



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la défense nationale

NDDN



NUMÉRO 054



1^{re} SESSION



41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 1^{er} novembre 2012

—
Président

M. James Bezan

Comité permanent de la défense nationale

Le jeudi 1^{er} novembre 2012

• (1535)

[Traduction]

Le président (M. James Bezan (Selkirk—Interlake, PCC)): La séance est ouverte. Bonjour à tous.

J'aimerais prendre un instant pour modifier l'ordre du jour; nous devons régler quelques détails concernant les travaux du comité. Il y a une motion concernant le rapport du comité directeur. J'aimerais que nous réglions cette question dès maintenant, pour pouvoir permettre aux députés qui auraient un avion à prendre de partir à l'heure.

Leif, avons-nous distribué le texte de la motion? Je n'en ai pas de copie devant moi.

Avez-vous une copie de la motion devant vous...? Donnez-moi un instant, chers collègues.

Le comité directeur s'est réuni mardi. Je tiens à remercier M. Harris d'avoir joué le rôle de président à ma place pendant la réunion de jeudi et celle de mardi, puisque j'étais en déplacement.

Pendant que nous attendons que le rapport du sous-comité soit distribué, je vais le lire: Votre sous-comité s'est réuni le mardi, 30 octobre... pour discuter les travaux du comité et a convenu de faire la recommandation suivante:

Que, le mardi 20 novembre 2012, le comité reprenne l'examen du projet de rapport sur le maintien en disponibilité opérationnelle des Forces armées canadiennes, et que les membres soumettent au greffier des recommandations supplémentaires d'ici le jeudi 1^{er} novembre...

C'est aujourd'hui.

Est-ce que quelqu'un peut proposer l'adoption du rapport?

Merci, monsieur Strahl.

Y a-t-il des points à discuter?

Monsieur McKay.

L'hon. John McKay (Scarborough—Guildwood, Lib.): J'ai deux choses à dire. J'aime et j'admire le colonel Scott McLeod, mais je vois qu'il doit aussi venir témoigner mardi.

Le président: C'est peut-être une erreur dans le...

Une voix: Je croyais que c'était le cas, mais je ne me suis pas rendu compte qu'il devait venir comparaître aujourd'hui. Je pensais que nous avions...

Le président: Ce n'est pas dans le rapport... Nous avons assurément décidé de demander au colonel McLeod de venir témoigner aujourd'hui; nous devons toujours entendre le témoignage du brigadier général Jean-Robert Bernier, médecin-chef, mardi. Je pense qu'il va emmener du personnel de soutien.

Monsieur McKay.

L'hon. John McKay: L'autre chose que je voulais dire concerne le Budget supplémentaire des dépenses (B). D'après ce que je sais, le

budget doit être présenté le 10 novembre, mais nous n'allons pas voir le ministre avant le 4 décembre.

Le président: Tant que nous présentons un rapport dans les trois jours suivant le 10, il n'y aura pas de problème.

L'hon. John McKay: C'est simplement que j'ai l'impression que cela ne laisse pas beaucoup de temps. J'ai l'impression qu'il n'y a jamais beaucoup de temps.

Une voix: [Note de la rédaction: inaudible]

L'hon. John McKay: Eh bien, d'après ce que j'ai compris, le Budget supplémentaire des dépenses (B) doit être présenté le 10 novembre. Corrigez-moi si je me trompe...

Le président: Il n'a pas encore été déposé, mais on s'attend à ce que...

L'hon. John McKay: Je pense que vous avez raison. Avant le 10 décembre, date à laquelle le budget doit être renvoyé à la Chambre, il restera 30 jours. Je pense que c'est ainsi que cela fonctionne, mais nous allons quand même entendre le témoignage du ministre six jours seulement avant la date où le budget doit être renvoyé. Je ne sais pas combien de jours de séance cela représente, mais ce n'est probablement pas beaucoup. Si nous voulons faire quoi que ce soit au sujet du Budget supplémentaire des dépenses (B), mis à part rencontrer le ministre, nous n'aurons pas beaucoup de temps pour le faire. Je voulais simplement formuler cette observation, parce que je n'aime pas...

Le président: Votre observation est juste, monsieur McKay. Lorsque le budget supplémentaire des dépenses sera déposé, nous ferons l'invitation. Si nous devons changer les dates, à ce moment-là...

L'hon. John McKay: Je vais peut-être suggérer, à ce moment-là, lorsque le budget sera déposé — en fonction de ce qu'on dira —, soit que nous déplaçons la rencontre avec le ministre, soit que les fonctionnaires témoignent dans le cadre d'une autre séance.

Le président: Oui. Nous verrons en temps et lieu. Y a-t-il d'autres points à aborder?

Non? Tout le monde est d'accord?

Des voix: D'accord.

Le président: Le rapport est accepté.

Nous allons poursuivre notre étude des soins offerts aux membres des Forces canadiennes malades ou blessés. Nous avons la chance de recevoir aujourd'hui quelques personnes qui sont venues nous parler de l'équithérapie et de la santé mentale.

Nous accueillons le représentant du ministère de la Défense nationale, le colonel Scott McLeod, qui s'est enrôlé dans les Forces canadiennes en 1990. Il a obtenu son diplôme en médecine en 1993 de l'Université de la Saskatchewan, suivi d'un certificat en médecine familiale en 1995. Scott détient également un baccalauréat spécialisé en biochimie de l'Université de Regina et une maîtrise en santé publique de l'Université du Texas. Il est membre du Collège des médecins et des chirurgiens de la Saskatchewan et du Collège des médecins de famille du Canada, puis il est chercheur associé à l'Association de médecine aéronautique et spatiale. Il a terminé sa résidence en médecine aéronautique et spatiale auprès de l'U.S. Air Force, et il détient un certificat de spécialisation des États-Unis en médecine préventive et en médecine aéronautique et spatiale.

Nous accueillons également Mme Marie-Josée Hull. Elle est travailleuse sociale, et elle possède une maîtrise et un baccalauréat en travail social. Elle est membre en règle du collège et de l'Association des travailleurs sociaux de l'Ontario. Elle fait carrière dans le domaine depuis 15 ans, et elle a travaillé en tant que thérapeute pour les enfants et les familles ainsi qu'au sein d'organismes s'occupant de santé mentale. Elle s'intéresse particulièrement à l'aide qui peut être apportée aux gens grâce aux chevaux.

Nous recevons également Mme Alison Vandergragt, directrice de programme des Hope Reins Equine Assisted Therapy Programs, qui a énormément d'expérience dans le domaine des thérapies avec les chevaux. Elle est accompagnée de sa fille, Alyssa, qui célèbre son 17^e anniversaire de naissance aujourd'hui.

Joyeux anniversaire, Alyssa. Nous allons vous épargner le chagrin d'avoir à nous écouter vous chanter bonne fête.

Là-dessus, je vais vous céder la parole pour vos déclarations préliminaires. Encore une fois, je vous demanderais de vous en tenir à 10 minutes.

Colonel McLeod, pourriez-vous donner le coup d'envoi, s'il vous plaît?

Colonel Scott McLeod (directeur - Santé mentale, Services de santé des Forces canadiennes, ministère de la Défense nationale): Bonjour, monsieur le président. Je vous remercie de m'avoir invité.

J'aimerais également remercier les autres intervenants de leur souci d'aider les hommes et les femmes des Forces canadiennes qui souffrent d'une maladie mentale.

