme Gallant, puis nous reviendrons à l'opposition officielle et, ensuite, au gouvernement.

Monsieur McGuire, pour cinq minutes.

**L'hon. Joe McGuire:** Merci.

Inutile de dire que nous ne vous envions pas vos postes. Ils sont très importants en tout temps, mais en particulier maintenant.

Nous voudrions que vous nous fassiez des recommandations, étant donné votre expérience et les postes que vous occupez, qui nous permettraient d'améliorer la situation de nos militaires. On nous a par exemple suggéré que Chypre n'est pas le meilleur endroit pour la décompression, et qu'il faudrait peut-être que ça se fasse à un endroit plus proche du Canada, où il n'est pas nécessaire de devoir traverser sept fuseaux horaires pour revoir sa famille après la décompression. En fait, on nous a signalé qu'il y avait davantage de cas de troubles de stress post-traumatique à l'intérieur du périmètre qu'à l'extérieur, et il faudrait peut-être accorder davantage d'attention et une plus longue période de décompression aux personnes qui sont à l'intérieur qu'à celles qui sont à l'extérieur de ce périmètre.

Avez-vous des commentaires à faire à ce sujet ou avez-vous une autre suggestion à faire qui permettrait d'améliorer l'état de santé de nos militaires sont là-bas et de leur famille?

• (1645)

**Captf D.R. Wilcox:** À l'intérieur du périmètre et à l'extérieur du périmètre, ils obtiennent exactement la même décompression. Il n'y a aucune différence. Ils ont exactement les mêmes debriefings et sont traités exactement de la même manière.

Maintenant, vous avez raison de mentionner le décalage horaire. Il se fait de la recherche pour vérifier la validité de la décompression. La situation géographique est une préoccupation légitime, parce que les soldats vont souffrir du décalage horaire en rentrant à la maison.

**L'hon. Joe McGuire:** C'est durant nos visites à Wainwright, à Valcartier, etc., qu'on nous a signalé tout cela.

**Lcol H. Flaman:** Même si cela fait maintenant deux ans et demi ou trois ans que nous avons commencé le déploiement — et je répète que ces premières blessures complexes commencent tout juste à apparaître —, nous ne savons pas comment les répartir et nous ignorons donc si elles ont été subies surtout à l'intérieur du périmètre ou à l'extérieur du périmètre et dans quelles conditions. Les chiffres que nous avons sont tellement restreints et nous n'avons jamais fait une ventilation selon la situation à l'intérieur ou à l'extérieur du périmètre. Nous aimerions avoir de meilleurs chiffres permettant de saisir toute cette information.

Mais l'aspect décompression est intéressant. Les soldats peuvent quitter le théâtre d'opération et s'en aller en Australie ou en Europe pendant trois semaines sans aucun besoin de décompression, mais ensuite, à la fin de leur mission, avant de rentrer à la maison, ils ont du temps de décompression. Maintenant je pense — c'est mon opinion personnelle — qu'une grande partie de cette période de décompression est consacrée à s'épivarder. Les soldats sont libérés des contraintes que leur impose le théâtre d'opération. Ils ont parfois tendance à aller trop loin dans des activités qu'on leur dit pourtant de faire avec modération, comme de boire de l'alcool. Bien souvent, on se dit qu'il serait peut-être préférable de les laisser passer leur période de décompression là-bas, plutôt que de les ramener tous à Edmonton, à l'avenue Whyte ou autres endroits du genre, et de les laisser faire la fête.

On peut identifier les gens qui sont peut-être à risque pour la consommation d'alcool et toutes les études montrent que ce sont les jeunes. Donc, si l'on prend cette prépondérance de jeunes gens, ils ont généralement un taux élevé de consommation excessive d'alcool. Et ce sont là des facteurs de risque que nous avons assurément identifiés. Ils ne sont probablement pas différents de n'importe quelle autre cohorte du même groupe d'âge, si l'on pouvait mesurer et comparer, mais c'est un problème.

En fait, notre principal problème est l'abus d'alcool, la consommation de drogues normales, enfin les activités auxquelles se livrent les jeunes soldats de retour de mission.

**Captf D.R. Wilcox:** Mais dans les sondages sur la décompression, la majorité des gens ont dit qu'ils avaient trouvé cela utile.

Le major West pourrait probablement vous en parler parce qu'elle est passée par là elle-même.

