



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la défense nationale

NDDN • NUMÉRO 008 • 2^e SESSION • 41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 3 décembre 2013

Président

L'honorable Peter Kent

Comité permanent de la défense nationale

Le mardi 3 décembre 2013

•(0845)

[Traduction]

Le président (L'hon. Peter Kent (Thornhill, PCC)): Bonjour, chers collègues. Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, nous continuons notre étude des soins offerts aux membres des Forces armées canadiennes malades ou blessés.

Durant la première heure, nous aurons trois témoins: Marc Fortin, sous-ministre adjoint, Sciences et technologie, ministère de la Défense nationale; le lieutenant-colonel Roger Tremblay, chef de projet, protection du personnel, Recherche et développement pour la défense Canada; et Sanela Dursun, directrice, Soutien au personnel et aux familles (Recherche), Recherche et développement pour la défense Canada.

À la fin de la première heure et avant de passer aux témoins suivants, nous nous pencherons sur la motion de M. Williamson, dont vous avez reçu le préavis.

Ensuite, pendant la deuxième heure, nous entendrons Harvey Moldofsky, professeur émérite, département de psychiatrie, faculté de médecine, Institut de la science médicale, Université de Toronto.

Monsieur Fortin, je vous donne la parole pendant 10 minutes pour votre déclaration liminaire.

M. Marc Fortin (sous-ministre adjoint, Science et technologie, ministère de la Défense nationale): Je vous remercie, monsieur le président, de m'avoir invité à venir témoigner devant le comité pour contribuer à votre étude importante concernant les soins dispensés aux militaires blessés ou malades.

Si vous le permettez, monsieur le président, je sauterai du français à l'anglais.

[Français]

En ma qualité de sous-ministre adjoint, Science et technologie, ma responsabilité est de fournir des conseils sur la science et la technologie au ministère de la Défense nationale et aux Forces armées canadiennes. Parallèlement, j'exerce la fonction de chef de la direction de Recherche et développement pour la défense Canada, qui a des installations de recherche partout au pays.

Recherche et développement pour la défense Canada fournit au ministère de la Défense nationale et aux Forces armées canadiennes les connaissances et les avantages technologiques dont ils ont besoin pour défendre et protéger les intérêts du Canada, au pays comme à l'étranger. Notre objectif est de leur présenter les meilleurs conseils, les meilleures connaissances et les meilleures solutions qui soient.

[Traduction]

M. Marc Fortin: Recherche et développement pour la défense Canada, RDDC, tire parti de l'expertise, des connaissances et des ressources d'autres organismes de façon à créer, de par sa collaboration avec ses partenaires, un vaste réseau de recherche. RDDC réfléchit aux défis qui se posent en matière de S et T et de

sécurité de la défense, et joue le rôle de catalyseur pour le maintien d'un secteur innovateur de recherche sur la défense et la sécurité au Canada.

En bref, notre objectif est de fournir aux Forces armées canadiennes les meilleurs conseils, les meilleures connaissances et les meilleures solutions qui soient. Les membres de notre personnel connaissent comme nul autre les activités de défense, et ils ont une expérience directe des théâtres d'opérations et des difficultés auxquelles sont confrontées les Forces armées canadiennes.

Lorsque les Forces armées canadiennes ont dû se concentrer principalement sur la guerre en Afghanistan, RDDC a réorienté son programme de travail pour contribuer à l'atteinte des objectifs opérationnels outre-mer et apporter une expertise en sciences et en technologie pouvant permettre de sauver des vies. Plus de 25 personnes employées à RDDC — et je me permets d'ajouter, des civils — se sont rendues en Afghanistan pour offrir un soutien en S et T dans le théâtre. En fait, certaines d'entre elles ont été décorées pour services rendus à l'appui des missions des Forces armées canadiennes. Notre expérience a éclairé notre travail dans nombre de domaines, notamment dans la recherche sur les blessures opérationnelles.

Permettez-moi, monsieur le président, de vous citer quelques exemples de travaux scientifiques accomplis ou entrepris depuis le début de la mission en Afghanistan, dans des domaines où RDDC et la communauté scientifique ont mis à contribution leur savoir et proposé des solutions.

En Afghanistan, l'emploi de dispositifs explosifs de circonstance s'est accru, ce qui a entraîné une augmentation des lésions par souffle et des traumatismes qui sont associés. RDDC a mis sur pied un programme intégré de recherche sur les lésions par souffle dont découlent des renseignements médicaux utiles aux opérations et grâce auxquels le MDN et Anciens Combattants Canada acquièrent une meilleure compréhension de ce type de traumatismes. Soulignons l'importance de cette information dans l'établissement des diagnostics, l'élaboration des traitements et la prise de décision éclairée.

Nous avons développé une expertise de l'analyse des incidents liés aux combats, à savoir des pratiques uniques, fondées sur des données probantes, en vue d'accroître la survie et de réduire les blessures qui changent le cours d'une vie. Ces progrès ont eu une incidence réelle et ils ont guidé les travaux de modernisation des véhicules ainsi que la mise en service de nouveaux systèmes de protection.

Par ailleurs, nous utilisons des technologies multidisciplinaires à la fine pointe dans le but de comprendre les traumatismes cérébraux légers et de mettre ensuite au point des traitements efficaces.

●(0850)

[Français]

Nous savons également qu'à leur retour de l'étranger, nos militaires doivent surmonter de nombreuses difficultés. Recherche et développement pour la défense Canada, ou RDDC, s'efforce de définir les aspects positifs et négatifs de la réintégration vécus par les membres des Forces armées canadiennes après leur déploiement en Afghanistan. Notre personnel a élaboré l'Échelle de mesure de la réintégration après déploiement afin d'appuyer les efforts des Forces armées canadiennes pour aider les militaires à se réadapter à leur travail et à leur vie familiale lorsqu'ils rentrent au pays.

La collaboration est absolument essentielle à notre travail. Était donné la nature et la complexité des défis que les membres des Forces armées canadiennes doivent relever en théâtre d'opérations ou à leur retour, nous nous sommes donné des moyens pour avoir accès aux connaissances d'autres organismes et institutions et établir des liens de collaboration avec eux.

[Traduction]

Ici même au pays, nous travaillons avec des partenaires du ministère, dont le chef du personnel militaire et le médecin-chef, des partenaires du gouvernement, notamment Anciens Combattants Canada, et des partenaires du Canada, y compris des universités et des instituts. Par exemple, RDDC a joué un rôle primordial dans la création de l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans, l'ICRSMV, qui a déjà comparu devant notre comité, si je ne me trompe.

L'ICRSMV est un regroupement de 26 universités canadiennes. Nous pouvons maintenant puiser à même l'expertise de ce vaste bassin de connaissances universitaires sur des sujets qui touchent la communauté de la santé militaire. De plus, RDDC a établi l'an dernier une nouvelle collaboration avec les Instituts de recherche en santé du Canada. Les IRSC forment le plus grand organisme de financement de la recherche en sciences de la santé au Canada. Nous avons collaboré avec les IRSC afin de procurer à des scientifiques canadiens des fonds qui leur permettront de consacrer leur talent et leur expertise aux problèmes de santé des militaires.

Sur la scène internationale, RDDC travaille activement avec d'autres membres de l'OTAN qui ont éprouvé des difficultés semblables aux nôtres, en Afghanistan ou ailleurs. De nombreux scientifiques de RDDC dirigent des groupes de travail et d'experts de la communauté des S et T du Groupe des cinq.

Comme exemple de notre collaboration avec nos alliés, je mentionne notre travail sur les contre-mesures médicales, qui sont des mesures médicales destinées à protéger les militaires contre des dommages en termes de toxines chimiques, de menaces bactériologiques. Le Canada a joué un rôle de premier plan dans la formation d'un consortium sur les contre-mesures médicales, dont font également partie les États-Unis, l'Australie et le Royaume-Uni, et qui vise à optimiser le rendement opérationnel et la protection de la santé.

[Français]

Grâce à l'évolution des connaissances médicales, des capacités de surveillance et de détection ainsi que des traitements contre les dangers chimiques, biologiques ou radiologiques, les Forces armées canadiennes ont grandement amélioré leurs capacités aux chapitres de la protection, du diagnostic et de la thérapeutique.

Pour conclure, monsieur le président, j'aimerais souligner que je suis très fier des réalisations du personnel de RDDC. Nous continuerons notre collaboration avec les Forces armées canadiennes

afin de fournir à celles-ci l'expertise scientifique et technologique unique, essentielle et stratégique qui a sauvé et continuera de sauver des vies.

[Traduction]

Je vous remercie à nouveau de votre invitation. Mes collègues et moi-même répondrons avec plaisir à vos questions.

Le président: Merci, monsieur Fortin.

Nous commençons le premier tour de questions avec M. Norlock.

M. Rick Norlock (Northumberland—Quinte West, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président, et merci aux témoins de comparaître devant le comité.

Je m'adresse d'abord à Mme Dursun.

Sur la base militaire de ma région, et grâce à la collaboration du ministre de la Défense nationale, nous avons sensiblement accru le fonctionnement du centre de ressources pour les familles de militaires.

Pourriez-vous nous parler des programmes auxquels ont accès les membres des familles de militaires en mission? Il est difficile de demander à quelqu'un de donner un rendement optimal s'il a des problèmes à la maison. Par exemple, il se peut que l'épouse soit obligée d'occuper un emploi pour compléter le revenu familial, et la garde des enfants devient alors un problème. S'il s'agit d'une famille qui vient juste d'être transférée sur une nouvelle base, comment se fait-elle de nouveaux amis? En ce qui concerne les adolescents, nous savons qu'il y a un peu plus de pression sur eux pour se faire des amis dans une nouvelle école.

Pourriez-vous nous parler un peu de votre travail et des services mis à la disposition de nos hommes et femmes en uniforme, et surtout des conjoints et des familles?

●(0855)

M. Marc Fortin: Si vous me le permettez, monsieur le président, j'aimerais repositionner le rôle de RDDC, Recherche et développement pour la défense Canada.

RDDC est un organisme de recherche. Nous faisons de la recherche pour répondre aux besoins du médecin-chef et chef du personnel militaire du MDN. Notre rôle est de produire des données probantes, pas de dispenser des programmes. La prestation des programmes est coordonnée et pilotée par le chef du personnel militaire et le médecin-chef, mais il est certain que nos scientifiques sont là pour appuyer le CPM, le chef du personnel militaire qui, si je ne me trompe, sera ici la semaine prochaine.

Je cède la parole à Mme Dursun qui complétera ma réponse.

Mme Sanela Dursun (directrice, Soutien au personnel et aux familles (Recherche), Recherche et développement pour la défense Canada): Je peux parler de la recherche que nous faisons avec les familles de militaires, et vous dire comment cette recherche appuie les programmes et services qui sont dispensés dans les centres de ressources pour les familles des militaires.

Nous avons au RDDC un programme exhaustif de recherche pour les familles. Nous menons des enquêtes auprès des familles de militaires, de grandes enquêtes à l'échelle de toutes les Forces canadiennes, c'est-à-dire généralement auprès de 9 000 partenaires de militaires. Nous analysons les données et communiquons des informations au directeur des centres de ressources pour les familles des militaires, dans le but d'améliorer les programmes et politiques. Il y a parfois certaines différences dans ce que nous fournissons au centre de ressources pour les familles des militaires, selon leur localisation.

Tous les trois ans, par exemple, nous menons une enquête auprès des conjoints et conjointes de militaires. De fait, nous venons juste de terminer la dernière.