Monsieur le président, comme les membres du comité le savent, nos opérations récentes, de l'Afghanistan jusqu'en Haïti, en passant par la Libye, ont fortement sollicité les Forces canadiennes, et en particulier le personnel. Cette intense cadence opérationnelle a fait en sorte que les problèmes auxquels les militaires rapatriés font face sont au premier plan de notre conscience nationale. C'est la raison pour laquelle je suis heureux que le comité ait décidé d'entreprendre une étude des soins offerts aux militaires malades et blessés.

Dans ce contexte, les soins de santé mentale constituent une priorité des Forces canadiennes. Ils sont essentiels non seulement pour la capacité des Forces canadiennes de mener à bien leurs missions, mais également — et plus important encore — à la santé et au bien-être de nos hommes et de nos femmes militaires et de leur famille.

Je suis fier de dire que nos cliniciens sont considérés au Canada et à l'échelle internationale comme des spécialistes dans le domaine des maladies mentales causées par des traumatismes. Aujourd'hui, les FC ont accès à environ 378 professionnels de la santé mentale à temps plein. Il s'agit du meilleur ratio de travailleurs en santé mentale et de militaires au sein de l'OTAN.

Mais la prestation de services de santé mentale de grande qualité ne se limite pas à la présence de professionnels dévoués et bien formés; il faut aussi qu'il y ait des programmes adaptés aux besoins de nos patients. C'est pourquoi les Forces canadiennes ont un programme complet de soins de santé mentale axé sur des pratiques exemplaires fondées sur des données scientifiques. Nos centres de soins pour trauma et stress opérationnels sont formés d'équipes multidisciplinaires de professionnels de la santé qui ont recours aux techniques de traitement les plus récentes fondées sur des données scientifiques ou qui s'enorgueillissent d'être au fait des techniques thérapeutiques les plus récentes.

Nous reconnaissons qu'il y a toujours des progrès dans le domaine du traitement des maladies mentales, et, pour cette raison, nous examinons systématiquement tout nouveau traitement ou thérapie proposé. Notre comité de normalisation des traitements, présidé par notre psychiatre principal, le colonel Rakesh Jetly, étudie tout nouveau traitement ou thérapie de sorte que nous continuions d'améliorer notre système et d'offrir les meilleurs soins possible à nos patients.

L'un des problèmes auxquels nous sommes confrontés quotidiennement, c'est de savoir comment gérer les thérapies complémentaires comme l'équithérapie. Nous recevons régulièrement des demandes de gens qui aimeraient que nous envisagions diverses thérapies complémentaires comme la zoothérapie et la thérapie par les arts créatifs, qui sembleraient connaître un certain succès auprès des participants; cependant, il y a rarement des preuves suffisantes pour valider leurs effets à long terme. Cette réalité ressemble aussi aux thérapies complémentaires pour les maladies et les blessures physiques.

Afin que nous ayons une approche normalisée et responsable à l'égard de tous les traitements et thérapies, nous appliquons les cinq principes de base du Comité de la gamme de soins. Les voici:

Un, le traitement, le service ou le produit est conforme au principe scientifique de médecine fondée sur des preuves scientifiques. Ce principe exclut toute nouvelle intervention médicale ou tout remède qui n'aurait pas fait l'objet d'investigations adéquates et démontré scientifiquement qu'il fournit des bienfaits significatifs pour la santé.

Deux, le traitement, le service ou le produit est nécessaire au maintien de la santé et du bien-être mental ou pour la prévention des maladies; il permet de poser un diagnostic ou de traiter des blessures, des maladies ou des incapacités.

Trois, le traitement, le service ou le produit n'est pas offert à titre expérimental, de recherche ou à des fins esthétiques.

Quatre, le traitement, le service ou le produit est financé par au moins une province ou un organisme fédéral. Ce principe va de pair avec les critères du Régime de soins de santé de la fonction publique.

Cinq, la prestation de ce traitement, service ou produit soutient ou permet le rétablissement d'un militaire à un état opérationnel efficace et déployable.

Si nous déterminons qu'une nouvelle thérapie complémentaire devrait être envisagée, elle est soumise au Comité de la gamme de soins aux fins d'études.

L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, l'ACMTS, a publié récemment un rapport d'examen rapide intitulé « Therapy Dogs and Horses for Mental Health: A Review of the Clinical Effectiveness ». Ce rapport a été publié le 10 août 2012 et est accessible sur le site Web de l'agence.

• (1540)

Vingt-deux articles potentiellement pertinents ont été extraits et examinés dans leur intégralité. La conclusion du rapport d'examen était la suivante:

La thérapie assistée par le cheval s'est avérée efficace chez les enfants ayant connu la violence familiale, chez les patients souffrant de schizophrénie et chez les enfants atteints du THADA. Ces conclusions sont tirées principalement d'un nombre restreint d'essais non contrôlés... à échantillons de petite taille... la prudence est donc de mise à l'égard des conclusions de ces études...

Puisque aucune étude comparant ces interventions à d'autres types de soins comme les produits pharmaceutiques n'a été recensée, on ignore si la thérapie assistée par l'animal est plus ou moins efficace que ces thérapies de rechange. Il serait nécessaire de procéder à des essais contrôlés à long terme et avec des échantillons plus grands pour étudier davantage l'efficacité du recours aux chiens et aux chevaux pour faciliter les séances de thérapie pour les patients ayant des problèmes de santé mentale.

À l'heure actuelle, il y a absence de preuves suffisantes pour appuyer son ajout dans la gamme de soins, puisqu'aucun des cinq critères ne s'applique. Cependant, comme c'est le cas de toute thérapie, nous sommes disposés à revoir notre position à mesure que d'autres preuves et d'autres rapports d'étude seront disponibles. Cela dit, je voudrais que ce soit clair que le fait de ne pas ajouter l'équithérapie dans la gamme de soins ne signifie pas que la thérapie n'a aucune utilité. Cela signifie que les données sur les résultats cliniques sont insuffisantes à l'heure actuelle pour justifier son financement par les autorités de la santé publique en tant que service médical de base.

Il y a beaucoup de choses qui améliorent notre santé mentale, entre autres les vacances personnelles, les passe-temps, les animaux de compagnie, les programmes d'exercices et beaucoup d'autres encore, qui ne sont pas financées par les systèmes de soins de santé publique. Nous encourageons toujours les membres des Forces canadiennes à participer à des activités qui améliorent leur santé mentale. Notre devoir à l'égard des patients et à l'égard de la gestion responsable des fonds publics exige, cependant, que nous consacrons les ressources publiques destinées à la santé aux thérapies dont les preuves scientifiques et les avis de la communauté des experts de la santé tendent à indiquer que les résultats cliniques se sont nettement améliorés.

Notre priorité absolue est de mettre au point et d'offrir des programmes de soins de santé mentale adaptés aux besoins de nos hommes et de nos femmes militaires, des programmes qu'ils méritent.

Merci.

• (1545)

Le président: Merci, colonel.

La prochaine intervenante est Mme Hull. Vous avez la parole.

Mme Marie Josée Hull (travailleuse sociale clinique, à titre personnel): Merci, monsieur le président.

Merci, mesdames et messieurs les députés, distingués invités.

C'est pour moi un honneur d'avoir été invitée à parler de psychothérapie assistée par le cheval. J'aimerais commencer par établir une petite distinction entre trois pratiques du domaine. Il y a des services de réadaptation physique assistée par le cheval; il y en a pour l'éducation, c'est-à-dire des services d'apprentissage assisté par le cheval; et il y en a pour la thérapie. Aujourd'hui, je vais parler davantage des services axés sur la thérapie.