**Maj S. West:** Oui.

La dichotomie entre la situation qui règne à l'intérieur et à l'extérieur du périmètre est artificielle. On peut être à l'extérieur du périmètre et passer tout son temps dans un environnement relativement sûr, et l'on peut être à l'intérieur du périmètre et voir et faire des choses que les êtres humains ne sont pas faits pour voir et faire.

Je songe au personnel de soutien de l'hôpital de Rôle 3. Quand des victimes y sont amenées, on a beau être commis, on est obligé de transporter des civières. C'est parfois assez épouvantable et si l'on n'y est pas préparé, cela peut être tout un choc. Durant notre rotation, nous avons été très chanceux. Nous avions avec nous des gens extrêmement compétents qui étaient très rapides pour intervenir dès qu'on avait besoin d'eux et qui ne se laissaient pas ébranler facilement. Mais je peux certainement voir que c'est un environnement dans lequel on est particulièrement sujet au TSPT. Le personnel médical doit être préparé à cela. Cela ne devrait pas être un problème pour nous, mais notre personnel de soutien est probablement plus exposé que bien des gens qui sont à l'extérieur du périmètre.

Tout le monde passe par exactement la même décompression. Je dois avouer que quand je suis passée par là, je n'écoutais pas les

exposés — parce que j'aurais pu enseigner cela moi-même, comme d'ailleurs la plupart de mes caporaux auraient pu le faire — mais le simple fait de passer quelques jours dans un environnement sûr, entourée de mes camarades soldats, avec lesquels je venais de passer sept mois dans une zone de guerre, m'a donné du temps pour faire la transition en vue du retour vers ma famille.

• (1650)

**L'hon. Joe McGuire:** [Note de la rédaction: inaudible]

**Le président:** Oui, je m'en rends compte.

**Maj S. West:** Désolée, je n'ai pas entendu.

**Le président:** Mme Gallant et ensuite M. Rota.

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

Dans certaines professions comportant un niveau de stress intrinsèque élevé, on a créé des lignes téléphoniques spéciales pour les professionnels et les membres de leur famille; ainsi, si quelqu'un donne des coups de pied dans le mur ou se comporte anormalement, au lieu d'appeler la police, ce qui aurait de lourdes conséquences par la suite, les gens peuvent appeler ce numéro et on leur donne des instructions sur la bonne manière de réagir.

Existe-t-il une telle ligne téléphonique — pas nécessairement pour les cas de stress opérationnel, parce qu'il faut d'abord faire le lien et conclure qu'il s'agit potentiellement d'une telle situation — que les soldats eux-mêmes ou les membres de leur famille peuvent utiliser sans crainte que l'appel soit consigné dans un dossier ou que des mesures juridiques soient prises? Cela existe-t-il?

**Captf D.R. Wilcox:** Nous avons tous des cartes de la Croix-Bleue. On y trouve un numéro de téléphone gratuit où l'on peut appeler en tout temps et l'on s'entretient avec une infirmière. Cette personne peut donner des conseils et vous aiguiller vers la ressource appropriée, si vous décrivez quelque peu vos symptômes.

Nous avons aussi le PAMFC, c'est-à-dire le Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes. Cela donne droit à 10 séances de psychothérapie qui ont lieu de manière indépendante par rapport à la hiérarchie. Donc, si un soldat craint de subir des conséquences négatives s'il déclare un problème de santé mentale, il peut s'adresser au PAMFC et rencontrer un praticien.

Mais nous n'avons pas de numéro de téléphone gratuit pour les problèmes de santé mentale. Nous avons les deux autres programmes que j'ai décrits.

**Lcol H. Flaman:** À Edmonton, il y a un programme qui, je crois, se penche sur les cas de violence conjugale et autres. Si quelqu'un veut téléphoner sans avertir la police militaire et la police locale, il dispose d'un processus quelconque qui permet de tenir à l'écart la police militaire, dont l'intervention entraînerait l'ouverture d'un dossier et tout le reste. En effet, pour quelqu'un qui habite à l'extérieur de la base — c'est le genre de situation qui se produit à l'extérieur de la base — et qui se sent menacé par la violence conjugale, etc., le recours habituel est de s'adresser à la police, et le dossier devient alors public. La police militaire et le commandant de la base savent alors qu'il y a un problème.

Je pense que les gens recherchent un réseau informel ou la possibilité de désamorcer un problème, surtout dans les cas de mauvais traitement entre conjoints.