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

On dit ici que Dursun « a appliqué ses conclusions à son travail de chercheur pour le ministère de la Défense nationale. Dans ce contexte, elle conseille les autorités militaires sur la manière d'améliorer la qualité de vie des militaires et de leurs familles. »

Quels conseils avez-vous donnés aux autorités militaires sur la manière d'améliorer le service?

Mme Sanela Dursun: Grâce à nos recherches, et une fois que nous avons compilé les résultats, nous faisons marche arrière pour cerner les problèmes prioritaires.

Je vous donne un exemple. Lors de la dernière enquête auprès des partenaires de militaires, nous avons examiné les services essentiels, c'est-à-dire les plus difficiles à obtenir quand la famille est transférée ailleurs au pays. Au moyen de cette information, nous avons fourni au chef du personnel militaire et au directeur des services aux familles des militaires des données sur les questions prioritaires ainsi que sur la manière d'améliorer les programmes pour y faire face.

M. Rick Norlock: Est-ce que ça a marché?

Mme Sanela Dursun: Absolument. Ils ont utilisé les informations que nous... Et c'est un programme de recherche permanent. Je participe à cette recherche depuis 10 ans. Nous fournissons cette information depuis 10 ans.

J'ai eu personnellement l'occasion de faire un exposé au niveau le plus élevé, au Conseil des Forces armées, sur nos recherches auprès des familles de militaires et sur l'importance des familles dans l'efficacité opérationnelle des Forces canadiennes.

Il est incontestable que les recommandations et les problèmes identifiés ont été appréciés et ont éclairé la prise de décision aux niveaux les plus élevés des forces armées.

M. Rick Norlock: Merci beaucoup.

En ce qui concerne l'un des problèmes les plus stressants et les plus fréquents des opérations militaires, les TSPT, avez-vous fait des études à ce sujet et sur la meilleure manière pour les familles d'y faire face et de dispenser l'aide la plus efficace à la personne qui en souffre?

Avez-vous fait de telles études? Avez-vous fait des recommandations et, si oui, ont-elles commencé à être mises en oeuvre?

● (0900)

M. Marc Fortin: Si vous me le permettez, monsieur le président, nous fournissons des données probantes pour que les personnes appropriées prennent les décisions, c'est-à-dire, dans le cas présent, le médecin-chef et le chef du personnel militaire. Nous n'élaborons pas de politiques, nous fournissons des données probantes qui sont ensuite utilisées...

M. Rick Norlock: J'entends bien. Vous faites des recherches et fournissez les données probantes. C'est excellent et c'est nécessaire. Il faut commencer par là, mais est-on ensuite passé à l'action? Autrement dit, y a-t-il eu des améliorations par suite de votre service dans l'aide dispensée aux familles? Voilà ce que je veux savoir. Je sais ce que vous ne faites pas, mais vous devez bien savoir si cela se fait ou non.

M. Marc Fortin: Exact. Nous sommes un fournisseur de connaissances, pas un fournisseur de services, et le chef du personnel militaire...

M. Rick Norlock: Je sais bien, monsieur. Je vous demande simplement si, à votre connaissance, certaines de vos recommandations ont été mises en oeuvre.

M. Marc Fortin: Le chef du personnel militaire pourra répondre à cela la semaine prochaine.

M. Rick Norlock: Merci beaucoup. Je n'ai pas d'autres questions.

Le président: Merci, monsieur Norlock.

Monsieur Christopherson.

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

Tout d'abord, je constate que les choses ont changé un peu depuis ma dernière présence ici en qualité de critique. Je vous souhaite la bienvenue dans votre nouveau rôle et vous souhaite beaucoup de succès. Je vois que mon ami M. Bezan a obtenu une promotion, et je vous souhaite à tous beaucoup de succès dans vos nouvelles fonctions.

Merci beaucoup de votre exposé. J'ai constaté que vous avez beaucoup parlé des lésions causées par le souffle. Cela a toujours existé mais a pris une nouvelle dimension à notre époque.

Vous avez dit avoir mis sur pied un programme intégré de recherche sur les lésions causées par le souffle, qui produit des informations médicales opérationnellement pertinentes, dans le but d'améliorer la compréhension de ce type de traumatismes par le MDN et par Anciens Combattants Canada. Pouvez-vous nous donner des précisions à ce sujet, car j'aimerais mieux comprendre ce programme et ses résultats?

M. Marc Fortin: RDDC a mis sur pied des installations de recherche spéciales pour reproduire les effets du souffle à différents niveaux.

Aux premiers jours de l'Afghanistan, quand tout le monde a réalisé que les EEI, les engins explosifs improvisés, causaient plus de dégâts que nous le pensions, nous avons réaffecté et restructuré notre effectif pour nous concentrer sur le problème numéro un, la protection des véhicules: comment améliorer leur blindage pour réduire les dommages causés à l'enveloppe externe par les EEI?

Nous avons aussi affecté un nombre non négligeable d'employés à l'intérieur du véhicule, c'est-à-dire aux harnais, aux sièges, à la suspension des sièges, également dans le but de réduire l'impact des EEI sur les véhicules et, partant, les blessures causées aux militaires.

Nous avons aussi travaillé sur l'équipement de protection personnel, c'est-à-dire les casques, la protection pelvienne, encore une fois dans le but de réduire les blessures.

Nous avons aussi travaillé à Suffield dans un établissement où nous pouvons reproduire certaines des explosions pour en analyser les effets. Nous faisons aussi des recherches jusqu'en bas de la chaîne, jusqu'au niveau cellulaire, pour voir ce qui arrive quand des organismes et des cellules sont exposés à des explosions. Notre but est d'essayer de comprendre les effets physiologiques fondamentaux d'une onde explosive sur les cellules, d'essayer de comprendre les origines du traumatisme que subissent nos soldats exposés à de telles explosions.

Nous travaillons aussi avec des organismes universitaires pour mieux comprendre les liens entre les blessures causées par des explosions et les TSPT, les questions de santé mentale. Nous cherchons des marqueurs qui permettront d'établir de meilleurs diagnostics. Si nous arrivons à établir un diagnostic précoce des effets des explosions, nous pourrions peut-être mieux traiter les victimes ou prévenir l'apparition de symptômes plus profonds. Nous cherchons — je me permets de nous vanter un peu — des outils de pointe pour détecter les signes précoces du traumatisme. Nous employons des outils génomiques pour analyser l'ADN et les métabolites des cellules afin de voir s'il est possible d'identifier les signes avant-coureurs de problèmes futurs.

J'ai parlé dans ma déclaration liminaire du travail que nous faisons avec les IRSC, les Instituts de recherche sur la santé du Canada, qui constituent la plus grande organisation de financement de la recherche médicale au Canada. Nous tirons parti des investissements effectués par le gouvernement canadien, par le truchement des IRSC, dans toutes les universités de façon à essayer de faire plancher les meilleures têtes possible du Canada sur ce genre de problèmes militaires.

Nous collaborons aussi avec l'OTAN et avec ce que nous appelons le TTCP, le Programme de coopération technique. Il s'agit d'une communauté réunissant les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Canada qui sont tous confrontés aux mêmes problèmes ou à des problèmes très similaires. L'investissement américain est beaucoup plus vaste que celui des quatre autres partenaires, et nous avons ainsi la possibilité de tirer parti de l'investissement énorme effectué par les États-Unis. Nous contribuons à ces recherches dans certains créneaux. Nous avons accès à des connaissances qu'il serait impossible de recréer au Canada, grâce à la taille de l'investissement.

• (0905)

M. David Christopherson: Vous m'offrez une transition parfaite vers ma deuxième question.

Je suis impressionné par le nombre de partenariats auxquels vous participez, simplement parce que tous nos partenaires font face aux mêmes dilemmes, aux mêmes défis que nous.

Y a-t-il une véritable coordination de tous ces efforts ou chaque nation mène-t-elle ses propres recherches de manière indépendante, une fois que chacune a défini ses propres priorités, ce qui pourrait se traduire par des chevauchements et des synergies? Est-ce qu'on décide conceptuellement au départ que: « Comme vous êtes experts dans tel ou tel domaine, c'est là-dessus que vous allez vous concentrer. Quant à nous, nous allons nous occuper d'autre chose, et nous réunirons toutes les pièces à la fin »?

Quelle est la démarche? Est-ce différent de cela? Pouvez-vous me dire comment fonctionne ce partenariat, du point de vue de la planification et de la coordination, pour tirer le meilleur parti possible de la synergie pouvant résulter du travail exécuté indépendamment?

M. Marc Fortin: C'est un peu tout ça.

Je vais vous expliquer comment nous tirons parti de nos investissements au Canada. Nous travaillons avec le médecin-chef et avec le CPM, le chef du personnel militaire, afin de comprendre leurs besoins respectifs. Ce sont eux les fournisseurs de services qui font face aux problèmes que connaissent nos soldats. Nous travaillons avec le médecin-chef et avec le CPM pour identifier leurs besoins, puisque ce sont les fournisseurs de services, et nous dressons un plan de travail de notre côté.

Ensuite, nous travaillons avec les organismes internationaux pour voir qui fait quoi. Notre but est de coordonner et de ne pas reproduire ce qui se fait déjà ailleurs. Étant donné la complexité des problèmes, nous ne pouvons nous payer le luxe de faire des choses en double. Il y a déjà assez de problèmes à résoudre pour justifier non pas un partage du gâteau, ce qui ne serait pas la bonne expression, mais plutôt la nécessité d'une coordination internationale.

Le président: Merci, monsieur Fortin.

Monsieur Allen.

M. Mike Allen (Tobique—Mactaquac, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie les témoins de leur présence.

J'ai quelques questions à poser, et j'aimerais partir d'un niveau relativement élevé.

Monsieur Fortin, vous avez dit avoir 25 employés du RDDC qui sont déployés en Afghanistan. Certains ont été décorés, et vous avez dit qu'il y avait des civils.

Pourriez-vous me dire quel est le profil de 25 employés, du point de vue de leurs compétences?

M. Marc Fortin: Nous avons un très vaste bassin de connaissances et de compétences. Comme je l'ai dit, nous travaillons avec le chef d'état-major de la Défense, le CEMD, pour comprendre les besoins sur le théâtre d'opérations. Il y a des questions de santé mais aussi, bien sûr, un éventail beaucoup plus large de questions en termes d'opérations.

Par exemple, le général Beare, quand il était en Afghanistan, a eu besoin de l'appui de la communauté des sciences et la technologie pour l'aider à mettre sur pied des programmes de formation des forces locales. Je ne sais pas s'il apprécierait que je le cite, mais il a dit quelque chose voulant dire que la mission consistant à mettre sur pied des programmes de formation des forces locales n'aurait pas pu être menée à bien sans nos scientifiques. Dans ce cas, les scientifiques étaient des experts en recherche opérationnelle ainsi qu'en conception d'un programme de formation, et ils savaient comment assurer l'intégration de tous les éléments. Leur but était d'obtenir une production très élevée des stagiaires sur le terrain.

Nous envoyons aussi des scientifiques qui sont plus axés sur la technologie, dirais-je. Ils examinent les nouvelles technologies avec de nouveaux détecteurs pour repérer les nouvelles menaces. Nous avons aussi envoyé des scientifiques qui sont des experts en mesures anti-EEI destinées à protéger les véhicules et le personnel contre les engins explosifs, afin de les repérer à l'avance.

Il y a donc un très vaste bassin d'expertise auquel peuvent faire appel le CEMD et le sous-ministre.

• (0910)

M. Mike Allen: Est-ce que les gens qui vont sur place s'occupent d'évaluation des TSPT localement pendant que les soldats sont en mission?