À mon cabinet privé, je traite des soldats qui ont reçu un diagnostic de traumatismes liés au stress opérationnel.

J'aimerais vous expliquer quelque chose avant de parler de la psychothérapie assistée par le cheval. Lorsque des membres des forces viennent nous voir, leur niveau d'anxiété est habituellement très élevé. Les soldats sont habitués de fonctionner en mode attaque-fuite, c'est-à-dire en mode survie, ce qui fait que, pour que nous puissions recourir à une démarche cognitive pour le traitement d'événements traumatisants, nous devons les amener à se calmer et à devenir stables. Dans le cadre de mes activités, j'ai constaté que c'est quelque chose de très difficile à gérer pour bon nombre d'entre eux. Beaucoup de soldats ne réagissent pas bien à la médiation et à d'autres choses de ce genre. Les soldats sont actifs, et ils aiment bouger. C'est donc un problème qui s'est posé dans ce que je fais, et mes collègues sont d'accord avec moi là-dessus.

Les soldats qui reçoivent un diagnostic concernant une maladie de ce genre en ressentent les répercussions sur l'ensemble de leur vie. La maladie a une incidence sur leur sentiment de sécurité, sur leur capacité de se faire confiance et de faire confiance aux autres, sur leur sentiment de maîtrise de soi et de leur environnement et sur leur estime d'eux-mêmes et leur intimité. Elle touche les membres de leur famille, leurs enfants et les soldats eux-mêmes.

Pour ce qui est du rôle de la psychothérapie assistée par le cheval, tout d'abord, cela se passe dans la nature. On est à l'extérieur. Le simple fait de se retrouver dans la nature est bénéfique pour la santé, le fait d'être dehors, d'être en harmonie avec les rythmes naturels.

Ensuite, la personne se trouve devant un animal qui est assez gros, qu'elle peut regarder dans les yeux lorsqu'elle est debout. On lui demande de faire certaines activités qui s'inscrivent dans le cadre d'une mission, alors il y a une pression de rendement. Certaines anxiétés ressortent. L'objectif est de mettre la personne dans une situation réaliste. Le matériel peut être utilisé comme une métaphore de ce qui est vraiment à la surface pour le soldat qui suit le traitement. Toutefois, les émotions ressortent dans un milieu sûr où il est soutenu par un professionnel de la santé mentale et un spécialiste des chevaux. Le soldat peut vraiment s'exercer dans ce contexte. Le traitement est très axé sur l'expérience. La personne peut mettre à l'essai ses mécanismes de défense naturels et voir lesquels fonctionnent et lesquels ne fonctionnent pas. Pour ceux qui ne fonctionnent pas, elle peut essayer d'en trouver un nouveau et de le mettre à l'essai dans ce contexte. C'est ce qui fait la richesse de cette thérapie.

Il s'agit d'un traitement actif, mais aussi très réflexif. Une chose qui m'a étonnée lorsque j'ai commencé à travailler auprès de soldats, c'est qu'ils ont appris à faire leur travail et à ne pas ressentir la douleur, à continuer: ils font leur devoir, ils ont un travail à faire et ils n'ont pas le temps de ressentir des émotions. C'est quelque chose qui devient en quelque sorte une habitude pour eux, et il leur est difficile de se brancher sur leurs émotions.

Le cheval est un outil très précieux, parce qu'il n'est pas à l'aise auprès d'une personne qui se présente d'une manière mais ressent autre chose. Les chevaux assurent leur survie en interprétant les signes non verbaux et aussi grâce à leur capacité de ressentir des états affectifs. Ce que je dis a un fondement biologique, que je ne vais pas aborder aujourd'hui, mais les chevaux sont capables de ressentir les états affectifs. Lorsqu'un cheval voit que les signes non verbaux et l'état affectif ne correspondent pas, cela ne fonctionne pas. Le soldat doit prendre conscience de ce qui se passe en dedans de lui pour pouvoir bien s'entendre avec le cheval et pour que les choses fonctionnent.

L'idée de la psychothérapie assistée par le cheval, ce n'est pas de créer des liens avec un animal. L'idée, c'est de faire face à ses peurs dans un milieu sûr et d'apprendre de petits succès afin de pouvoir se réinsérer dans la société, auprès de sa famille et de ses enfants.

Au cours de la dernière étape du traitement des traumatismes, après le traitement des traumatismes à l'aide d'une démarche cognitive et fondée sur des données probantes, il est aussi bon de permettre ensuite la réinsertion du soldat et de l'aider à acquérir des aptitudes, ou à améliorer celles qu'il possède déjà, en collaboration avec les membres de sa famille.

La psychothérapie assistée par le cheval peut se faire en famille. Elle peut se faire en couple. Elle peut se faire avec des collègues. Elle offre des bénéfices très importants qu'on ne pourrait pas obtenir dans un bureau.

• (1550)

Voilà mon exposé. J'espère que cela vous donne une petite idée de la chose. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me les poser.

Le président: Merci beaucoup.

Madame Vandergragt, vous avez la parole.

Mme Alison Vandergragt (directrice de programme, Hope Reins Equine Assisted Therapy Programs, Vanderbrook Farm): Tout d'abord, monsieur le président, mesdames et messieurs les députés, distingués invités, c'est un grand honneur pour moi que d'être ici et de vous parler d'un sujet qui me tient tant à coeur. J'ai été mariée avec un marin pendant 10 ans, et les chevaux ont toujours occupé une place importante dans ma vie, alors leur intégration à quelque chose d'aussi bénéfique me passionne beaucoup.

Je vais vous parler rapidement de mon expérience, de ce qui m'a amenée à présenter les programmes d'équithérapie et peut-être aussi de certaines choses que j'ai découvertes.

Je suis directrice de programme à Hope Reins. J'ai étudié l'équitation avec avidité pendant plusieurs années, et je suis fascinée par la psychologie du cheval. J'ai pris conscience de l'existence d'un lien entre la façon dont les chevaux pensent et la façon dont ils réagissent aux situations, et j'ai commencé à comparer cela à la façon dont nous réagissons aux situations que nous vivons et à nos relations avec les membres de notre famille. J'ai trouvé des façons de communiquer avec mon cheval, et j'étais très efficace, mais je n'étais pas aussi efficace à la maison, alors j'ai commencé à appliquer à la maison certains des principes que je suivais avec mon cheval. Dans mon rôle de mère, j'ai constaté que, comme nous recourons beaucoup à la communication verbale, lorsque nous commençons à utiliser la communication non verbale, les choses vont beaucoup mieux.

J'ai travaillé dans le domaine des soins de santé communautaire et à long terme pendant 20 ans. J'ai rencontré beaucoup de gens qui avaient des troubles de santé mentale non traités. Les traiter dépassait mes capacités de loin, et le fait de ne pas pouvoir régler le problème m'a toujours dérangée. À un moment donné, j'ai moi-même subi une perte personnelle très grande, et j'ai commencé à examiner le lien entre mon rétablissement affectif et le rôle que mes chevaux ont joué dans le processus de guérison. J'ai commencé à me demander si les chevaux aussi pourraient faire partie du processus thérapeutique. J'ai constaté que c'était tout à fait possible à partir de mon expérience personnelle.

Hope Reins Equine Assisted Therapy Programs cherche en ce moment à obtenir le statut d'organisme de bienfaisance. Nous offrons des programmes d'apprentissage et de psychothérapie assistée par le cheval à des enfants et à des adultes qui ont des problèmes comme

les déficiences cognitives, l'autisme, le deuil et la perte, l'anxiété, la dépendance, le TSPT, etc. Je vais sauter la partie concernant l'assistance du cheval. Je pense que tout le monde ici a une assez bonne idée du fonctionnement de la chose. J'aimerais parler des raisons pour lesquelles nous avons recours à des chevaux.