**Mme Cheryl Gallant:** Oui. À l'heure actuelle, nous n'avons pas précisément de ligne téléphonique de crise, parce que la personne en cause ne fait pas nécessairement le lien avec un problème de santé mentale et il ne s'agit pas toujours de violence conjugale; cela ne cadre certainement pas dans cette catégorie.

Est-ce que quelqu'un réfléchit actuellement à cette possibilité, ou qu'est-ce qu'il faudrait pour établir une telle ligne téléphonique de crise qui ne serait pas liée spécifiquement à la santé mentale ou à la violence conjugale?

**Lcol H. Flaman:** Voulez-vous dire un quelconque processus officiel créé par les militaires ou les gens de la base en question?

**Mme Cheryl Gallant:** Oui.

**Lcol H. Flaman:** Le problème est que tout ce qui est créé par les autorités devient officiel. Si vous parlez d'une sorte de blogue non officiel que les gens pourraient consulter pour rejoindre leurs propres groupes d'entraide... Si c'est le commandant de la base qui dit: « Voici le numéro officiel où il faut appeler et voici comment nous allons donner suite aux appels »,... nous avons actuellement une sorte de comité de professionnels soucieux qui discutent de la possibilité d'avoir un travailleur social, dans un cadre psychosocial, qui pourrait venir en aide au commandant afin d'éviter d'ouvrir un dossier, de porter des accusations, etc. On examine la possibilité de faire quelque chose de ce genre.

Ou en est-on dans ce processus? Je ne saurais le dire.

**Mme Cheryl Gallant:** Cela comporterait-il des dossiers, les appels seraient-ils consignés, ou bien serait-ce complètement...?

**Lcol H. Flaman:** Là encore, ce n'est pas de mon ressort. Je ne sais pas.

**Maj S. West:** Mais les CRFM offrent un certain soutien. Je ne pense pas que le service soit disponible 24 heures sur 24 dans la plupart des cas, mais ils offrent un certain soutien et le service est certainement indépendant de la hiérarchie militaire.

**Captf D.R. Wilcox:** Et le SSVSO en fait autant. Souvent, les conseillers se mettent à la disposition du soldat, mais celui-ci doit avoir déclaré son cas au SSVSO.

Je viens de lire un CANFORGEN de Hillier dans lequel il est question de créer un poste de conseiller spécial du CPM pour les cas de traumatismes liés au stress opérationnel qui ne sont pas cliniques, et de rétablir le comité directeur des Forces canadiennes pour les TSO. On va par ailleurs créer un autre comité, le comité consultatif des services de santé mentale du MDN et des Anciens Combattants. On va donc se pencher sur toute cette problématique sous l'égide de ces trois comités différents.

**Mme Cheryl Gallant:** Merci.

•(1655)

**Le président:** M. Rota, après quoi nous reviendrons aux ministériels.

**M. Anthony Rota:** J'ai une brève question sur les délais d'attente. Vous avez dit que vous venez de faire une étude comparative; je suppose que vous avez des statistiques et tout le reste.

Existe-t-il une sorte de graphique illustrant les délais d'attente et faisant ressortir les cas particuliers?

**Captf D.R. Wilcox:** Je peux seulement vous parler de Stadacona.

Presque toutes les bases ont maintenant un responsable de l'amélioration de la qualité qui examine notamment les délais d'attente. Je sais que le Centre des services de santé des Forces canadiennes (Atlantique), aussi appelé la clinique Stadacona, à

Halifax, publie effectivement les délais d'attente, et l'on fait une comparaison avec les paramètres fixés par l'Association médicale canadienne.

Je ne peux pas vous dire...

**M. Anthony Rota:** Je vais reformuler ma question. Pourriez-vous nous en envoyer copie?

Cela m'intéresse. S'il existe un graphique illustrant la situation, je voudrais l'obtenir également. Cela permet parfois de saisir la situation un peu plus facilement.

**Captf D.R. Wilcox:** C'est entièrement graphique. Ce sont des diagrammes à barres.

**M. Anthony Rota:** Des diagrammes à barres ou des graphiques quelconques, c'est habituellement ce que je recherche, parce que cela permet de visualiser la norme statistique et les cas particuliers qui s'en écartent, et l'on peut voir combien il y a d'exceptions à la norme. Ce que nous entendons dans cette salle, c'est souvent l'exception. J'espère que ce n'est pas la norme. C'est ce que je voudrais obtenir.