M. Marc Fortin: L'une des choses que nous avons faites a été de mettre sur pied un programme exhaustif pour analyser les dommages causés aux véhicules par les EEI, puis analyser les victimes. Il s'agissait d'identifier les faiblesses éventuelles de nos véhicules de façon à mieux les protéger pour éviter qu'il y ait d'autres victimes.

Nous avons dressé une base de données exhaustive sur les dommages causés aux véhicules, avec des méta-informations. Nous avons aussi une base de données exhaustive sur les blessures causées au personnel, qui nous aide à mieux comprendre comment améliorer sa protection, que ce soit par le véhicule ou par une protection personnelle.

M. Mike Allen: D'accord. Je vais reformuler ma question. Vous faites cette recherche et je suppose que vous donnez les informations aux gens de la Défense qui sont en mission sur le terrain. Par exemple, lorsqu'ils reviennent, vous tirez parti de tout ce que vous avez fait au sujet des répercussions émotionnelles et des TSPT. D'après votre réponse à M. Norlock, cela relève de la compétence de la Défense et nous verrons donc la semaine prochaine comment elle se sert de cette recherche.

Pouvez-vous me dire quelle est la boucle avec les gens de la Défense sur le théâtre des opérations? Il me semble qu'il serait excellent que nous soyons aussi proactifs au point de départ. Nous devons faire un bon travail dans le traitement de nos soldats qui reviennent, parce qu'ils sont blessés et malades et que nous voulons traiter les effets des TSPT. Cela dit, il me semble aussi que nous devrions éclairer notre recherche sur comment nous éduquons nos soldats et leurs familles avant même qu'ils soient envoyés en mission.

Pouvez-vous donc me dire comment cette boucle de rétroaction revient du terrain pour éclairer votre recherche afin de mieux préparer nos soldats quand ils partent?

M. Marc Fortin: Merci de ces éclaircissements.

Oui, nous faisons de la recherche sur... Nous faisons cette boucle rétroactive et examinons les facteurs de résilience chez les soldats. Nous menons des enquêtes pour savoir quels sont les facteurs favorables chez les soldats les plus résilients, du point de vue de la santé mentale. Je laisse Mme Dursun vous donner des précisions.

Mme Sanela Dursun: Merci de la question.

Nous avons effectivement un programme de recherche exhaustif sur les facteurs de risque des TSPT et d'autres blessures du stress opérationnel. La boucle de rétroaction dont vous parlez comprend un certain nombre d'outils. Nous avons un outil pour examiner les gens lorsqu'ils sont sur le théâtre des opérations. C'est ce qu'on appelle une dimension humaine des opérations. Nous recueillons certaines informations quand nous sommes là-bas au sujet de leur état général. Nous avons aussi différents types de liens avec des études, par exemple le questionnaire sur la santé des recrues. Quand nous les recrutons et qu'ils avancent dans leur carrière, y compris lorsqu'ils sont envoyés en mission, nous examinons les aspects de leur personnalité, par exemple, qui sont des facteurs éventuels de risque sous le stress opérationnel qui pourraient déclencher ou accroître une probabilité plus élevée de TSPT.

En outre, comme l'a dit M. Fortin, notre recherche est basée sur le client. Les fournisseurs de services nous disent dans quels domaines ils ont besoin de recherche. Pour toute lacune qu'ils relèvent, nous avons un cycle de recherche annuel qui permet à une organisation de revenir nous dire qu'elle a besoin de comprendre exactement comment ça marche. Pour nous, en un sens, c'est une rétroaction sur les lacunes et sur ce que nous pouvons faire de plus pour essayer de comprendre et d'étudier.

● (0915)

M. Mike Allen: Pouvez-vous me donner un exemple de certaines des recherches des Instituts de recherche sur la santé du Canada? Je suppose qu'ils sont vos partenaires pour certaines de ces choses-là.

Le président: Très brièvement, s'il vous plaît.

M. Marc Fortin: Les Instituts de recherche sur la santé du Canada sont un nouveau partenariat qui a commencé l'an dernier. Nous avons réalisé un projet pilote l'an dernier. Nous avons l'intention d'étendre ce partenariat cette année et dans les années à venir.

L'une des choses qu'ils font, par exemple, concerne le travail de génomique sur la détection d'outils pour un diagnostic précoce.

Le président: Merci, monsieur Allen.

Madame Duncan, vous avez la parole.

Mme Kirsty Duncan (Etobicoke-Nord, Lib.): Merci, monsieur le président, et merci aux témoins. J'apprécie votre témoignage.

Je voudrais que vous me répondiez par oui ou par non: comme RDDC réduit ses projets, a-t-on annulé des études concernant le traitement des membres blessés ou malades des Forces armées canadiennes?

M. Marc Fortin: Oui ou non. Nous procédons actuellement à la planification pour 2014-2015, ce qui veut dire que les plans de travail n'ont pas encore été cristallisés pour le 1^{er} avril 2014. Pour le moment, nous n'avons appliqué aucune réduction à l'unité appelée recherche et analyse du personnel militaire. Nous n'avons pas réduit le personnel de cette unité.

Mme Kirsty Duncan: Monsieur Fortin, pour que ce soit tout à fait clair, avons-nous perdu des projets quelconques, jusqu'à présent, concernant le traitement des membres malades ou blessés des Forces armées canadiennes?

M. Marc Fortin: À ma connaissance, nous n'avons perdu aucun projet.

Comme l'a dit Mme Dursun, les projets sont révisés chaque année dans le cadre d'un cycle normal d'ajustement de nos plans de travail pour répondre aux besoins du médecin-chef et du CPM.

Mme Kirsty Duncan: Je comprends.

M. Marc Fortin: Il y a toujours une évolution naturelle des programmes.

Mme Kirsty Duncan: Mais, jusqu'à présent, aucun n'a été perdu.

Voici ma deuxième question: comme RDDC réduit ses projets, est-il prévu d'annuler des études quelconques concernant le traitement des membres des Forces armées canadiennes malades ou blessés?

M. Marc Fortin: À ma connaissance, on ne s'attend pour l'heure à aucune annulation d'étude à cause d'une réduction.

Mme Kirsty Duncan: Merci beaucoup.

Dans son témoignage, le colonel Homer Tien, traumatologue militaire canadien titulaire d'une chaire de recherche sur les traumatismes liés au service militaire à l'hôpital Sunnybrook, a dit que l'une des priorités de recherche du Canada est le domaine des TCL, les traumatismes cérébraux légers, comprenant les questions de douleurs chroniques et la réadaptation. Quelles sont les ressources directement consacrées par RDDC aux TCL, en termes de personnel et de financement?

M. Marc Fortin: La question des TCL, les traumatismes cérébraux légers, fait partie des nouveaux travaux que nous menons avec les Instituts de recherche sur la santé du Canada.

Votre question est très intéressante, mais l'évaluation de la quantité exacte des ressources qui sont attribuées à ce domaine est un peu plus difficile. Nous finançons les IRSC, qui dispensent à leur tour des fonds à des scientifiques d'universités de tout le pays pour qu'ils étudient entre autres choses les TCL, les traumatismes cérébraux légers. Les salaires des scientifiques universitaires sont payés par les universités, évidemment, et il nous est donc difficile de mesurer la contribution des universités à cet effort.

Mme Kirsty Duncan: J'entends bien, mais pouvez-vous me dire quelle est la contribution de RDDC et celle des IRSC en termes de personnel et de ressources?

M. Marc Fortin: C'est une question plus détaillée à laquelle je ne peux répondre aujourd'hui, mais je vous enverrai les chiffres avec plaisir.

Mme Kirsty Duncan: Pouvez-vous les envoyer au comité?

M. Marc Fortin: Avec plaisir.

Mme Kirsty Duncan: Très bien. Merci.

Combien y a-t-il de projets portant sur les TCL?

M. Marc Fortin: C'est là aussi une information que nous communiquerons avec plaisir au comité. Je n'ai pas avec moi le nombre actuel de ces projets.

Mme Kirsty Duncan: Quand vous enverrez l'information, pouvez-vous nous donner aussi une comptabilité détaillée des projets, ainsi que leurs objectifs?

M. Marc Fortin: Avec plaisir.

Mme Kirsty Duncan: Pouvez-vous me dire si RDDC étudie les liens entre, disons, les TCL, les TSPT et la démence?

M. Marc Fortin: Si vous me permettez de replacer les dernières questions dans leur contexte, les TCL et les TSPT sont certains des éléments qui font partie d'un éventail beaucoup plus large de questions de santé mentale chez les militaires. Ce ne sont pas des questions négligeables mais ce n'est qu'une petite partie d'une problématique globale touchant la santé mentale. Nous faisons un investissement assez important. Nous pouvons mesurer notre investissement plus largement dans le secteur de la santé que dans le secteur de la recherche et de l'analyse du personnel militaire. Encore une fois, nous vous communiquerons cette information avec plaisir.

• (0920)

Mme Kirsty Duncan: Très bien. Vous allez donc envoyer tout ça au comité.

Une autre chose qu'a mentionnée le colonel Tien est que le domaine de concentration du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes est celui des traumatismes aigus. Maintenant que le Canada ne participe plus aux combats, a-t-il dit, il s'attend à une réorientation des priorités vers les séquelles de la guerre, essentiellement des questions de santé mentale. Est-ce que cette réorientation se manifeste aussi à RDDC?

M. Marc Fortin: Absolument. J'ai dit tout à l'heure que nous révisons notre programme de travail sur une base annuelle. Nous révisons ce programme de travail avec tous les commandants de niveau un, le médecin-chef, le chef du personnel militaire et, bien sûr, les environnements, l'Armée de terre, l'Armée de l'air, la Marine, COIC, etc.

Mme Kirsty Duncan: Donc, cela se fait. Puis-je avoir des précisions?

M. Marc Fortin: Cela se fait de manière permanente.

Dans la mission post-combat, comme les problèmes de ce que nous appelons le côté client, c'est-à-dire le côté militaire de la maison, ainsi que le MDN, ont évolué, nous avons ajusté notre programme de recherche en conséquence.

Mme Kirsty Duncan: Puis-je avoir des détails à ce sujet?

Pouvez-vous réellement démontrer que cette réorientation a eu lieu? Qu'est-ce qui était financé, en termes de personnel et de finances, lorsque c'était le traumatisme, et qu'est-ce qui l'est maintenant avec la réorientation? Pouvez-vous le démontrer?

M. Marc Fortin: Nous pouvons certainement démontrer l'évolution du programme de recherche, le plan de travail de RDDC qui, je le répète, est ajusté sur une base annuelle. Il faut comprendre que nous parlons ici de recherche. La recherche, malgré tous les meilleurs efforts, la meilleure expertise, nous emmène parfois dans une direction où nous ne trouverons pas forcément la réponse, et nous devons alors faire marche arrière et réorienter nos démarches.

Mme Kirsty Duncan: C'est comme ça que ça marche, la recherche.

M. Marc Fortin: C'est la nature même du travail de recherche et développement.

Mme Kirsty Duncan: Pouvez-vous envoyer au comité ce qu'étaient les chiffres du personnel et des finances dans le cadre des traumatismes aigus et, maintenant, ce que sont les chiffres du personnel et des finances dans le cadre de l'après-guerre?

M. Marc Fortin: Nous serons heureux de vous fournir l'information.

Le président: Merci beaucoup, madame Duncan, votre temps de parole est écoulé.

C'est maintenant au tour de M. Williamson.

M. John Williamson (Nouveau-Brunswick-Sud-Ouest, PCC): Merci, monsieur le président.

Je vais partager mon temps de parole avec M. Opitz, et c'est lui qui va commencer. Je poserai mes questions après lui.