Les chevaux ont des caractéristiques uniques qui vont au-delà de la façon dont on les utilise traditionnellement. De façon générale, on les utilise pour se déplacer, et aussi pour le travail aux champs. Les chevaux occupent une grande place dans notre existence, et j'ai constaté qu'ils sont naturellement très honnêtes et qu'ils exigent que les humains soient honnêtes en retour. Ce sont de bons détecteurs de mensonges, et ils réagissent par leur langage corporel.

Les chevaux utilisent un système de communication précis et bien établi qui peut être suffisamment subtil pour que les humains ne se rendent même pas compte qu'ils parlent ensemble. Il y a chez les chevaux une hiérarchie complexe, et il y en a qui mènent et d'autres qui sont menés. Chaque cheval a ce que j'appelle une « chevalinité » unique, et tous jouent un rôle important au sein du troupeau.

Dans le cadre de l'interaction entre le cheval et l'humain qui est présentée au cours de la séance de thérapie, le participant humain a généralement recours aux mêmes mécanismes de défense que lorsque d'autres facteurs de stress surviennent dans sa vie. Lorsqu'ils font face à des problèmes, les participants se révèlent et peuvent être en mesure de surmonter les obstacles qui empêchent la communication. Le recours aux chevaux rend possible un important apprentissage métaphorique.

Quelle forme prend une séance assistée par le cheval? Vous vous demandez peut-être ce que nous faisons. Est-ce que nous installons le client dans un fauteuil, le cheval dans l'autre, et le thérapeute entre les deux? Pas du tout.

La séance se déroule dans le manège, évidemment. Habituellement, il s'agit d'une séance où le participant ne monte pas sur le cheval. Un spécialiste des chevaux demande au client de faire une activité ou une série d'activités. Les actions et les réactions du cheval et de la personne sont examinées de près. Les observations effectuées sont utilisées pour établir des liens, parfois métaphoriques, avec les problèmes auxquels le client fait face.

Dans notre travail, lorsque nous collaborons avec des professionnels de la santé mentale, nous échangeons au sujet de ce que nous voyons. Si je vois quelque chose que le professionnel de la santé mentale ne voit pas parce qu'il n'est pas spécialiste des chevaux et ne peut donc pas nécessairement comprendre ce que signifie le mouvement de l'oreille du cheval ou un autre élément de son langage corporel, mon travail consiste à lui en faire prendre conscience et à formuler un commentaire que le thérapeute pourra en retour utiliser dans le traitement de son client.

• (1555)

Les participants apprennent que le chemin le plus court n'est pas le meilleur. Ils apprennent que, pour que les choses fonctionnent bien avec le cheval, il faut du travail sur les plans physique et mental — ce sont des caractéristiques très utiles. La chose la plus importante, c'est que les chevaux ont la capacité de faire voir ce qui se passe à l'intérieur. On entend toujours dire des choses comme « ce cheval est têtue » ou encore « ce cheval ne m'aime pas ». Ce peut être la réaction du client, mais, en réalité, ce qui se passe de façon générale, c'est que le client doit prendre conscience du fait que le changement vient de l'intérieur et que le cheval lui offre une rétroaction à cet égard. C'est par l'honnêteté dans cette relation, dans l'établissement de cette relation avec le cheval, qu'un message puissant peut être transmis.

La thérapie assistée par le cheval est reconnue partout dans le monde, mais je vais me concentrer sur les États-Unis pour l'instant. J'ai examiné divers programmes, ce qu'on fait dans le cadre de ceux-ci et qui les appuie. J'ai recueilli ces renseignements simplement par intérêt personnel, mais je vais vous faire part de ce que je sais.

Il y a de nombreux programmes au pays qui sont appuyés par Affaires des Anciens combattants. Les anciens combattants qui ont subi plusieurs traumatismes reçoivent des soins dans les centres médicaux et de réadaptation de AAC et prennent part à des programmes qui se déroulent à la base ou à un centre d'équitation accrédité. Il semble que la plupart des programmes soutenus par AAC soient considérés comme étant des programmes d'équitation thérapeutique. Je n'en ai pas vraiment parlé, mais, comme Marie-Josée le disait, il s'agit là davantage de l'aspect physique du rétablissement.

Un autre exemple que j'ai à vous donner, c'est celui du programme assisté par le cheval du Caisson Platoon de l'Armée américaine. Les responsables du programme utilisent les chevaux du peloton, qui font en réalité partie de la fameuse Old Guard de l'armée. L'unité est chargée de garder la Tombe du soldat inconnu et de participer aux funérailles de militaires s'étant distingués au cimetière d'Arlington. Des bénévoles qui viennent de ce peloton en tant que tel participent au programme. L'avantage, c'est que les soldats qui suivent le programme bénéficient d'un soutien offert par leurs pairs.

Je vais parler un peu d'EAGALA, c'est-à-dire, pour ceux d'entre vous qui ne connaissent pas l'organisation, de l'Equine Assisted Growth and Learning Association. Récemment, les responsables de cette association ont annoncé la création d'un programme de service militaire visant à rationaliser les centaines de programmes équestres qui existent aux États-Unis. L'EAGALA est un programme strictement non monté, et il est offert partout aux États-Unis. On a commencé à le subdiviser et à offrir des accréditations pour une spécialité de traitement du personnel militaire.

Les responsables de l'EAGALA ont rencontré des officiers gradés de la division comportementale de l'organisation du médecin-chef de l'Armée américaine, du bureau du président des chefs d'état-major interarmées, du Army Medical Command, du Warrior Transition Command, du Walter Reed Army Medical Center et du Human Performance Resource Center, afin de présenter le modèle de psychothérapie assistée par le cheval de l'EAGALA, qui est conforme au modèle de l'EAGALA, lequel consiste, encore une fois, en des exercices non montés.

D'après le projet pilote mené par les Refuge Services, qui sont l'un des programmes de service militaire de l'EAGALA au Texas, après seulement six séances, les anciens combattants et leur épouse ont fait état d'une amélioration de 60 p. 100 par rapport à la gravité de leurs problèmes conjugaux, y compris la violence physique et verbale, les disputes concernant les finances, les choix relatifs à l'éducation des enfants et la capacité de se pardonner et de passer du temps ensemble. Les couples ont également fait état d'une amélioration de 50 p. 100 au chapitre de la résolution de conflits, de la proximité affective, de l'accroissement du niveau de confiance, du respect, de l'intimité et de la réduction de la colère.

Nous avons déjà parlé du fait qu'il n'y a pas beaucoup de recherches en ce moment concernant le traitement du TSPT chez les militaires, mais il y a quelques bonnes nouvelles dans ce domaine. Au Royaume-Uni, l'International Society for Equitation Science offre une subvention pour l'étude des effets thérapeutiques des activités assistées par le cheval pour les anciens combattants souffrant de TPST ou de traumatisme cérébral. Aux États-Unis, la

Horses and Humans Research Foundation a récemment annoncé l'octroi d'une subvention pour contribuer à l'étude du problème grave et de plus en plus important des troubles de santé non traités chez les anciens combattants américains. Il est donc possible que nous voyions des résultats dans un avenir proche, et espérons que ce soit bientôt.