Dans la même veine, au sujet du mécanisme de rétroaction, nous avons l'impression que ce qui se passe sur le terrain ne correspond pas exactement à ce que vous nous présentez; il semble y avoir un écart. J'espère que ce sont les exceptions et non pas la norme; autrement, nous en avons encore pour 10 ans.

Pour revenir au mécanisme de rétroaction et à la manière dont fonctionnent nos programmes, qu'avez-vous mis en place, quelle est la structure permettant d'obtenir des renseignements sur ce qui se passe sur le terrain, au niveau des patients ou des personnes qui sont traitées?

**Maj S. West:** Monsieur, je travaille essentiellement sur le terrain actuellement. À titre de médecin-chef de la base, je suis chargé de veiller à ce que les soins primaires soient dispensés aux militaires de la région d'Ottawa.

Nous sommes en train d'établir dans l'ensemble du réseau le système d'information des Forces canadiennes en matière de santé, qui comprendra un jour des dossiers médicaux électroniques. Au cours des premières phases, cela nous donnera plus facilement accès aux statistiques, pour que nous puissions suivre l'évolution des délais d'attente, déceler les problèmes et essayer d'y remédier avant qu'ils prennent des proportions démesurées.

Ce n'est pas encore complètement établi dans notre base et je ne pense pas que ce le soit tout à fait dans l'une ou l'autre des bases, mais nous y travaillons.

**Captf D.R. Wilcox:** Dans ce but, comme solution transitoire, nous faisons régulièrement des sondages auprès des patients et des cliniciens pour établir leur pourcentage de satisfaction. Nous choisissons un jour et tous ceux qui entrent à l'hôpital ou à la clinique ce jour-là reçoivent un questionnaire. Le personnel d'amélioration de la qualité compile les données et publie les résultats.

**M. Anthony Rota:** Très bien.

**Le président:** Merci.

Cela complète le deuxième tour et nous allons commencer le troisième.

Monsieur Lunney.

**M. James Lunney:** Merci beaucoup.

Je voudrais revenir à la question du sommeil pour les soldats. Je suis au courant d'études dans lesquelles on a interrompu le sommeil de personnes normales pendant la phase des mouvements oculaires rapides, et l'on a noté une nette baisse de la capacité cognitive, de la capacité de résoudre des problèmes et d'apprendre de nouvelles tâches.

Je crois que les militaires connaissent bien ce phénomène. Lors de l'opération Tempête du désert, avant d'envahir l'Irak, on a pilonné ces pauvres types, dans des raids effectués avant l'aube, pour interrompre leur sommeil, avant de lancer l'assaut terrestre.

Pour revenir à nos soldats, quand nous sommes allés à Valcartier, nous avons eu une discussion très intéressante avec Chantale Descôteaux, qui est médecin-chef de la base. Elle nous a parlé de travaux qu'on fait là-bas sur la thérapie de groupe pour le sommeil des soldats. Ils ont identifié et traité certains cas de TSPT et de traumatismes liés au stress opérationnel ou pathologies pouvant être assimilées à ce trouble, et ils ont constaté une grande amélioration en faisant simplement de la thérapie du sommeil en groupe, ce qui est évidemment beaucoup plus acceptable pour les soldats.

Je me demandais si vous étiez au courant de cela.

• (1700)

**Capit D.R. Wilcox:** Il se fait beaucoup de recherches, notamment sur des pilules marche/arrêt, des amphétamines légers, des succédanés de la caféine et de la gomme à la caféine. Il y a beaucoup de recherches, surtout à RDDC Toronto.

**Maj S. West:** Il s'en fait aussi aux États-Unis, bien sûr.

À Ottawa, nous avons évidemment une très grande base et, en fait, nous avons encore notre propre laboratoire de sommeil à la clinique. Nous ne savons pas si nous pourrions le garder encore longtemps. Mais pour les civils, si quelqu'un craint de souffrir de l'apnée du sommeil, je pense qu'à l'heure actuelle, le délai d'attente à Ottawa pour entrer dans une clinique du sommeil est de près d'un an. Pour notre clinique du sommeil, c'est un mois ou deux et nous envoyons quasiment automatiquement beaucoup de nos militaires dont nous soupçons qu'ils souffrent de TSPT ou de troubles de santé mentale participer à des études sur le sommeil, parce qu'il est évident que s'il y a un trouble du sommeil auquel on peut remédier, on obtient une amélioration de l'état de santé mentale.