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

Merci, monsieur Fortin. Je suis ravi de vous voir ici. Vous nous avez donné un excellent aperçu de ce que fait RDDC.

Je m'intéresse à certaines des recherches que vous menez sur les TSPT, en particulier dans la région de Toronto. Certaines de ces recherches portent sur la quantification des hormones salivaires. Cela a à voir avec des appareils de mélatonine. Il s'agit de mettre au point un appareil permettant de surveiller les hormones et les endocrines des soldats afin d'identifier ceux qui, à cause de déséquilibres hormonaux, seraient les plus susceptibles aux TSPT avant d'aller au combat. On pourrait ainsi déterminer ce genre de déséquilibres entre — et je ne suis pas un scientifique — l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien dans le cerveau qui est capable de réguler la production de cette hormone, ce qui atténuerait les effets des TSPT. On serait alors en mesure de traiter ces soldats avant qu'ils n'acquiescent ces symptômes aigus.

On fait aussi des recherches sur les rythmes de mélatonine, notamment sur des questions de sommeil, dont le Dr Moldofsky nous parlera tout à l'heure.

Est-ce que vous, ou peut-être le Dr Tremblay, êtes en mesure de nous parler de ça?

M. Marc Fortin: Je vais commencer et je laisserai mes collègues entrer dans la discussion.

Personne au monde n'a encore trouvé la solution magique aux TSPT. Cela reste un problème sérieux pour les médecins-chefs de différents pays. On mène beaucoup de recherches à ce sujet dans le monde. Certaines recherches se font au Canada, d'autres dans d'autres pays, et d'autres encore en collaboration.

Comme je l'ai déjà dit, nous sommes à la recherche de n'importe quel type d'indicateur qui nous permettrait d'identifier une prédisposition au traumatisme causé par le stress. Nous cherchons n'importe quel type d'indicateur qui nous permettrait de mieux diagnostiquer et soigner. Les études auxquelles vous faites allusion constituent un thème d'investigation. Elles n'ont pas encore abouti. Les recherches continuent.

● (0925)

M. Ted Opitz: Je dois vous arrêter là, monsieur, car je ne veux pas épuiser tout le temps de parole de M. Williamson. Merci de votre réponse. C'est un thème de recherche important à l'heure actuelle, et j'aimerais beaucoup en apprendre plus de votre personnel dans un avenir proche sur les détails de cette recherche.

Le président: Il vous reste deux minutes et demie.

M. John Williamson: Merci beaucoup.

Il me semble, au moment où nous quittons l'Afghanistan, que nous aurons de plus en plus à nous préoccuper des TSPT et de leur incidence sur les familles, ainsi que de notre préparation à y faire face. Que faisons-nous à cet égard? C'est peut-être là quelque chose qui, je ne dirais pas nous prend par surprise, mais semble de plus en plus faire les manchettes. Est-ce quelque chose que nous pouvons examiner de manière à aider les familles? C'est une manière un peu simpliste d'exprimer ma pensée. Que faisons-nous ici en collaboration avec nos alliés, en particulier américains, qui pourraient avoir plus d'expérience dans ce domaine, pour veiller à ce que des ressources soient déployées adéquatement pour faire face à ce problème?

M. Marc Fortin: Je demande à Mme Dursun de vous répondre.

Mme Sanela Dursun: Merci de la question.

Comme vous le comprenez certainement, c'est un problème très complexe, celui des troubles de la santé mentale, dont les TSPT. C'est une maladie relativement nouvelle et les taux de comorbidité sont vraiment élevés, ce qui veut dire que beaucoup des gens faisant l'objet d'un diagnostic de TSPT souffrent aussi d'autres maladies mentales.

À RDDC, cela s'est traduit par une réorientation de nos priorités, depuis le changement de priorités du gouvernement et de l'organisation dans le but de comprendre l'impact des opérations sur les malades et les blessés, quel genre de recherche nous faisons pour les malades et les blessés.

Nous avons récemment mis sur pied un programme de recherche pour comprendre les programmes. Nous ne pouvons pas parler des services que nous dispensons aux malades et aux blessés, mais nous menons des recherches pour évaluer ces programmes et voir s'ils fonctionnent bien pour aider les malades et les blessés à se rétablir et à se réadapter.

Nous venons, par exemple, de terminer une évaluation du programme de retour au travail. C'est l'un des programmes dispensés par l'unité interarmées de soutien du personnel. Ça ne se limite pas aux questions de santé mentale, mais la plupart des bénéficiaires souffrent de troubles de la santé mentale, dont les TSPT. Nous avons interrogé plus de 100 membres des Forces canadiennes participant à ce programme, dans tout le pays, y compris des coordonnateurs, et,

absolument, les constatations que nous avons communiquées à ceux qui dispensent le programme ont été précieuses.

Le président: Merci, madame Dursun.

Monsieur Brahmi.

[Français]

M. Tarik Brahmi (Saint-Jean, NPD): Merci, monsieur le président.

Monsieur Fortin, on vous interroge beaucoup sur le trouble de stress post-traumatique, mais j'ai l'impression que ce n'est pas votre domaine d'expertise. Si je comprends bien, votre mandat premier est de faire de la recherche en matière de technologies.

M. Marc Fortin: Notre mandat est de fournir aux Forces armées canadiennes les meilleurs avis, connaissances et technologies, et ce, pour tous les défis auxquels elles font face. Cela touche aussi bien la santé mentale que la technologie, par exemple le blindage des véhicules et les technologies de senseur du côté militaire. Nous sommes à une époque où les besoins technologiques sont plus élevés que jamais. Les plateformes sont plus complexes technologiquement qu'elles ne l'ont jamais été. Même une arme de calibre relativement petit est beaucoup plus complexe qu'elle ne l'était au cours de la Seconde Guerre mondiale.

M. Tarik Brahmi: D'accord.

Pour ce qui est du trouble de stress post-traumatique, quel pourcentage de vos recherches cela représente-t-il?

M. Marc Fortin: Le pourcentages précis de personnel et d'investissement que cela représente fait partie de l'information que nous allons fournir au comité.

● (0930)

M. Tarik Brahmi: Très bien.

J'aimerais parler davantage du transfert technologique.

J'avais l'impression que votre mandat était davantage axé sur la recherche fondamentale et, par la suite, sur la recherche appliquée. Or j'imagine que vous ne disposez pas du budget nécessaire pour commercialiser ou industrialiser les solutions que vous découvrez. Vous devez donc nécessairement faire du transfert technologique.

Pour demeurer dans le cadre de la question étudiée par ce comité, soit les soins offerts aux membres des Forces armées canadiennes malades ou blessés, je vais vous demander si vous avez créé ou découvert des technologies que vous avez par la suite transféré à des entreprises canadiennes aptes à produire des systèmes destinés à sauver des vies et éviter des blessures aux soldats qu'on envoie sur les champs de bataille.

M. Marc Fortin: Monsieur le président, c'est une excellente question.

Vous avez tout à fait raison. Recherche et développement pour la Défense Canada est un organisme de recherche et non pas de commercialisation.

La commercialisation des nouvelles technologies et inventions se fait par l'entremise du secteur industriel privé canadien et, parfois, étranger. Nous faisons le transfert technologique vers ces entreprises pour leur permettre de fournir les équipements aux Forces armées canadiennes et au ministère de la Défense nationale.

Dans le domaine de la santé, nous travaillons actuellement, par exemple, sur le développement de vaccins et d'antidotes contre des agents chimiques ou bactériologiques. Vous savez qu'en Syrie, par exemple, il y a des inquiétudes sérieuses relativement à la possibilité que de telles armes existent. Ce sont des défis complexes et il n'est pas facile de trouver des solutions.

Le Canada a été l'un des leaders, sinon le leader dans la formation du consortium Medical Countermeasures Initiative, qui a amené quatre pays à travailler ensemble. Nous amenons le Surgeon General de États-Unis, les services de santé des différentes forces armées de quatre pays et les services de santé publiques à travailler collectivement pour identifier et créer des antidotes et des vaccins qui vont protéger nos Forces armées canadiennes à l'étranger lorsqu'elles font face à des virus ou des toxines utilisées comme armes chimiques.

Ces mêmes virus peuvent également être propagés naturellement dans les populations civiles et nous travaillons avec les organismes de santé publique pour créer collectivement ces antidotes et ces vaccins. Nous ne commercialisons pas les vaccins.

M. Tarik Brahmī: Je m'excuse de vous interrompre, mais il ne me reste que quelques secondes. Est-ce un phénomène qui a tendance à augmenter? Sinon, le voyez-vous en diminution à l'avenir par rapport aux budgets qui vous sont alloués? Ce sera ma dernière question.

M. Marc Fortin: Vous parlez de quelle augmentation?

M. Tarik Brahmī: Je parle de l'augmentation des budgets que vous comptez allouer à l'avenir aux transferts technologiques.

M. Marc Fortin: Les budgets vont être liés aux occasions de transferts technologiques. Il n'y a pas de budget particulier associé au transfert lui-même. Cela fonctionne d'une occasion à l'autre. Lorsqu'une occasion se présente, nous allons soutenir le transfert technologique.

Le président: Merci, monsieur Fortin et monsieur Brahmī.

Monsieur Bezan, vous avez la parole.

[Traduction]

M. James Bezan (Selkirk—Interlake, PCC): Merci, monsieur le président, et bienvenue à nos témoins. Je suis heureux de voir ici des représentants de RDDC.

Lors de notre dernière étude sur la préparation, nous sommes allés visiter RDDC à Downsview. Des membres du comité sont allés voir le travail que vous faites, du point de vue de l'équipement et de la capacité de survie de nos soldats.

Au printemps, nous avons accueilli ici le major Ray Wiss, que beaucoup d'entre nous connaissons par ses publications, *FOB Doc* et *Line in the Sand*. Il a été l'un des premiers à employer du matériel à ultrasons sur le théâtre dans une base d'opérations avancée pour aider à améliorer la capacité de survie. D'après ce que j'ai vu à Downsview, on mène là-bas des recherches pour essayer d'amener plus d'équipement de diagnostic même au niveau où, au lieu de l'avoir seulement sur une BOA, un médecin pourrait l'emporter sur le théâtre et être capable d'améliorer la capacité de survie de ceux qui sont blessés en action.

Je sais, colonel Tremblay, que vos domaines d'expertise, comme directeur du personnel des sciences et de la technologie, sont les interventions médicales, les contre-mesures médicales, la gestion des victimes au combat, les technologies de diagnostic et les soins aux victimes.

Je sais que les discussions tournent souvent autour des TSPT et des effets du stress opérationnel. Toutefois, l'étude portait aussi en partie sur la manière dont nous traitons les blessures traumatiques.

Pouvez-vous nous parler de la recherche que vous faites peut-être sur le théâtre d'opérations? Pouvez-vous parler aussi de ce que vous faites ici au Canada pour veiller à ce que nos soldats blessés en action obtiennent les meilleurs soins possible grâce à la recherche et aux découvertes de RDDC?

•(0935)

M. Marc Fortin: Merci de la question.

Comme vous avez visité Toronto, je soupçonne que vous avez vu les appareils à ultrasons qu'on y met au point. Nous essayons d'adapter la technologie pour qu'elle fonctionne sur le théâtre d'opérations, pour pouvoir améliorer les outils de diagnostic à ultrasons en 3D qui sont mis à la disposition des médecins sur place. Cette technologie est en cours de développement. C'est un travail que nous continuons à faire pour rendre la technologie portable, assez solide pour pouvoir être déployée, et assez fiable, bien sûr, pour être déployée sur le théâtre.