Avant de vous quitter aujourd'hui, j'aimerais vous avoir permis de mieux comprendre comment on utilise les chevaux à des fins thérapeutiques. Que les programmes soient menés en selle ou au sol, la thérapie assistée par le cheval est un excellent choix pour le traitement du TPST. Le lien entre les chevaux et les humains est ancestral. Le recours aux chevaux dans le cadre de programmes de ce type s'inscrit naturellement dans le contexte de cette relation qui existe depuis longtemps. Je vous demande d'examiner attentivement la possibilité d'offrir certains des traitements assistés par le cheval ou l'ensemble de ces traitements à nos militaires.

● (1600)

J'aimerais aussi vous parler un peu d'une rencontre que j'ai eue cette semaine avec Joanne Moss, de la Fondation canadienne des services de soutien assistés par animaux. J'aimerais informer les membres du comité du fait que la fondation est bien placée pour réunir les intervenants concernés afin qu'ils puissent rédiger ensemble un énoncé de politique publique. Toutefois, avant qu'ils ne commencent la première étude — si le financement est accessible —, il est impératif de tenir une étude sur le marché du travail et une analyse de la conjoncture, vu la vaste gamme de services, de praticiens et d'organisations concernés. L'étude présentera probablement l'établissement de politiques publiques comme étant l'une des priorités pour la suite des choses. Les représentants de la Fondation canadienne des services de soutien assistés par animaux vous remercient de votre intérêt et seraient heureux de vous rencontrer pour discuter des prochaines étapes avec vous.

Merci beaucoup. Vous avez été extraordinaires.

Le président: Merci.

Là-dessus, nous allons commencer notre tour où chaque intervenant aura sept minutes.

Monsieur Harris, à vous de poser la première question.

M. Jack Harris (St. John's-Est, NPD): Merci, monsieur le président.

Merci à tous nos invités d'être venus.

Je voudrais parler des thérapies en tant que telles. Je pense que je vais commencer par le colonel McLeod, afin de les mettre en contexte.

Vous dites qu'il y a 376 ou 378 professionnels des soins de santé mentale aux services de santé mentale. Pourriez-vous nous dire comment ils se répartissent, entre les médecins, les infirmières et les autres?

Col Scott McLeod: Il y a des psychiatres, des travailleurs sociaux, des psychologues, des infirmières spécialistes de la santé mentale...

M. Jack Harris: Vous ne connaissez pas les chiffres par coeur, n'est-ce pas?

Col Scott McLeod: Non. Désolé.

M. Jack Harris: Pourriez-vous nous les transmettre?

Col Scott McLeod: Oui.

M. Jack Harris: Je commence à me faire une idée de l'ampleur de la chose. Vous avez des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux...

Est-ce que ces travailleurs sociaux sont des travailleurs sociaux cliniques?

Col Scott McLeod: Oui. Ce sont des travailleurs sociaux cliniques qualifiés qui ont une maîtrise.

M. Jack Harris: Ils font du counselling, autrement dit.

Col Scott McLeod: Certainement.

M. Jack Harris: Quoi d'autre? Il y a des psychologues, des psychiatres, des travailleurs sociaux...

Col Scott McLeod: Il y a aussi des infirmières spécialistes de la santé mentale.

M. Jack Harris: Des infirmières spécialistes de la santé mentale, oui.

Col Scott McLeod: Il ne s'agit que des fournisseurs de soins de santé mentale du programme de soins de santé mentale. Nous avons aussi des médecins de premier recours, des infirmières, des techniciens médicaux, des auxiliaires médicaux et des infirmières praticiennes qui font partie de notre système de soins de santé primaires aussi.

M. Jack Harris: Est-ce qu'ils sont comptés dans les 378?

Col Scott McLeod: Non.

M. Jack Harris: Ils ne font pas partie des cliniques de services primaires ordinaires.

J'ai entendu dire que les ergothérapeutes pouvaient être utiles. Est-ce que vous en avez?

•(1605)

Col Scott McLeod: Nous n'avons pas d'ergothérapeutes qui travaillent pour nous directement. Nous avons des physiothérapeutes, et nous faisons appel à des ergothérapeutes de l'extérieur lorsque nous en avons besoin, par l'intermédiaire de la Croix Bleue. Si nous pensons que c'est nécessaire, nous pouvons toujours nous adresser à une clinique d'ergothérapie dans le civil. Cela se fait sur recommandation.

M. Jack Harris: Il s'agit d'une recommandation pour une clinique d'ergothérapie. L'ergothérapie ne fait pas partie de vos services, de vos conseils ou de quoi que ce soit de ce genre.

Col Scott McLeod: Non, monsieur.

M. Jack Harris: D'accord. C'est que j'ai appris quelque chose récemment au sujet de l'ergothérapie en discutant avec des universitaires du domaine. Une chose que les ergothérapeutes peuvent faire, c'est de planifier le rétablissement de gens qui peuvent avoir des problèmes de santé mentale. Évidemment, il y a l'aspect psychologique de la chose, et cela fait peut-être partie des choses que vous faites.

Dans votre cas, madame Hull, vous avez parlé du fait que vous offrez votre thérapie parce que vous aimez les chevaux et que vous avez constaté que cette thérapie est utile pour régler des problèmes personnels. Avez-vous officialisé cette thérapie de sorte que les gens puissent recourir à vos services à titre de thérapeute clinique ou d'équithérapeute? Êtes-vous rémunérée à l'acte, ou est-ce que c'est quelque chose de moins officiel que cela?

Mme Marie Josée Hull: J'exerce en cabinet privé, et n'importe quel membre de la population civile peut venir me consulter.

La plupart de mes cas sont liés à la Croix Bleue. Les Forces canadiennes ont retenu mes services pour soigner les soldats. Je ne traite pas les soldats à l'aide de chevaux. L'utilisation des chevaux est une pratique à temps partiel pour moi, et je ne m'en sers pas directement avec les soldats.

M. Jack Harris: Vous travaillez à contrat pour les Forces canadiennes dans le cadre de votre pratique de counselling en travail social.

Mme Marie Josée Hull: Oui.

M. Jack Harris: D'accord.

Cet autre aspect n'a pas été approfondi...

Mme Marie Josée Hull: Pour le moment, la thérapie n'est pas permise avec les soldats parce qu'elle n'est pas fondée sur des données scientifiques.

M. Jack Harris: Si j'habitais à proximité et que je pensais que ce serait une bonne chose pour l'ami de quelqu'un ou un membre de ma parenté, je pourrais venir vous voir et faire participer quelqu'un à un programme défini.

Mme Marie Josée Hull: Oui.

M. Jack Harris: Disons que je connais un jeune de 18 ans qui semble avoir besoin d'améliorer ses relations ou quelque chose du genre et que je venais vous voir pour vous demander ce que vous pourriez faire pour lui, pourriez-vous simplement me dire ce que...?

Mme Marie Josée Hull: Je commencerais par une évaluation afin de déterminer quels sont ses besoins. Je déciderais, en fonction des besoins de la personne et de ce qu'elle recherche également dans la thérapie. Dans une telle thérapie, la personne doit être disposée à participer.

M. Jack Harris: En supposant, bien sûr, que l'interaction avec le cheval pourrait être un bon départ.

Mme Marie Josée Hull: Oui. Je procéderaï à une évaluation d'une ou deux heures en cabinet. Si j'estimais que le travail avec les chevaux serait bénéfique, je préparerais ensuite mon plan de traitement et déterminerais le résultat recherché à la fin de la thérapie. Après cela, les séances auraient lieu dans un manège ou un pré.