**Capit D.R. Wilcox:** Nous participons à beaucoup de comités permanents de l'OTAN et nous échangeons très librement les résultats de nos travaux de recherche, et les autres pays de l'OTAN en font autant.

**Lcol H. Flaman:** Mon rôle, comme celui de Dave, est d'approuver les congés de maladie prolongés, que je qualifie plutôt d'absences aux activités structurées et supervisées. Essentiellement, on permet aux gens de rester à la maison pour y prendre du mieux. Le problème est que lorsque les gens restent à la maison et peuvent faire tout ce qui leur plaît, leur structure du sommeil est nettement perturbée. En fait, ils n'ont pas alors une très bonne structure de sommeil.

C'est pourquoi mon rôle consiste en partie à essayer de réduire la durée des congés de maladie prescrits pour ramener les gens à un niveau d'activité qui impose davantage de sommeil, de repos et de travail structuré. La personne doit se lever le matin, faire acte de présence au travail ou n'importe où, simplement pour prouver qu'elle est éveillée, et elle doit ensuite restée éveillée le reste de la journée. Il faut se coucher à l'heure normale et rétablir cette structure du sommeil.

Avec les nouvelles unités de soutien des blessés qu'on va mettre sur pied, je pense que nous serons mieux en mesure de faire tout cela. Et certaines études ont bien sûr montré qu'une sieste de 20 minutes dans l'après-midi renforce les facultés cognitives et c'est valable pour tout le monde.

**M. James Lunney:** Oui, exactement.

Je souscris assurément à ces observations. Chose certaine, je l'ai constaté dans ma carrière antérieure, quand on traite les gens qui souffrent de maux de dos, si on leur enjoint de rester à la maison pour se reposer et s'ils restent assis toute la journée à regarder la télévision, c'est le pire qu'ils puissent faire pour leur dos.

**Lcol H. Flaman:** Exactement.

**Capit D.R. Wilcox:** Je vais ajouter un mot sur la nutrition. Je sais qu'il y a maintenant un mouvement — pas nécessairement sous les auspices de la santé mentale, mais plutôt de la condition physique — pour obtenir les services d'un ou d'une diététiste ayant une formation assez poussée, peut-être même au niveau de la maîtrise, pour conseiller les militaires sur leur régime alimentaire. Cela se ferait sous les auspices d'un nouveau programme de lutte contre l'obésité. D'autres groupes en bénéficieraient, mais encore une fois, on met l'accent sur une approche de l'alimentation fondée sur des données scientifiques.

**Maj S. West:** Nous avons aussi dans les Forces canadiennes des officiers des services d'alimentation. Ils s'occupent notamment de l'amélioration continue de la qualité de nos RIC, nos rations individuelles de campagne. Bien sûr, le problème est qu'on a beau concocter des rations les plus goûteuses possible, il se trouve toujours quelque soldat qui préfère transporter 50 livres de boeuf séché que de manger le repas équilibré qui se trouve dans sa RIC.

**Une voix:** Du sel.

**Maj S. West:** Beaucoup de sel, car on en a besoin en Afghanistan.

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

Cela met fin au deuxième tour. Nous allons commencer le troisième.

L'opposition officielle: vous avez fini?

Le gouvernement, le Bloc...?

Monsieur Bouchard, avez-vous une question?

[Français]

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

Bienvenue. Je vous remercie d'être parmi nous.

En Afghanistan, j'ai rencontré des militaires qui parlaient de leur stage. Pour certains, ce stage durait six mois, sept mois et même neuf mois. À Valcartier, j'ai rencontré des épouses et des conjointes qui m'ont dit que la semaine de décompression devrait être comprise dans ces six mois. Ils ont 15 jours de congé entre le premier mois et cinquième mois. Souvent, lorsque le militaire revient à la maison pour ses 15 jours de congé, il semble absent et il écoute les nouvelles.

Pensez-vous qu'on devrait raccourcir le stage en Afghanistan? Serait-il mieux de ne rien changer? J'aimerais entendre vos commentaires là-dessus.



• (1705)

[Traduction]

**Maj S. West:** Je viens d'aller là-bas et j'ai côtoyé des gens de beaucoup d'autres pays à l'hôpital de Rôle 3. La direction est canadienne, mais nous avons des Néerlandais, des Danois et des Américains. Je peux vous dire que chaque pays a une approche différente. Cela va d'une mission de quatre mois sans aucune pause jusqu'à des missions de 15 mois avec une pause de trois semaines au milieu. Dans notre cas, c'est six mois avec une pause de trois semaines. Nous avons par contre des soldats qui partent pour neuf mois, mais la norme est de six mois.