Un autre exemple venant de Toronto est l'élaboration d'un nouveau traitement salin intraveineux qui est administré surtout quand un soldat a subi une perte de sang et de fluides. On doit alors lui injecter une solution saline, une IV, comme nous disons. Nous avons modifié le conditionnement de la solution pour pouvoir la rendre plus portable, et elle est maintenant déployée sur le théâtre.

C'est une technologie qui a été mise au point par le truchement de RDDC et qui est maintenant déployée sur le théâtre. Comme vous avez aussi soulevé la question de l'entraînement que nous dispensons, nous travaillons aussi pour appuyer le déploiement de nos soldats en les entraînant à utiliser des agents toxiques réels, avec toxines et agents chimiques et bactériologiques, ce qui est une préoccupation dans le contexte de la Syrie. Voilà un exemple de la manière dont nous adaptons notre programme de recherche pour nous assurer que nos hommes et femmes en uniforme soient le mieux équipés possible pour faire face à n'importe quelle menace. À Suffield, nous travaillons sur la protection contre les agents chimiques et biologiques. Les militaires peuvent être exposés à des situations simulant ces agents et nous les entraînons à y réagir correctement.

Lieutenant-colonel Tremblay, voulez-vous ajouter quelque chose?

Lcol Roger Tremblay (chef de projet, Protection du personnel, Recherche et développement pour la défense Canada): Oui, peut-être quelques exemples.

À Suffield, nous faisons des recherches sur les cellules souches dans l'espoir de réussir à améliorer le traitement des brûlures.

Dans le cadre du programme des lésions par le souffle, nous examinons aussi les lésions par écrasement qui peuvent se produire quand on reste coincé sous un véhicule pendant longtemps. Cela arrive de plus en plus souvent sur le théâtre. C'est un autre exemple de travail que nous avons entrepris récemment et qui peut avoir une incidence directe sur ces opérations.

Le président: Merci, colonel Tremblay.

Nous sommes arrivés aux cinq dernières minutes de la première heure.

[Français]

Monsieur Larose, vous avez la parole.

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

[Traduction]

Vous avez parlé des EEI et de leur impact sur les véhicules.

[Français]

Monsieur Fortin, vous avez mentionné l'étude qui est menée auprès des troupes. À part les blessures physiques qui surviennent lorsqu'un véhicule blindé passe sur un IED, un *improvised explosive device*, pouvez-vous parler un peu des études que vous avez faites sur l'impact psychologique?

M. Marc Fortin: Les études que l'on fait sur l'impact psychologique cherchent à couvrir l'ensemble des facteurs qui augmentent le niveau de stress chez les militaires. Une explosion sous un véhicule est une source de stress au sens large du terme. Bien sûr, le simple fait d'être présent sur un théâtre d'opérations induit aussi un stress.

• (0940)

M. Jean-François Larose: C'est fondamentalement dû à un manque de détection. Un des problèmes des IED, c'est qu'on ne sait jamais où ils sont.

M. Marc Fortin: La pression et l'incertitude constantes ou encore le stress constant peuvent contribuer à d'éventuels problèmes de santé mentale.

On a investi énormément d'efforts, particulièrement avec les alliés, dans l'amélioration de la détection et de la neutralisation des engins explosifs improvisés présents sur un théâtre d'opérations. C'est un problème qui est encore une fois extrêmement difficile à solutionner. Il n'y a aucun pays parmi les alliés qui a réussi à résoudre ce problème de façon définitive.

M. Jean-François Larose: J'ai une autre question à vous poser.

Le théâtre des opérations en Afghanistan est en train de se résoudre. C'est la même chose en Irak. Les rapports sur les IED que vous avez se limitent-ils à ces deux pays? Par exemple, les Français en avaient-ils au Mali? Y a-t-il des rapports indiquant qu'à partir du moment où une méthode meurtrière se révèle efficace, elle se propage ailleurs?

M. Marc Fortin: Nous travaillons évidemment avec les services de renseignement pour identifier quelles sont les nouvelles menaces et les nouvelles armes qui sont déployées dans différentes parties du monde. La collaboration entre les services de renseignement de toute cette communauté des cinq partenaires est extrêmement saine. Ils partagent l'information de façon à ce que nous puissions développer des solutions avant que notre personnel ne soit sur un théâtre d'opérations.

M. Jean-François Larose: Des rapports font donc actuellement état d'engins explosifs improvisés en dehors de ces deux théâtres d'opérations.

M. Marc Fortin: Oui, il y a des engins explosifs improvisés qui sont situés en dehors de ces théâtres d'opérations et ils demeurent l'une des menaces les plus sérieuses pour le déploiement du personnel. D'après les rapports de renseignement qu'on a et les experts avec qui nous travaillons, cette menace va demeurer pendant plusieurs années encore.

M. Jean-François Larose: Même sur un théâtre d'opérations avec les Nations Unies ou ailleurs, la menace est toujours présente.

M. Marc Fortin: Oui, elle est très présente et importante. C'est pourquoi nous continuons à faire du travail malgré le fait que nous ne soyons plus en mission de combat en Afghanistan.

M. Jean-François Larose: En ce qui concerne la recherche et le développement que vous faites sur la diminution des impacts sur les

blindés, pouvez-vous dire qu'il y a une élimination à 100 % dans le cas des véhicules actuels avec les modifications que vous avez apportées?

M. Marc Fortin: Aucun pays ne peut prétendre que ses véhicules sont protégés à 100 %.

M. Jean-François Larose: Il y a quand même des développements de véhicules. Je pense à l'Afrique du Sud qui a développé des blindés. On s'entend, un système en V diminue énormément l'impact, ce qui n'est pas le cas pour les véhicules que possède le Canada.

M. Marc Fortin: Au cours des premiers jours du déploiement en Afghanistan, RDDC a assigné près de 80 personnes au travail sur le blindage, ce que l'on appelle le *under belly armour*. Je ne connais pas le terme en français.

M. Jean-François Larose: C'est en somme la coque en V.

M. Marc Fortin: Parlons donc de la coque en V, qui vise à renforcer les endroits qui étaient plus vulnérables. C'est pour cela que nous avons une base de données sur les dommages infligés aux véhicules. Nous voulons comprendre quels sont les points les plus faibles et adopter des mesures de renforcement de ces véhicules.

M. Jean-François Larose: Il y a toutefois une limite avec les véhicules initiaux qui ont été bâtis. Personne ne s'attendait aux engins explosifs improvisés.

M. Marc Fortin: Cela été un développement important dans la guerre en Afghanistan, une leçon importante pour l'ensemble des alliés. RDDC fournit des avis pour la sélection de la prochaine génération de véhicules...

M. Jean-François Larose: Cela est urgent.

M. Marc Fortin: ... qui va être acquise par le Canada.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup, monsieur Larose.

Merci, monsieur Fortin, madame Dursun et colonel Tremblay, d'être venus témoigner ce matin.

Cela met fin à la première heure. Merci à nouveau d'être venus devant le comité.

Au lieu de suspendre la séance, chers collègues, alors que partent nos premiers témoins et que les suivants se préparent, nous avons reçu une motion de M. Williamson. Pouvez-vous la présenter, monsieur Williamson?

M. John Williamson: Certainement, monsieur le président. J'ai envoyé le texte au greffier il y a quelques jours et je pense que la motion est recevable du point de vue des délais. Je vais la lire pour l'information des membres du comité:

Que le président du Comité permanent de la défense, au nom du comité, demande au greffier de convoquer des fonctionnaires du ministère de la Défense nationale et des Forces armées canadiennes à venir mettre le comité au courant de la contribution au Canada aux secours humanitaires aux Philippines pour une heure le 10 décembre 2013.

(La motion est adoptée.)

• (0945)

Le président: Merci beaucoup.

Docteur Moldofsky, veuillez prendre place à la table des témoins.

Pendant cette deuxième heure, chers collègues, nous entendrons Harvey Moldofsky, professeur émérite, département de psychiatrie, faculté de médecine, Institut de science médicale, Université de Toronto.

Merci beaucoup d'avoir répondu à notre invitation à si court préavis, monsieur. J'espère que votre rhume est guéri. Je vous donne la parole pour votre déclaration liminaire.

Dr Harvey Moldofsky (professeur émérite, Département de la psychiatrie, Faculté de la Médecine, Institut de la Science médicale, Université de Toronto, à titre personnel): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je pense que nous avons tous de la chance. Je ne durerai pas 10 minutes. Vous n'aurez pas à supporter ma laryngite.

Je suis reconnaissant à Ted Opitz d'avoir pris cette initiative, car c'est une question qui nous préoccupe tous, à l'évidence. J'aimerais répondre à une question que vous avez posée, qui était de savoir quel soutien nous recevons des universités en ce qui concerne les TSPT, les TCC, ce genre de choses.

Dans mon cas, au cours des 20 à 30 dernières années, cela a été zéro. J'ai été obligé de quitter l'université à 65 ans et, au lieu de me donner une médaille, on m'a appelé « émérite », ce qui veut dire que je peux faire exactement les mêmes choses, mais sans avoir à assister à des comités.

M. David Christopherson: C'est ce qu'on appelle le Sénat.

Dr Harvey Moldofsky: S'il vous plaît, ne m'envoyez pas là-bas.

Ce dont je vais vous parler... J'ai repensé à mes notes, qui remontent à près de 10 ans. Quand j'ai entendu à l'époque que le gouvernement canadien envisageait sérieusement d'aller en Afghanistan, j'ai préparé une demande de subvention en suggérant qu'on se penche sur les prédicteurs des TSPT et de leurs symptômes. Je n'ai jamais reçu de réponse.

Avec l'encouragement et le soutien de collègues de RDDC et de Don Richardson, de la clinique des blessures de stress opérationnel, je suis allé de l'avant. Au cours de la dernière décennie, la clinique m'a envoyé des patients, et je ne suis pas un psychiatre typique. Je ne vois pas des fous, sauf des familles et des parents...

M. David Christopherson: Sauf aujourd'hui.

Dr Harvey Moldofsky: ... mais je vois des gens qui souffrent de maladies que personne ne comprend. Voilà ma spécialité. Je fais cela depuis plus de 40 ans. Je me suis intéressé à des domaines qui n'avaient jamais existé mais qui sont aujourd'hui très courants. C'est parce que je me suis intéressé à la manière dont fonctionne le cerveau, et dont le cerveau est relié à la santé physique autant que mentale de l'individu. Ce n'est pas comme si je prenais une photographie ou me contentais de poser quelques questions. Non, je cherche vraiment, j'analyse et j'essaie de comprendre.

Mon travail m'a montré que le facteur clé de notre santé est le fonctionnement de notre cerveau, notre cerveau au sommeil et en éveil. Le cerveau ne s'arrête jamais de fonctionner, que ce soit en éveil ou au sommeil. Si nous ne dormons pas comme il faut, nous devenons malades. Si l'on prive un animal de sommeil, il meurt. On n'a jamais fait cela à personne, et on ne le fera jamais. Cela m'a amené à étudier la physiologie du sommeil et de l'éveil, le fonctionnement des systèmes immunitaire et endocrinien, et la relation avec des maladies que personne ne comprend mais auxquelles on donne toutes sortes de noms comme si on les comprenait.

Les TSPT tombent dans cette catégorie. On entend dire constamment que c'est un problème de santé mentale. Non, c'est un problème de tout l'organisme humain. Nous avons pu montrer que si l'on perturbe le sommeil profond, on peut induire artificiellement des symptômes physiques, de la douleur. Parmi les gens que j'ai eu le privilège d'étudier, dans l'armée, pendant plus d'une décennie, 93 %

ont des douleurs dans diverses parties du corps, mais personne ne pose jamais de questions à ce sujet et personne ne semble essayer d'intervenir.