M. Jack Harris: De quelle manière prenez-vous cette décision? De quelle manière arriveriez-vous à trancher, assise dans un cabinet pour procéder à votre évaluation? Quels éléments vous permettraient de conclure que cette approche est bénéfique ou positive ou encore qu'il s'agit d'un candidat idéal pour cette thérapie en particulier?

Mme Marie Josée Hull: Tout d'abord, nous devons examiner certains points. Si une personne a des problèmes de toxicomanie, nous ne voudrions pas faire ce genre de travail avec une personne qui est sous l'influence de l'alcool ou de la drogue. Il faut le préciser dès le début: si la personne a des problèmes de toxicomanie, elle ne consommera pas pendant une thérapie comme celle-là. De même, si la personne prend des médicaments, nous allons parler à son médecin afin de savoir si, pour des raisons physiques, la personne ne serait pas apte à suivre ce type de thérapie.

Quelqu'un qui veut apprendre comment gérer la colère, comment gérer le stress ou apprendre sur soi... Dans mon document, j'ai une liste d'objectifs thérapeutiques — je pense que c'est à la page 3 — que vous pouvez atteindre en faisant ce genre de travail. C'est habituellement très efficace. J'ai constaté que, après six à huit séances, les gens progressent, comparativement à la thérapie en cabinet, et ils repartent avec ce qu'ils ont appris en travaillant avec le cheval dans le manège. Ils peuvent l'appliquer à la maison. Je donne même des devoirs à faire entre les séances.

• (1610)

M. Jack Harris: Selon vous, cette thérapie est-elle particulièrement appropriée pour les problèmes psychologiques qui s'apparentent au TSPT?

Mme Marie Josée Hull: Oui, pour une partie du traitement du TSPT.

Je traite le traumatisme en trois étapes, et la première étape est la stabilisation.

Je crois que le travail avec les chevaux pourrait être très utile à cette étape. Vous amenez la personne à abaisser son niveau d'excitation et vous renforcez ses habiletés d'adaptation. Vous vous assurez qu'elle va bien dans sa vie quotidienne avant d'aborder l'événement traumatisant, parce que vous pourriez vraiment la déstabiliser énormément si vous abordez l'incident pendant qu'elle est déjà très fragile. À cette première étape, il serait vraiment utile de faire appel aux chevaux.

Il y a la troisième étape, celle de la réintégration, après le traitement du traumatisme, lorsque nous avons examiné les pensées qui font que la personne continue de se sentir coupable, honteuse, responsable ou qui lui donnent l'impression qu'elle ne vaut rien. Nous pouvons alors commencer à travailler avec les chevaux et à faire participer leur famille, leurs enfants ou leur conjoint et obtenir leur soutien.

Le président: Merci. Votre temps est écoulé.

Madame Gallant, la parole est à vous.

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

Tout d'abord, madame Vandergragt, vous travaillez auprès de familles et d'enfants qui ont des difficultés émotionnelles, psychologiques, y compris des familles de militaires. Dans certaines de ces familles de militaires, un des parents peut être un soldat ou est un soldat atteint du TSPT. Pourriez-vous décrire ce que vous avez observé concernant les effets du TSPT sur la famille?

Mme Alison Vandergragt: Il faut se rappeler que, lorsqu'il est question de la psychothérapie assistée par le cheval, ces séances ont lieu en présence d'un professionnel de la santé mentale qui s'est associé avec nous pour la prestation des programmes, par l'entremise d'un organisme. Cela se fait toujours avec un autre organisme. Approximativement 35 p. 100 des clients reçus au cours de la dernière année, et 50 p. 100 des clients d'un projet pilote que nous avons mené il y a un an avec le Centre Phoenix, comprenaient des familles de militaires.

Habituellement, les enfants arrivent avec des problèmes de comportement que nous tentons de faire disparaître. Mon approche est très orientée vers la famille. Nous parvenons à effectuer des petits changements chez l'enfant, grâce aux chevaux dans le cadre du programme, mais lorsque l'enfant retourne à la maison, c'est très difficile pour lui de commencer à intégrer certaines des nouvelles habiletés apprises, comme les nouvelles habiletés d'adaptation et les nouveaux éléments liés à la communication et aux relations qu'il a

appris pendant la séance. Alors, nous faisons très souvent participer la famille.

La plupart des familles de militaires étaient tout à fait d'accord pour venir aux programmes avec leurs enfants, mais certaines des activités exigent beaucoup d'énergie, et il s'y passe beaucoup de choses. Nous avons constaté que nous sommes censés être là pour l'enfant et l'aider avec certains problèmes, mais nous remarquons autre chose. Il y a autre chose dans le manège que nous n'abordons pas, et nous appelons cela l'éléphant dans le manège: l'éléphant, ce sont les problèmes de santé mentale chez le parent lui-même — qui sont visiblement liés au stress.

Alors, on trouve des solutions de fortune et on règle des petits problèmes, mais il y a ce gros éléphant, et nous ne sommes même pas autorisés à en parler ou à en discuter: les raisons pour lesquelles le parent est si stressé et les facteurs responsables de l'éclatement de la famille. Nous pouvons proposer ces petites solutions de fortune et prodiguer quelques conseils sur la façon de travailler ensemble en tant que famille, mais vraiment, il y a un problème ici qui n'est pas abordé, et c'est préoccupant pour une personne comme moi. Nous pourrions progresser beaucoup mieux dans le cadre de ces programmes si nous pouvions réellement traiter le TSPT.

Mme Cheryl Gallant: Madame Hull, vous nous avez expliqué que vous êtes payée par l'entremise de la Croix Bleue lorsque vous vous occupez de militaires. Comme il n'y a pas encore suffisamment de données probantes jusqu'à présent pour soutenir l'inclusion de l'équithérapie dans la gamme de soins, selon l'un ou l'autre des cinq critères, avez-vous fait des recherches pour déterminer si des études universitaires sont en cours ou avez-vous envisagé la possibilité de vous associer avec une autre organisation en vue de recueillir les données requises?

Mme Marie Josée Hull: Non, je n'ai pas fait cette démarche. Cela pourrait être très intéressant, en particulier si je pouvais obtenir la participation de quelques soldats à Petawawa. Je pense qu'ils pourraient en bénéficier. Ce serait intéressant, mais non, je n'ai pas envisagé de le faire.

• (1615)

Mme Cheryl Gallant: Colonel McLeod, quel est le processus de recrutement de travailleurs civils en santé mentale, plus particulièrement des psychiatres? Votre personnel les reçoit-il en entrevue ou un intermédiaire contractuel est-il chargé de passer un contrat avec les professionnels?

Col Scott McLeod: Deux options s'offrent à nous. Tous nos postes de psychiatre sont des postes de la fonction publique. Dans ce processus, notre psychiatre principal est chargé d'examiner la demande d'emploi de la personne. C'est la principale méthode que nous utilisons pour combler nos postes de psychiatre, par l'entremise de la fonction publique.

Si cela ne fonctionne pas, nous pouvons recourir aux services contractuels d'un tiers, Calian. C'est le service que nous utilisons aujourd'hui. Il incombe à Calian de recruter la personne pour combler ce poste clinique jusqu'à ce que nous puissions le combler au sein de la fonction publique.

Mme Cheryl Gallant: Quelles seraient les modalités de paiement de l'intermédiaire ou de l'entrepreneur? Non pas le psychiatre, ni le fournisseur de services, mais Calian, par exemple...? Verse-t-on un salaire pour le professionnel et quel pourcentage de ce salaire serait versé à Calian? De quelle façon cela fonctionne-t-il?