En discutant avec mes collègues là-bas, j'ai constaté que chacun avait une opinion différente sur ce qu'il convient de faire. Personnellement, je conseille toujours à mes patients, avant leur départ, de ne pas rentrer à la maison pendant leur pause de trois semaines, dans la mesure du possible; ils devraient plutôt aller rencontrer leur famille ailleurs. Ce n'est pas toujours possible. Les enfants sont à l'école, ou bien on ne peut pas se permettre de faire venir tout le monde aussi loin. Il est possible de faire envoyer la totalité de la solde au conjoint, mais pour un soldat qui a un conjoint et quatre enfants, cela peut devenir très coûteux.

Personnellement, je ne pense pas qu'ils devraient rentrer à la maison. Cependant, pour beaucoup de gens, c'est la meilleure solution. Et pour beaucoup d'entre eux, cette pause est merveilleuse. C'est la chance d'aller rencontrer leur conjoint dans un endroit exotique pour y passer des vacances.

Là encore, le décalage horaire devient un problème. Quand on rentre d'Afghanistan, on doit s'adapter à un décalage de neuf heures et demie. On a presque trois semaines de vacances, mais on passe toute la première semaine à s'adapter. Je doute donc que ce soit valable.

D'une manière ou d'une autre, on garde des liens. Je suis allé à Disney World pendant une semaine avec ma famille. J'ai passé mon temps à essayer d'éviter de voir des jeunes hommes amputés ou en fauteuil roulant, car c'est ce que je voyais constamment pendant les trois mois précédents en Afghanistan. Ce n'était pas un choc pour moi et je m'y suis donc habituée, mais pour certaines personnes, je crois que ce serait assez problématique.

Donc, oui, c'est un élément que les forces doivent examiner.

**Lcol H. Flaman:** Je peux seulement ajouter que, sauf erreur, les forces envisagent de... et ce n'est pas un problème médical. La décision de conserver la formule actuelle ou d'allonger la durée des missions sera fondée sur le nombre de soldats dont on dispose pour répondre aux besoins.

Je répète qu'il y a des aspects positifs et des aspects négatifs. J'ai entendu des épouses dire: « Je préférerais qu'il ne rentre pas à la maison; cela traumatise les enfants car ils doivent de nouveau lui dire au revoir. » Mais c'est perçu comme un avantage. Les soldats y voient un avantage.

Quand on commence à leur enlever quelque chose, il y a toujours une certaine résistance.

[Français]

**M. Robert Bouchard:** Merci.

[Traduction]

**Le président:** Merci.

Monsieur Lunney.

**M. James Lunney:** J'ai une brève question qui fait suite à l'observation de M. Bouchard.

J'ai observé cela moi aussi au sujet des vacances à la maison: le décalage horaire dure une semaine et c'est vraiment dur dans les deux sens. Il faut tout recommencer au retour. Mais je suis certainement en faveur, pour ceux qui sont en mesure de le faire.

Je comprends les conseils que vous donnez à vos clients, major West, quand vous les encouragez à se rencontrer plutôt dans un pays tiers. Cela peut être un avantage pour le conjoint également. Ils peuvent être gagnants à cet égard, parce que c'est le conjoint qui consacre du temps aux déplacements.

Je comprends par ailleurs l'observation qu'on a faite tout à l'heure au sujet de l'apprentissage. Depuis le temps que je fais partie du comité et que je travaille avec notre grande famille militaire, j'ai compris que les militaires constituent une organisation évolutive, ou un organisme, si l'on peut dire. Vous apprenez et tirez les leçons de l'expérience. Malheureusement, quand vous devez aviser les membres de la famille ou accomplir des tâches difficiles de ce genre, cette expérience difficile vous fait grandir, en commençant par l'ouest et l'est, à mesure que les soldats en mission se déplacent.

Nos soldats se voient assigner une tâche qu'on ne leur a pas confiée depuis un certain temps. C'est bien de voir tout l'apprentissage qui se fait. Nous voulons seulement nous assurer que l'on utilise les meilleurs outils disponibles et que l'on tire le plus grand profit possible de l'expérience. Peut-être le Canada pourrait-il être le chef de file mondial à certains égards. Et je comprends que l'on échange des données et des expériences avec divers autres pays.