Ce sont des gens qui souffrent d'une fatigue profonde, mais on se concentre sur l'aspect mental du phénomène. La manière dont on traite cela dans les cliniques se résume à donner des pilules. Je ne pense pas que ce soit la réponse car les pilules, comme l'ont constaté les armées américaine et britannique, ne fonctionnent pas. En fait, les Américains ont formulé une demande pour pouvoir appliquer de nouvelles formes de traitement.

C'est un domaine que je connais bien. J'ai étudié des civils qui ont subi des accidents de véhicules à moteur, des accidents industriels. J'ai étudié des gens qui ont subi de la torture. J'ai vu des militaires d'autres pays qui ont connu la torture. Tous ont des problèmes de sommeil. De fait, on disait récemment dans une revue savante que c'est la caractéristique essentielle. Si l'on ne s'attaque pas à cela, si on ne le comprend pas, on n'arrivera jamais à rien.

Mon travail m'a montré qu'il y a une modification de la structure des ondes du cerveau pendant la nuit chez ces personnes. Chez les gens, pas des soldats, qui ont souffert de ce qu'on appelle la fibromyalgie, j'ai montré très récemment comment un nouveau médicament qui n'est typiquement pas prescrit — il est disponible mais à des conditions très rigoureuses — améliore le sommeil profond et atténue comme par magie la douleur, réduit la fatigue et améliore l'humeur générale. Ce n'est pas encore la guérison mais c'est une porte qui s'ouvre. Selon les recherches que j'ai faites, nous avons montré que c'est un domaine dans lequel nous devons entrer.

• (0950)

L'un des problèmes fondamentaux se situe à un niveau organisationnel. Tout le monde vous dira que c'est merveilleux, qu'on fait des recherches mais, quand je vois où on les fait et comment on les fait, ça ne m'impressionne pas.

Il y a un manque de coordination et d'intégration sur une question clé, la détection précoce de ce qu'on appelle les TCC et les TSPT. Ça ne se fait pas. Je vois encore des gens du Rwanda et de la Bosnie, ce qui signifie quelque chose. Ils ne se présentent pas pendant des jours ou des semaines parce qu'ils ont trop honte. Ils viennent plus tard. Ils ne sont pas nécessairement actifs. Ce sont des anciens combattants qui sont en grande mesure laissés-pour-compte, qui se sentent coupables et ne veulent rien dire.

C'est seulement quand ils sont en difficulté... Et c'est là quelque chose que j'ai trouvé, des prédicteurs de troubles. Quelles sont les catégories de troubles? Vous les connaissez, on en parle constamment dans la presse. Le suicide est la cause la plus courante de décès dans l'armée américaine. Nous n'en connaissons même pas la prévalence parmi nos anciens combattants canadiens. Pourquoi? Il est très difficile de connaître ne serait-ce que la prévalence des morts par suicide parmi les militaires d'active.

Phénomène encore plus troublant à mes yeux, j'ai découvert un prédicteur qui est apparu juste après mon investigation de meurtres en série sur lesquels le FBI faisait enquête. Il se trouve que j'avais un test d'auto-évaluation qui était caché dans un test plus général me permettant d'analyser deux domaines, colère et hostilité, d'une part, et suspicion et pensée paranoïaque, d'autre part. Les personnes souffrant de TSPT qui ne répondent pas, et c'était après le combat, ont des niveaux très élevés.

• (0955)

Le président: Veuillez m'excuser de vous interrompre, docteur Moldofsky, mais vous venez d'utiliser très efficacement et très éloquemment les 10 minutes prévues pour votre déclaration liminaire, et je suis sûr que vous avez déjà suscité beaucoup de questions intéressantes dans l'esprit des membres du comité.

Nous commençons donc avec M. Opitz.

M. Ted Opitz: Merci, monsieur le président.

Je suis ravi de voir le Dr Moldofsky ici aujourd'hui. Je suis désolé que vous ayez un si mauvais rhume, mais je suis ravi que vous ayez fait l'effort de venir aujourd'hui.

Ce type de recherche est très important pour nous. J'ai vu que mes collègues opinaient de la tête. Vous avez attiré notre attention sur divers éléments, notamment les prédicteurs. Nous avons rencontré certains de vos collègues de RDDC. C'est quelque chose qui m'intéresse considérablement puisque, si nous pouvons mieux comprendre ces prédicteurs, si nous pouvons utiliser une partie de votre recherche et de la recherche en termes de... Vous avez parlé du cerveau en éveil et au sommeil, et de la corrélation entre la douleur et certains de ces troubles psychiatriques que nous avons maintenant tous fini par comprendre chez bon nombre de nos soldats qui souffrent de ça.

Avec vos collègues, vous faites également certaines de ces recherches sur la base des systèmes immunitaire et endocrinien de l'organisme. Par exemple, le Dr Paul travaille sur les niveaux de mélatonine pour voir s'il serait possible de les réguler dans le cerveau, ce qui contribuerait à la production d'un sommeil reposant et réparateur — pas seulement d'un sommeil, comme nous en avons discuté. Vous voudrez peut-être creuser cette question. Il y a plusieurs formes de sommeil mais une seule qui repose vraiment l'organisme et l'individu.

Docteur, si vous pouviez nous parler de certains des rythmes circadiens, de certains des déséquilibres chimiques qui pourraient être régulés par la production d'un appareil pouvant mesurer les hormones par la salive et d'autres facteurs, ce serait utile.

Dr Harvey Moldofsky: Merci beaucoup.

Vous venez d'ouvrir une porte beaucoup plus grande, et c'est en grande mesure avec l'appui de l'IMCME et de RDDC que j'ai eu le privilège d'entrer dans ce domaine en 1980. Je m'intéressais précisément à ce qui se passe dans le cerveau quand il se relie au système immunitaire. À l'époque, personne ne pensait qu'il y avait un lien. Nous sommes allés de l'avant et avons montré qu'il existe, et il y a des hormones du système immunitaire qui nous font dormir et qui nous réveillent. La raison pour laquelle nous sommes tous ici aujourd'hui est que toutes ces choses-là se font automatiquement, sans que nous ayons à réfléchir mais, si nous commençons à perturber notre sommeil, elles ne fonctionnent plus.

Le travail pour lequel j'ai fait oeuvre de pionnier avec des collègues de Toronto m'a amené à travailler avec l'Agence spatiale canadienne puis avec la NASA et avec l'Agence spatiale russe, car nous nous sommes intéressés à la survie à long terme dans les circonstances les plus défavorables sur une très longue période. Nous avons beaucoup appris et avons montré que la perturbation du sommeil des cosmonautes et des astronautes était reliée à des hormones qui seraient associées à de l'inflammation et de l'infection. Ils n'en avaient pas mais ils étaient vulnérables.

Bien que je ne fasse pas cela maintenant parce que je suis émérite, je me suis concentré sur les aspects physiologiques du sommeil et de

l'éveil. Je laisse à mes collègues le soin de trouver de nouvelles choses, et j'espère que nous pourrions collaborer.

• (1000)

M. Ted Opitz: Docteur Moldofsky, pensez-vous, comme le disait M. Fortin tout à l'heure, qu'il n'y a pas de solution magique pour le moment? Je pense que cette recherche serait très utile pour pouvoir mieux planifier avant l'envoi en mission, pour examiner les soldats, appliquer certains de ces tests sur une base hormonale, et pouvoir identifier ceux d'entre eux qui sont le plus susceptibles à ces stress chimiques dans l'organisme.

Cela déboucherait sur des traitements, je suppose. On ne peut pas faire ça pendant les combats, mais on peut certainement le faire avant les combats puis être en mesure après les combats de commencer à traiter ces individus aussi rapidement que possible pour ces symptômes et ces problèmes avant que ça commence à se manifester d'une manière très négative. Que pouvez-vous dire à ce sujet, monsieur?

Dr Harvey Moldofsky: En 1994 — veuillez m'excuser, en 2004 —, c'était ma demande de subvention, nous avions des appareils qui nous permettaient d'aller sur le terrain et de les étudier avant qu'ils aillent au combat, et de les voir après, pour chercher précisément ça.

Maintenant, je les vois des mois ou des années plus tard et ils sont bourrés de produits chimiques et de tous les médicaments connus qu'on puisse leur faire prendre. Je ne pense pas que ce soit la bonne méthode. Je pense que nous devons enseigner le dépistage précoce aux médecins militaires. Nous devons passer par un système de dépistage et devons faire quelque chose pour eux immédiatement.

Cela implique beaucoup d'éducation. Je pense que c'est ce qu'il faut faire avant de se lancer dans les détails pratiques du genre de recherche dont vous avez entendu parler. Il faut des chiffres précis. Il faut savoir qui sont ces gens-là. Tant que nous ne les aurons pas correctement identifiés, nous serons maudits parce que ça continuera pendant des décennies et nous ne saurons pas combien survivront.

Je ne parle pas ici seulement des militaires, je parle aussi des familles et des partenaires. Comme l'ont montré mes amis d'Angleterre, ceux qui souffrent de TSTP en revenant d'Irak ou d'Afghanistan ont un comportement plus dangereux, comme l'a montré la police en Angleterre.

Le président: Merci, docteur Moldofsky.

Les sept minutes sont terminées.

Le suivant sera M. Christopherson.

M. David Christopherson: Merci beaucoup, docteur.

Il n'y a rien de plus important à mes yeux que de parler de la vie de nos soldats, de nos concitoyens. Je pense que cela nous frappe tous...

Je veux être clair. Il y a deux choses. Vous avez dit que la plus grande cause de décès dans les forces armées est le suicide. Voulez-vous dire exactement ce que j'ai compris, c'est-à-dire que, si l'on tient compte de toutes les raisons pour lesquelles des membres des forces armées perdent la vie, y compris au combat, le suicide est la cause la plus fréquente? En outre, vous avez dit que nous n'avons pas de statistiques. Pouvez-vous me dire pourquoi vous pensez que nous n'avons pas ces statistiques?

•(1005)

Dr Harvey Moldofsky: C'est ce que le comité devrait demander. Lorsque j'ai dit ça, je citais l'armée américaine. Je ne sais pas ce qu'il en est du Canada. Ce qu'on m'a dit, c'est: « Oh, ce n'est pas tellement un problème ici. » Je ne sais pas quelle preuve on a.

M. David Christopherson: On a en tout cas un début puisqu'on vient d'en perdre trois.

Dr Harvey Moldofsky: Dont on a bien voulu nous parler.

M. David Christopherson: Que voulez-vous dire?

Dr Harvey Moldofsky: C'est simplement ce qu'on nous a dit, mais qui nous l'a dit? Connaissez-vous quelqu'un que vous pourriez aller voir pour lui dire: « Montrez-moi le travail que vous faites pour identifier ces personnes et comment vous les identifiez »?

N'oubliez pas que c'est une honte pour les familles. Elles ne veulent pas en parler.

Nous devrions faire le point sur les décès de tous les anciens combattants.

M. David Christopherson: Nos alliés le font-ils? Vous venez de mentionner les États-Unis. Nos autres alliés le font-ils?

Dr Harvey Moldofsky: Je n'ai pas cette information mais ils semblent être en mesure de mieux maîtriser le problème, et ils se fondent sur leurs données.