Col Scott McLeod: Pour être honnête, je ne pourrais pas entrer dans les détails de cet accord précis. Je devrais probablement transmettre la question à notre directeur de la prestation des services de santé, qui gère expressément le contrat.

Mme Cheryl Gallant: Donc, vous ne savez pas si une autre entreprise obtient ou non un pourcentage de son salaire?

Col Scott McLeod: Je ne pourrais pas vous le dire, pour être franc avec vous. Cela relève strictement de la responsabilité d'une autre direction.

Mme Cheryl Gallant: Donc, la seule occasion où vous auriez recours à un tiers pour le recrutement du professionnel serait dans le cas où la fonction publique ne peut pas trouver la personne pour le poste?

Col Scott McLeod: Si aucun clinicien n'est intéressé à occuper le poste de la fonction publique, alors le contrat avec un tiers constitue un plan B, c'est une option pour nous. Si un psychiatre ne veut pas occuper un poste de la fonction publique, et si nous n'avons pas de candidat pour le poste, mais que ce même psychiatre est intéressé à offrir ses services en sous-traitance, c'est notre solution de rechange pour nous assurer d'avoir un fournisseur de soins ici, pour s'occuper des membres.

Mme Cheryl Gallant: Donc, pour être embauchée directement par l'armée, la personne doit déjà être fonctionnaire?

Col Scott McLeod: Non, elle peut postuler. Il pourrait s'agir d'un nouveau diplômé de l'école de médecine, qui vient tout juste de terminer sa résidence et qui a réussi ses examens, et il pourrait dire qu'il veut être embauché comme fonctionnaire. Il pourrait suivre ce processus pour poser sa candidature. Vous passez une entrevue, vous êtes embauché, et vous êtes désormais un fonctionnaire rémunéré au tarif d'un psychiatre de la fonction publique. Si nous n'avons pas de candidat pour le poste et que nous avons besoin d'un psychiatre pour occuper le poste, c'est à ce moment-là que les services contractuels d'un tiers nous aident à combler le poste vacant.

Mme Cheryl Gallant: Vous avez recours à des annonces pour trouver ces gens. Quelle est la marche à suivre?

Col Scott McLeod: L'entrepreneur tiers a la responsabilité de chercher les fournisseurs de soins pour combler ces postes.

Mme Cheryl Gallant: D'accord, mais de quelle façon procédez-vous à l'annonce d'un poste de fonctionnaire?

Col Scott McLeod: Nous le faisons de différentes manières: dans les publications, les journaux professionnels... Récemment, nous sommes allés aux réunions de l'Association des psychiatres du Canada. Le Médecin-chef et nos psychiatres principaux y ont pris la parole en plus de présenter et d'expliquer les options liées au travail au sein des Forces canadiennes afin d'inciter des gens à se joindre aux Forces canadiennes et de les encourager à faire partie de notre équipe multidisciplinaire.

Le président: Merci.

Nous passons à notre dernière question de sept minutes.

Monsieur McKay.

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

Ma première question s'adresse au colonel McLeod.

Vous avez établi cinq critères qui me semblent très sensés pour évaluer les traitements, les thérapies, les recommandations et les éléments de cette nature. Je veux attirer l'attention sur le cinquième: « la prestation de ce traitement, service ou produit soutient ou permet le rétablissement d'un militaire à un état opérationnel efficace et

déployable ». Ce critère n'incite-t-il pas tout simplement le soldat à dissimuler sa maladie?

Col Scott McLeod: Je dois souligner que vous n'avez pas à satisfaire aux cinq critères pour être sélectionné. Nous vérifions également si cela permettra d'améliorer la santé du membre, si la thérapie est reconnue pour améliorer la santé, voire si nous pouvons faciliter la transition du membre vers un emploi différent ou même si c'est utile pour l'aider à quitter l'armée, au besoin, et à adopter un mode de vie productif. Alors, ce n'est pas nécessairement... Idéalement, nous voulons toujours faire en sorte que nos soldats reprennent le service à temps plein et reviennent à ce qu'ils font, en reconnaissant...

L'hon. John McKay: En quelque sorte, cela contredit toutefois le principe de l'universalité du service au sens où la plupart des soldats veulent continuer d'occuper le poste qu'ils avaient...

• (1620)

Col Scott McLeod: Tout à fait.

L'hon. John McKay: S'ils croient, à tort ou à raison, que le médecin dira: « Désolé, mon ami, vous allez être affecté à du travail administratif » ou « Vraiment, vous devriez penser à suivre des cours de menuiserie », est-ce que cela n'est pas contraire à la notion selon laquelle l'armée s'efforce d'aider le soldat à se rétablir?

Col Scott McLeod: C'est un très bon point. C'est un des aspects avec lesquels nous avons encore de la difficulté.

C'est ce que nous faisons. Si nous pouvons amener les soldats à se faire soigner dès que possible — à consulter tôt avec leurs symptômes —, nous avons une bien meilleure chance qu'ils reprennent le service. C'est toujours un défi parce que les soldats craignent qu'en déclarant leur maladie, ils pourraient rejoindre des catégories temporaires ou se voir attribuer des tâches restreintes, des restrictions d'emploi. Ce n'est pas ce qu'ils veulent. Au cours des dernières années, comme nous avons mieux réussi à inciter les gens à consulter, à se faire soigner tôt et à reprendre du service, nous avons constaté que plus de gens commencent à consulter. Ils disent qu'ils ne veulent pas que leur cas s'aggrave au point où il n'y a plus de traitement possible. S'ils obtiennent rapidement un traitement et des soins de haute qualité, ils ont de meilleures chances de reprendre leur emploi.

L'hon. John McKay: Merci.

Ma deuxième question s'adresse à Mme Hull.

Dans son exposé, le colonel McLeod mentionne qu'« on ignore si la thérapie assistée par l'animal est plus ou moins efficace que ces thérapies de rechange ». Il applique, si l'on peut dire, une analyse scientifique des thérapies que vous proposez tous les deux et que vous trouvez intéressantes, mais elles n'ont pas fait leurs preuves. Est-ce exact?

Mme Marie Josée Hull: À mon avis, les données probantes ne sont pas là parce que l'argent pour étudier ce genre de thérapie n'est pas là. Dans ma pratique, j'ai constaté, par exemple, qu'il n'y a pas seulement les approches fondées sur des données scientifiques qui sont efficaces et que le traitement d'une personne vivant avec un traumatisme grave... Lorsque nous traitons un traumatisme chez les soldats, ils semblent avoir subi un traumatisme qui dépasse le type normal de traumatisme. Ils vivent des expériences traumatisantes. Parfois, le traumatisme est complexe, avec de nombreux épisodes sur une longue période. Il n'y a pas de thérapie universelle... Vous devez donc adopter celle qui convient à la personne.

Actuellement, les procédés fondés sur des données scientifiques, comme la TPC et la TCC, sont très efficaces lorsque vous avez un membre qui réussit bien avec ce type de thérapie, mais certains n'y parviennent pas parce qu'ils sont trop... [Note de la rédaction: *inaudible*]

L'hon. John McKay: Vous avez été très éloquente en expliquant ce que vous faites aux gens qui ne comprennent pas réellement ce que vous faites et l'incidence des interventions. Pourtant, si vous le permettez, le colonel McLeod a dit que nous n'avons aucune donnée probante. À certains égards, ces points de vue sont contradictoires. Est-ce que vous recommanderiez un projet pilote, par exemple...?