Quoi qu'il en soit, je veux seulement dire que j'apprécie la manière dont ce partage se fait, la composante multimodale que vous avez décrite tout à l'heure, et je sais que nous faisons de notre mieux pour répondre aux besoins des soldats. Je vous en remercie.

• (1710)

**Capit D.R. Wilcox:** Je veux souscrire à cela. J'ai trouvé extraordinaire à quel point le système a pu réagir et apporter des améliorations aux gilets de protection balistique. Des améliorations ont été apportées en un délai extraordinairement court. Il fallait pourtant recueillir des données, les analyser, faire une recommandation, procéder à des essais, le tout de manière scientifique. C'était extraordinaire.

**Le président:** Merci beaucoup.

Madame Black, votre patience est récompensée. C'est vous qui aurez le dernier mot.

**Mme Dawn Black:** Merci beaucoup.

Je voudrais revenir à des observations que vous avez faites, major West, au sujet des militaires canadiens qu'on examine avant de les envoyer en mission pour déceler tout problème de santé mentale — peut-être autre chose aussi, mais notamment...

**Maj S. West:** On fait ouvertement une vérification de très nombreux éléments, y compris leur capacité à utiliser leurs armes.

**Mme Dawn Black:** Mais vous ne vous chargez pas de cela à titre de médecin?

**Maj S. West:** Je suis chanceuse qu'on me permette de porter une arme.

Cette vérification est en grande partie de nature médicale et comprend notamment un aspect psychosocial; le conjoint doit venir à la base, rencontrer le travailleur social et lui dire: « Non, il n'y a vraiment aucun problème à la maison du fait que mon conjoint part en mission ».

**Mme Dawn Black:** Quelqu'un d'autre a dit que des systèmes sont en place pour empêcher quelqu'un d'être envoyé en mission s'il éprouve un problème.

Je voulais mettre cela en parallèle avec ce que vous avez dit tout à l'heure, à savoir que quand vous essayez d'établir un diagnostic ou de comprendre si quelqu'un souffre d'un trouble de stress post-traumatique ou d'une lésion au cerveau, vous comptez sur l'autodéclaration. Comment conciliez-vous les deux?

Vous dites que l'on fait une vérification. Je me demande comment cela fonctionne avant le départ en mission. Pourquoi ne feriez-vous pas une vérification semblable...? On nous dit que cette vérification a lieu deux mois avant le départ, de nouveau au retour, et encore six mois plus tard. Quelle est la différence entre les deux?

**Maj S. West:** Vous devez comprendre comment fonctionnent les médecins. Vous allez voir votre médecin pour un examen — et comme vous êtes une femme, je sais que vous y allez, contrairement à la plupart de vos collègues ici présents. Vous dites au médecin ce qui vous semble important. Votre médecin va quand même vérifier si vous n'avez pas de troubles cardiaques, si vous avez un certain âge. Si vous êtes une femme, il ou elle va vous dire: « Quand avez-vous subi votre dernier test de Pap? Devrions-nous le faire tout de suite? Une mammographie serait-elle indiquée? »

Nous vérifions un grand nombre d'éléments, et cela comprend la santé mentale. Cependant, les gens sont très bons pour ce qui est de présenter le tableau qu'ils veulent qu'on voie. Aucun système de dépistage n'est complètement infallible. La santé mentale, de par sa nature même, est particulièrement difficile à vérifier, mais nous faisons un dépistage actif dans ce domaine.

Cependant, si quelqu'un a décelé un problème, que ce soit nous ou les supérieurs hiérarchiques, et si la personne subit un traitement, nous avons dans les forces armées un système permettant d'étiqueter cette personne comme étant inapte aux missions tant qu'elle n'a pas complété son traitement. Notre objectif est toujours, qu'il s'agisse d'une blessure physique ou mentale, de permettre au soldat de reprendre le service actif. À défaut de cela, nous voulons que la personne puisse fonctionner le mieux possible avant de retourner à la vie civile.

Nous faisons constamment des examens de dépistage dans nos bureaux à l'occasion des examens médicaux périodiques, ou quand le patient souffre de maux de dos qui sont en fait une manifestation d'une détresse mentale aiguë. Non, ce n'est pas infallible. Il y a des cas qui nous échappent. C'est plus facile quand les intéressés font eux-mêmes une déclaration.

**Captf D.R. Wilcox:** Mais nous réagissons, quelle que soit la manière dont un cas est décelé. Il peut être porté à notre attention par des conjoints, par des collègues de travail. Dès qu'il y a un incident impliquant l'alcool, la police militaire nous en informe. Nous comptons sur de nombreuses sources, pas seulement l'autodéclaration.