M. David Christopherson: On a certainement l'impression, ou j'ai en tout cas personnellement l'impression — vous me corrigerez si je me trompe — que vous pensez que nous n'avons pas les chiffres parce qu'on ne veut délibérément pas nous les donner. Parce que s'ils connaissent l'ampleur du problème et possèdent les vrais chiffres, cela va coûter beaucoup d'argent et susciter beaucoup de pression pour qu'on fasse quelque chose. Ai-je raison de penser cela ou vous ai-je mal interprété?

Dr Harvey Moldofsky: Merci de cette interprétation.

M. David Christopherson: D'après vous, monsieur, quelle serait la meilleure chose que notre comité pourrait recommander? Si nous pouvions formuler une recommandation qui permettrait de vraiment changer les choses, quelle serait-elle?

Dr Harvey Moldofsky: Mesurer la prévalence de ces problèmes. Exigeons des personnes responsables qu'elles nous donnent les informations sur les homicides, sur les comportements dangereux envers les partenaires et les familles, sur l'intention de se causer du tort à soi-même, et sur ceux qui y parviennent. Peut-être saurez-vous alors vraiment de quoi il s'agit, une fois que vous aurez une personne responsable. À ce moment-là, vous pourrez prendre des décisions.

Nous ne savons pas quelle différence il y a entre TCC et TSPT. C'est subjectif. C'est ce que quelqu'un vous dit. Moi, ce que je vous propose, c'est de regarder le cerveau. Regardez ce que fait le cerveau à un moment où la personne n'est pas consciente de son environnement, au moment où elle dort, parce que nous découvrons des indicateurs possibles de ce qui se passe. Comparez ce qu'on appelle les TSPT et les TCC. C'est ce que je souhaite aussi mais je dois vous dire qu'il est très difficile d'obtenir que ces gens-là viennent me voir, et je n'en reçois que d'un seul endroit. Il y a quelque neuf centres dans le pays...

M. David Christopherson: Jusqu'à présent.

Dr Harvey Moldofsky: ... et je ne sais pas s'ils communiquent bien les uns avec les autres.

M. David Christopherson: On dit parfois qu'aucune guerre n'est jamais vraiment terminée tant que le dernier ancien combattant n'est

pas décédé. Je me suis souvenu de cette affirmation quand vous avez dit que nous avons du personnel de l'époque du Rwanda et de la Bosnie qui est encore affecté, selon vous.

Pourriez-vous nous donner des précisions et nous parler de notre engagement à ce sujet? Une fois que tous les combats sont terminés et qu'on a rangé les drapeaux et les médailles, que nous reste-t-il en tant que pays, vis-à-vis de nos concitoyens, pour les décennies suivantes?

Pourriez-vous nous parler un peu de ça, monsieur?

•(1010)

Dr Harvey Moldofsky: Ma seule expérience provient du privilège que j'ai eu de travailler dans un hôpital pour anciens combattants. Quand j'ai eu mon diplôme, j'ai fait un stage de médecine interne à l'hôpital Shaughnessy pour anciens combattants.

J'ai lu l'histoire de l'hôpital Sunnybrook, et ce sont là des gens qu'on veut pousser dehors. Ils occupent des lits. « On a besoin de ces lits pour d'autres personnes. » Je ne suis pas impressionné.

Je suis impressionné par la qualité des soins une fois qu'ils sont là. Il y a dans les hôpitaux des gens dévoués qui dispensent des soins exemplaires, mais ce n'est pas facile. Beaucoup de ces établissements sont en train d'être fermés.

M. David Christopherson: Oui, on les ferme.

Qu'est-ce que vous en pensez? Dites-le-nous franchement.

Dr Harvey Moldofsky: Très franchement, on devrait les conserver.

Le président: Merci, docteur Moldofsky.

Monsieur Norlock, s'il vous plaît.

M. Rick Norlock: Merci beaucoup, monsieur le président, et merci aux témoins de leur présence devant le comité.

Connaissez-vous le travail de la Dre Anne Germaine, monsieur?

Dr Harvey Moldofsky: Oui.

M. Rick Norlock: Elle nous a dit à peu près la même chose que vous et nous a montré des diapositives. Vous avez parlé du cerveau et du sommeil. Elle nous a donné des exemples de cerveau et de sommeil. Je suppose que certaines personnes font exactement la même chose que celle dont vous avez parlé.

Ce qu'elle nous a dit, c'est que, dans le traitement des personnes souffrant de TSPT — ou de privation de sommeil, ou d'inhibiteurs du sommeil, si vous préférez —, on emploie des médicaments et de la pharmacologie pour atteindre certains résultats. Toutefois, si je me souviens bien de son témoignage, la préférence est que le patient acquière une sorte de rythme afin qu'on puisse induire le bon type de sommeil profond.

Que pouvez-vous nous dire de son témoignage?

Dr Harvey Moldofsky: Je suis ravi qu'elle soit venue devant le comité. J'ai tenté de la retenir au Canada. Je lui offert un poste, mais je ne pouvais pas faire concurrence à l'Université de Pittsburgh.

C'est une question clé: pourquoi perdons-nous de bonnes personnes? C'est à cause de l'argent que donne l'armée des États-Unis pour appuyer son travail. Je ne sais pas si elle voudra jamais revenir ici.

M. Rick Norlock: Elle nous a dit en fait qu'elle aimerait revenir mais que les possibilités offertes à Pittsburgh concordent plus avec son travail.

Dr Harvey Moldofsky: Vous avez votre réponse.

M. Rick Norlock: La question est de savoir si elle est sur la bonne voie. Croyez-vous que sa recherche nous mène dans la bonne direction?

Dr Harvey Moldofsky: Oui, je pense que c'est utile.

Elle a publié un article fondamental plus tôt cette année dans le *American Journal of Psychiatry*, et j'ai cité son affirmation que les troubles du sommeil sont la caractéristique fondamentale des TSPT.

Nous sommes très peu nombreux à étudier cette question. Elle le fait, et j'ai examiné ses travaux, mais, connaissant les gens de Pittsburgh, elle se concentre sur les rythmes d'ondes cérébrales spécifiques et traditionnelles. Je n'en suis plus là.

M. Rick Norlock: Très bien. Merci.

Vous avez parlé de vos constatations. Ayant traité avec une chose différente d'un point de vue quasi politique, quand nous avons des gens qui ne sont pas dans le moule, autrement dit qui peuvent ne pas... L'une des caractéristiques essentielles de l'acceptabilité des... je ne dirais pas thèses mais plutôt constatations... des gens, est qu'elles soient confirmées par les pairs.

En ce qui concerne vos affirmations d'aujourd'hui, est-ce que vos travaux ont été examinés par des pairs, et ceux-ci les approuvent-ils?

• (1015)

Dr Harvey Moldofsky: J'ai publié de nombreux rapports, toujours dans des revues examinées par les pairs. Lorsque ces données sont devenues évidentes à mes yeux, très récemment, j'ai pensé qu'il me fallait les porter à l'attention de mes collègues de RDDC, qui en ont parlé à leur tour à M. Opitz, et c'est pourquoi je suis ici aujourd'hui. Évidemment, une bonne partie du travail est autofinancée et nous obtenons des fonds ponctuels grâce à la bonne volonté de mes collègues.

M. Rick Norlock: Merci.

Je conclus de votre réponse que c'est un peu examiné par les pairs.

Dr Harvey Moldofsky: C'est examiné par mes collègues, mais cela n'a pas encore été présenté à une revue pour être publié. Le but de la phase suivante est de terminer ce que je dis, de vérifier ce que je dis, et de le présenter. Je l'ai présenté à des conférences.

M. Rick Norlock: Merci.

L'une des questions qu'on a posées à la Dre Germaine était de savoir si l'on peut rechercher dans le processus de recrutement, si c'est psychologique, et s'il y aurait une série de questions qui permettraient de savoir si une personne est prédisposée aux TSPT. Autrement dit, y a-t-il un pourcentage de gens qui sont plus sujets aux TSPT, y a-t-il moyen de les dépister avant de les recruter? Est-ce qu'on a travaillé sur cette question?

Dr Harvey Moldofsky: L'armée américaine a beaucoup étudié cette question. Elle a examiné les antécédents personnels et familiaux de prédisposition comme étant l'un des facteurs. Des efforts sont en cours actuellement pour examiner le profil génétique de ces personnes. Les travaux continuent mais nous n'avons pas encore trouvé de vrai prédicteur des TSPT.

M. Rick Norlock: Merci.

Vous avez parlé de dépistage précoce. Je suppose que vous ne parliez pas alors de pré-recrutement. Vous parliez d'être en mesure de dépister les TSPT qui affectent les gens avant que cela se traduise par un comportement évident. Je sais que l'ex-ministre de la Défense et le chef d'état-major de la Défense, ainsi que... Nous parlons de blessures de stress opérationnel, de BSO. Les gens de la santé mentale leur ont effectivement donné une récompense pour leur travail et vos pairs seraient capables de reconnaître dans le soldat

individuel certains comportements qu'ils vous signaleraient et ils travailleraient ensuite avec vous pour identifier le besoin de traitement. Diriez-vous que ce serait un pas dans la bonne voie?

Dr Harvey Moldofsky: Merci. Précisément.

Le président: Merci.

Madame Duncan, c'est à vous pour sept minutes.

Mme Kirsty Duncan: Merci, monsieur le président.

Merci, docteur Moldofsky. J'espère que votre rhume va bientôt passer.

Des témoins nous ont parlé aujourd'hui du financement de partenaires universitaires. Que pensez-vous des ressources disponibles pour les études?

Dr Harvey Moldofsky: Les ressources dépendent de l'intérêt. Tant que nous ne pourrions pas susciter d'intérêt dans les universités pour aller étudier ce qui est un problème canadien important, il n'y aura pas beaucoup de gens qui s'y intéresseront. Quand je parle de gens, je veux parler de gens de niveau supérieur qui ont les compétences voulues pour exécuter des recherches et qu'on peut identifier.

Je me souviens qu'un homme est venu nous frapper à ma porte un jour. C'était le directeur de l'Agence spatiale canadienne. Il était venu me rendre visite dans mon laboratoire et s'était présenté. Il avait entendu parler de mes travaux et m'a dit: « Voudriez-vous présenter une demande de subvention? »

• (1020)

Mme Kirsty Duncan: Quelle recommandation voudriez-vous adresser au comité, docteur Moldofsky, sur le financement de la recherche universitaire?

Dr Harvey Moldofsky: Lancez des appels de demandes de subventions sur les sujets dont je parle et vous aurez une réponse.

Mme Kirsty Duncan: Merci.

À tous mes collègues, je tiens à exprimer mes condoléances les plus sincères, et je sais que nous le faisons tous, aux familles des personnes que nous avons perdues la semaine dernière. Mes prières et mes pensées les accompagnent.

Comme vous tous, j'ai eu le privilège de travailler avec des soldats et des anciens combattants de tout le pays. J'ai entendu leurs histoires: un ancien combattant qui a vécu pendant 10 ans dans le bois; recevoir un avis de suicide d'un ancien combattant un dimanche après-midi et chercher désespérément de l'aide; se mettre à la recherche d'un ancien combattant perdu dans une tempête de neige parce qu'aucun rendez-vous n'était possible chez le psychiatre avant trois mois, malgré un diagnostic de TSPT depuis des années et des années; ne plus avoir de nouvelles d'un ancien combattant pendant des semaines et attendre qu'il émerge du fin fond de sa cave; recevoir une note d'un ancien combattant éperdu parce qu'un ami a été retrouvé mort au bord de la route et un autre mort dans sa cave, parce que les deux avaient simplement cessé de vouloir vivre, avaient cessé de se nourrir et de prendre leurs médicaments. Je partagerai ces situations, et j'adresse mes condoléances aux familles.

Voici ce que j'entends de la part des héros extraordinaires de notre pays dans leur désespoir: « Nous souffrons tous et avons besoin d'aide. Il n'y a pas que les gars qu'on a perdus outre-mer, il y a aussi ceux que nous perdons ici par le suicide. Ils auraient tout aussi bien pu disparaître là-bas. Nous l'avons tous envisagé, c'est une pensée inexorable. Quand je songe au suicide, c'est un soulagement. Ça veut dire mettre fin à la douleur, ne plus avoir à se battre contre ça. La question que nous nous posons tous est de savoir comment partir et comment laisser notre famille dans une meilleure situation. Tout le monde serait mieux sans nous. » Ceci vient d'un médecin que les anciens combattants appellent « L'ange gardien »: « Ils souffrent, leurs familles souffrent. Beaucoup d'épouses m'ont contacté. Elles ont peur de rester avec eux. Elles ont peur d'eux et pour eux. »

Je me demande si vous pourriez partager, de manière générale, les symptômes dont souffrent les gens que vous traitez. À quoi ressemble leur vie et que devrions-nous faire?

Dr Harvey Moldofsky: Je vous suis profondément reconnaissant de vos remarques. J'ai entendu ces histoires. Je les ai vus, ces gens-là.

Savez-vous ce qu'il faut pour voir un psychiatre dans la province de l'Ontario? Il faut attendre.

Je ne comprends pas ça. J'ai été enseignant et j'ai reçu des récompenses pendant de nombreuses années.

Laissons parler les chiffres. En moyenne, un psychiatre ontarien voit deux nouvelles personnes par semaine. À ce rythme-là, nous n'en aurons jamais assez. Nous devrions identifier des cliniques auxquelles ces personnes pourraient s'adresser pour être rapidement identifiées et évaluées.

Mme Kirsty Duncan: C'est une recommandation, rapidement identifiées et évaluées.

Comment vos patients vous sont-ils envoyés?

Dr Harvey Moldofsky: Je suis ce qu'on appelle — je ne sais même pas si je suis tertiaire. Je suis loin en bas de la file. Ils ont eu beaucoup de médecins. Ils ont même été vus dans d'autres centres du pays. Je suis reconnaissant à Don Richardson d'avoir identifié ces personnes et d'avoir essayé de les aiguiller, mais savez-vous ce qu'il faut pour les voir? Je voudrais bien les voir le lendemain. « Je suis occupé »: ce ne sont pas seulement les médecins qui ne sont pas disponibles. Les patients ont besoin d'être fortement encouragés à consulter.

Mme Kirsty Duncan: Quel niveau de soins ont-ils reçu avant de venir vous voir?

Dr Harvey Moldofsky: Je ne comprends pas ça. Je leur demande qui ils ont vu et ce qu'ils ont fait, et ils me disent: « Oh, j'ai vu quelqu'un, un psychiatre, qui m'a dit que je suis nerveux et qui m'a donné un tranquilisant. » On n'a même pas envisagé qu'ils puissent souffrir de TSPT. On leur a donné des pilules, ils sont devenus accros, ils ont pris de la drogue ou de l'alcool et ils ont causé des problèmes. C'est ça qui a permis de les identifier.

• (1025)

Mme Kirsty Duncan: J'ai eu ici des médecins militaires américains au printemps dernier pour parler de traumatismes crâniens et de TSPT. Ils étaient très préoccupés par le suicide. Je veux dire que certains chiffres, dans les rapports d'Anciens Combattants...

Le président: Très brièvement, madame Duncan, car votre temps de parole est presque écoulé.

Mme Kirsty Duncan: Pourriez-vous parler très brièvement du nombre croissant de suicides aux États-Unis, et de ce que cela peut vouloir dire ici?

Dr Harvey Moldofsky: Je pense que le secret le mieux gardé est que cela aura une incidence financière phénoménale sur notre système de santé. Le gouvernement américain n'en parle pas, et je ne sais pas où se trouve cette information. Je n'ai certainement rien lu à ce sujet.

Le président: Merci, docteur Moldofsky.

Il nous reste assez de temps pour deux tranches de cinq minutes, d'abord avec M. Williamson, puis avec M. Boulgerice.

M. John Williamson: Merci, monsieur le président.

C'est un plaisir de vous voir, docteur.

Vous avez jeté un certain froid dans la salle avec certaines de vos remarques. Je voudrais vous lire un extrait de la stratégie du médecin-chef sur la santé mentale et vous demander ce que vous en pensez:

Comme le nombre annuel de cas de suicide est relativement faible chez les membres des FAC, il est impossible de déterminer s'il y a une variation statistiquement significative d'une année à une autre. Pour cette raison, les taux sont calculés sur une période de cinq ans.

Le taux de suicide au sein de l'armée américaine a doublé au cours des 10 dernières années, et nous avons porté une attention particulière au taux de suicide dans les FAC. Contrairement à ce qui s'observe dans l'armée américaine, les taux de suicide sont demeurés stables au sein des FAC au cours des 10 dernières années. Par ailleurs, le taux de suicide dans les FAC n'est pas plus élevé que dans la population générale, si l'on compare des personnes du même groupe d'âge et du même sexe; en fait, il est plus faible. Enfin, le taux de suicide n'est pas plus élevé chez les personnes qui ont été déployées que chez celles qui n'ont pas été déployées.

Comment réagissez-vous à cela, considérant ce que vous nous avez dit?

Dr Harvey Moldofsky: Brièvement, ce texte est tout à fait éloquent.

Quelqu'un lui a-t-il demandé d'où il sort ces données? Quelqu'un lui a-t-il demandé: « Que savez-vous des anciens combattants »?

M. John Williamson: Voulez-vous dire que le médecin-chef ne cherche pas, ou ne fait pas son travail, ou... Croyez-vous qu'on tente de dissimuler les données ou qu'elles ne sont tout simplement pas recueillies? Que voulez-vous dire exactement?

Dr Harvey Moldofsky: Non, je ne dis pas cela.

Vous savez, si vous posez une question, quelqu'un vous donnera une réponse.

M. John Williamson: Eh bien, quand je vais dans ma circonscription, j'entends beaucoup de questions et beaucoup de réponses. Je dois creuser moi-même pour essayer de savoir ce qui est vrai et ce qui ne l'est pas.

Rester assis là en disant, « posez une question, vous aurez une réponse »... Nous voulons la bonne réponse. Je ne veux pas simplement une réponse basée sur des hypothèses. Je veux une réponse basée sur ce que vous pensez que se passe réellement.

Dr Harvey Moldofsky: Je ne sais pas ce qui se passe réellement. Vous êtes les politiciens. Vous l'avez exprimé.

Je ne sais pas. Je voudrais savoir.

M. John Williamson: Très bien.

Je n'ai pas d'autres questions. Merci.

Le président: Merci, monsieur Williamson.

[Français]

Monsieur Boulerice, vous avez la parole pour cinq minutes.

M. Alexandre Boulerice (Rosemont—La Petite-Patrie, NPD): Merci beaucoup, monsieur le président.

Professeur Moldofsky, je vous remercie de votre présence ce matin ainsi que pour la qualité de votre témoignage, qui était par moments assez émouvant. Vous avez parlé des drames que vivent certains de nos vétérans. Vous avez dit qu'étant donné l'absence de ressources, il est difficile de prendre soin de tous ceux et celles qui ont vécu des drames et qui ont offert leurs services pour représenter leur pays. Je suis un peu troublé d'apprendre dans quelles conditions ces gens peuvent parfois se retrouver. Il n'y a pas non plus de documentation ni de suivi nous permettant de prendre de bonnes décisions. Si je vous ai bien compris, c'est un peu comme si on était dans le brouillard en ce qui concerne les soins en santé mentale pour nos vétérans. Est-ce le cas?

• (1030)

Dr Harvey Moldofsky: Oui.

M. Alexandre Boulerice: Je vais maintenant vous demander, en espérant avoir bien compris ce que vous avez dit, si vous croyez qu'il vaudrait la peine de mettre sur pied des cliniques de détection pour déterminer, avant leur départ pour un théâtre d'opérations, quels hommes et quelles femmes sont les plus sujets à développer un syndrome de stress post-traumatique. L'idée serait également de faire un suivi systématique une fois qu'ils seraient de retour.

[Traduction]

Dr Harvey Moldofsky: C'est ce que j'ai présenté en 2004.

[Français]

M. Alexandre Boulerice: Mais cela n'a pas été appliqué.

[Traduction]

Dr Harvey Moldofsky: Je n'ai jamais reçu de réponse.

[Français]

M. Alexandre Boulerice: Le système actuel fait en sorte que les familles doivent convaincre les vétérans de demander de l'aide. Si ces derniers se rendent compte par eux-mêmes qu'ils ont besoin de cette aide, ils doivent dépasser la honte qu'ils ressentent parfois pour cogner à la porte d'un médecin, mais cela peut prendre des mois, voire des années.

Dr Harvey Moldofsky: Oui.

[Traduction]

Le gros problème est que nous n'avons que vous comme porte-parole.

Les gens qui ont ce qui est perçu comme un problème de maladie mentale, personne ne prête attention à eux parce que ce sont des malades mentaux. Quand il s'agit de problèmes cardiaques, ou de crise cardiaque, ou de cancer, tout le monde peut compatir, mais on ne peut pas compatir avec ces personnes-là.

[Français]

M. Alexandre Boulerice: Cela fait partie du tabou qui existe encore au sein de notre société à l'égard des problèmes de santé mentale.

Selon vous, quelles mesures le ministère, le gouvernement fédéral ou les Forces armées devraient-ils prendre pour mieux soutenir les familles de nos vétérans souffrant de problèmes de santé mentale et d'absence de sommeil?

[Traduction]

Dr Harvey Moldofsky: Je crois qu'il devrait y avoir dans chaque grande université du pays une unité spéciale étudiant ces questions, et que ça ne devrait pas être circonscrit à un seul département. Ça devrait être multidisciplinaire.

Durant la Deuxième Guerre mondiale, le problème le plus courant dans l'armée américaine était la douleur, et on appelait ça de la douleur psychogène. Au Royaume-Uni, on parlait de fibrosite. À la fin du siècle, on pensait que c'était un problème cardiaque, et on parlait de neurasthénie ou de quelque chose qui n'allait pas avec le coeur.

Tout le monde a une étiquette mais personne n'y comprend rien. Nous avons besoin d'un groupe médical multidisciplinaire, ainsi que psychiatrique, pour étudier ce groupe de personnes.

J'ai l'intention de rencontrer le président du département de psychiatrie à Toronto pour exiger qu'on fasse quelque chose. Je n'ai rien vu qui soit fait à ce sujet alors que c'est le plus grand département du pays.

Le président: Docteur Moldofsky, merci beaucoup.

[Français]

Votre temps de parole est écoulé.

[Traduction]

Merci beaucoup d'avoir comparu devant le comité, docteur, d'autant plus de que vous luttez contre une laryngite. J'espère d'ailleurs que ça s'améliore. Nous vous remercions beaucoup d'être venu témoigner devant notre comité.

Oui, monsieur Bezan.

• (1035)

M. James Bezan: Monsieur le président, j'aimerais proposer une motion pour siéger à huis clos afin de discuter de nos travaux futurs.

Le président: Comme nous allons passer aux travaux du comité, une motion a été présentée pour siéger à huis clos.

Je vais suspendre la séance et nous allons passer à huis clos dès que la salle aura été vidée.

Merci beaucoup.

[La séance se poursuit à huis clos.]

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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