Le dépistage est un outil. Tous les deux ans, les militaires doivent remplir un questionnaire qui comporte des questions sur la santé mentale. Nous faisons tout ce que nous pouvons.

**Lcol H. Flaman:** Et nous sommes des médecins d'entreprise; nous travaillons pour l'entreprise, mais... Par conséquent, à mon niveau, je passe en revue les examens médicaux parce que nous ne voulons pas envoyer en mission quelqu'un qui ne devrait pas se retrouver en Afghanistan...

**Maj S. West:** Pour un certain nombre de raisons.

**Lcol H. Flaman:** ... pour qu'il soit ensuite renvoyé, ce qui nous oblige à utiliser les ressources qui sont là-bas, nos propres ressources médicales, forçant la mission à trouver un remplaçant et tout le reste. Nous n'allons donc pas envoyer là-bas quelqu'un qui n'est pas...

• (1715)

**Captf D.R. Wilcox:** Je ne dirais pas que nous sommes des médecins d'entreprise; nous sommes des spécialistes de médecine du travail.

C'est la nature même de notre métier que d'envoyer les gens au devant du danger et nous essayons donc de ne pas exacerber cela. J'aime à dire que nous sommes des spécialistes de la médecine du travail.

**Lcol H. Flaman:** Notre but est de préserver les effectifs; c'est ce qu'on répétait constamment autrefois.

**Mme Dawn Black:** Je comprends cela. Il me semble simplement que durant votre témoignage, vous avez dit souvent que l'autodéclaration était le meilleur outil que vous aviez à votre disposition, ou quelque chose du genre.

**Captf D.R. Wilcox:** C'est bon pour les antécédents.

**Mme Dawn Black:** Quand vous parlez de dépistage, je me demandais comment cela pouvait se faire en l'absence d'autodéclaration. Je suis certaine qu'il y a des soldats qui veulent partir en mission en Afghanistan alors même que, selon certains indicateurs, ils ne devraient pas y aller.

**Maj S. West:** Nous établissons notre dépistage de manière à encourager les gens à signaler tout problème. Nous ne pouvons pas les forcer à les signaler.

**Lcol H. Flaman:** Par ailleurs, comme je le disais, les gens choisissent le tableau qu'ils veulent peindre. S'ils veulent se présenter comme quelqu'un qui est prêt à partir et qui n'a aucun problème, c'est ce qu'ils vont montrer. Auparavant, nous faisons un dépistage intensif avant le départ en mission parce que nous voulions savoir dans quelle mesure les problèmes qu'ils signalaient par la suite étaient vraiment présents au départ. Nous avons laissé tomber, parce que tous ceux qui sont prêts et s'entraînent activement en vue du départ ne vont pas cocher les cases indiquant qu'ils ne veulent pas y aller. Ils vont directement au bas de la liste et cochent une réponse négative relativement à tout problème éventuel. Ensuite, ils vous disent sans vergogne: « Oui, mais vous avez dit ceci ou cela », ou encore « Quel est donc votre problème? » Il n'y a rien là.

**Mme Dawn Black:** En pourcentage, combien, parmi ceux qui veulent aller en Afghanistan, sont empêchés d'y aller à cause du dépistage qu'ils doivent subir? Pouvez-vous nous en donner une idée?

**Lcol H. Flaman:** Je ne m'en rappelle pas précisément, mais je dirais entre 2 p. 100 et 5 p. 100. Il y a ceux que nous écartons et à qui nous disons qu'il n'est pas dans leur intérêt d'y aller, pour une raison quelconque, comme un genou fragile, par exemple.

**Maj S. West:** Pour ce qui est de la santé mentale, la rencontre avec le conjoint permet de faire vraiment une bonne vérification. Mais même là, je peux vous assurer que mon mari a été très bien préparé avant qu'il ne se présente devant le travailleur social, et nous n'avions aucun problème. Par conséquent, une famille qui a effectivement des problèmes...

**Le président:** Merci beaucoup.

Cela met fin aux questions. Nous tenons à vous remercier. Est-ce que l'un ou l'autre des témoins veut ajouter quelque chose? Très bien, merci.

Je veux seulement rappeler aux membres du comité que nous en arrivons à la fin de notre audience; donc, si vous avez des recommandations, veuillez les formuler. À la prochaine.

---

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.**