Mme Marie Josée Hull: Oh, sans aucun doute. Je pense qu'un projet pilote serait très profitable. Malheureusement, la thérapie assistée par les chevaux n'est pas très ancienne. Elle n'est pas très connue. Nous devons aussi nous pencher sur plusieurs aspects. En revanche, elle est très efficace. Je pense qu'une étude pilote, en particulier pour les anciens combattants, serait...

L'hon. John McKay: Est-ce que d'autres organisations d'anciens combattants ou de type militaire appuient effectivement votre travail?

Mme Marie Josée Hull: Je viens de demander à Anciens combattants s'ils m'autorisaient à utiliser cette thérapie auprès d'un monsieur en particulier, qui a certaines limites cognitives, et ils ont refusé.

L'hon. John McKay: J'ai récemment eu l'occasion de me rendre à l'Université de la Colombie-Britannique, où j'ai été témoin d'un programme de transition pour les anciens combattants. Et j'ai été réellement impressionné.

Sans entrer dans tous les détails, il semblait que la Légion les appuyait, tout comme Wounded Warriors et diverses autres organisations. Tout le monde les appuyait, sauf le gouvernement du Canada. Cette semaine, le ministre Blaney a remédié à la situation, et c'est tout à son honneur. Initialement, on parlait d'un groupe de soldats assis en cercle pour partager leurs expériences et chanter en chœur, alors pourquoi le gouvernement du Canada leur alloue-t-il des fonds?

Vous pensez qu'un projet pilote serait une bonne idée, madame Hull.

Et je suppose que vous pensez la même chose, madame Vandergragt.

Une voix: Oui.

L'hon. John McKay: Quelle est votre réaction, colonel McLeod?

• (1625)

Col Scott McLeod: Je pense qu'un projet pilote... n'importe quoi qui permet de recueillir des renseignements pour établir le bien-fondé d'une thérapie destinée à nos soldats obtiendrait notre soutien. Je veux dire que nous sommes toujours à la recherche de moyens pour améliorer les soins de santé dispensés à un soldat atteint d'une maladie mentale. Donc, s'il y avait un intérêt à l'égard d'un projet pilote du genre, nous lui accorderions notre soutien. Le...

L'hon. John McKay: Mais vous dites « s'il y avait un intérêt ». Quelle entité doit être intéressée à un tel projet pilote?

Col Scott McLeod: Je pense que les gens qui offrent effectivement l'équithérapie sont les experts dans ce domaine...

L'hon. John McKay: Ils semblent intéressés.

Col Scott McLeod: Oui.

Des voix: Oh, oh!

Col Scott McLeod: L'armée américaine, comme on l'a fait remarquer, étudie effectivement la possibilité de mener cette recherche maintenant. En fait, je crois qu'elle a terminé le projet pilote et qu'elle prolonge la recherche. Il pourrait être très utile pour nous de tirer des leçons de cette étude également, lorsqu'elle sera publiée. Le colonel Jetly, notre psychiatre principal, a déjà exprimé cet intérêt. Il est très intéressé à entendre ce qui ressortira de tout cela.

L'hon. John McKay: Il y a peut-être une possibilité réelle pour les Forces canadiennes de s'associer à l'armée américaine afin de voir si c'est effectivement efficace.

Vous parlez aux anciens combattants, qui font partie de l'armée ou du personnel civil ou qui étaient dans l'armée, et c'est le TSPT qui est le plus évident, mais il y a aussi les symptômes qui s'assimilent au TSPT. Ils semblent surgir dans des circonstances très bizarres.

Me reste-t-il du temps, monsieur le président?

Le président: Merci. Le temps est écoulé.

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

Le président: Nous allons commencer un tour de cinq minutes.

Mesdames et messieurs les témoins, veuillez répondre le plus rapidement possible afin que les députés puissent aborder autant de questions qu'ils le souhaitent.

Monsieur Opitz.

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

Merci beaucoup, mesdames et messieurs les témoins, d'être ici aujourd'hui. Je reconnais la valeur de ce que vous faites, très sincèrement, parce que je sais que les animaux ont une valeur thérapeutique inestimable. J'ai eu des animaux toute ma vie. En fait, ma mère est ce qu'on pourrait appeler un Dr Dolittle, parce que toutes les petites bêtes semblent la trouver, et les soins qu'elle leur prodigue les ramènent à la santé.

De fait, notre président lui-même semble être un cavalier, alors il comprend. Il me disait que son meilleur compagnon est un cheval, et c'est logique.

Des voix: Oh, oh!

Le président: Si vous regardez autour de la table, vous pouvez voir que les gens les plus équilibrés sont ceux qui passent du temps avec les chevaux.

M. Ted Opitz: D'accord! Voilà qui explique pourquoi j'ai été éjecté de quelques chevaux.

Mais c'est une bonne chose, parce qu'il y a d'autres programmes qui font appel à d'autres animaux, comme les dauphins, en particulier auprès des enfants autistes. Naturellement, beaucoup de groupes, l'Ambulance Saint-Jean, entre autres groupes, ont recours à la zoothérapie avec des chiens et des chats dans les établissements de soins prolongés pour les aînés. Ils ont une grande valeur thérapeutique, et j'en suis conscient.

Comme l'a dit le colonel, les Forces canadiennes ne s'y opposent pas. Les États-Unis mèneront leur étude — évidemment, nous sommes alliés, et nous échangeons ces études de part et d'autre —, et ils examineront cet aspect. Je ne constate aucune résistance à cet égard; je dis simplement que, voyez-vous, nous devons suivre le processus. Il faut obtenir des données probantes. Je suis convaincu qu'à un moment donné, avec Wounded Warriors et d'autres organisations, vous trouverez sûrement des appuis en cours de route.

Je salue donc ce que vous faites. C'est logique. Je sais que c'est très important pour beaucoup de gens qui vivent avec différentes blessures, pas nécessairement des blessures de stress opérationnel... comme dans le cas des soldats, ce qui est parfois un problème précis.

Colonel, j'avais l'habitude de ne pas ménager mes efforts pour m'assurer que mes soldats signalent eux-mêmes leur état le plus souvent possible. Parfois, ils ont des blessures traumatiques, et le problème, c'est que vous ne verrez jamais des soldats assis en cercle en train de chanter en chœur. Mais vous les verrez assis ensemble et parler de leurs expériences. Ils le font simplement parce que seul un autre soldat peut vraiment comprendre, en particulier s'il a vécu ce type d'expérience.

Cela dit, il s'agit, entre autres, d'éduquer vos soldats, le public et, avant tout, les familles. Il faut éduquer les familles. Avec les briefings avant et après le déploiement, je sais que les familles participent au processus. Elles comprennent à quoi il faut porter attention et ce qu'il faut vérifier afin de reconnaître les problèmes de santé mentale susceptibles de se manifester. Parfois, le problème survient de façon insidieuse au fil du temps, et, bien souvent, seuls les camarades peuvent déceler et saisir les petits changements qui se produisent dans la personnalité du soldat.

Monsieur, pourriez-vous parler davantage des programmes offerts actuellement aux familles des Forces canadiennes dont un membre vit avec des blessures de stress opérationnel ou d'autres maladies mentales?

Col Scott McLeod: Sûrement. C'est une question très judicieuse et un bon point de départ. De toute évidence, vous comprenez bien l'importance de la famille lorsqu'il s'agit de prendre soin de nos soldats.

Nous avons recours à des approches très diversifiées. Comme vous l'avez mentionné, l'éducation que nous dispensons, dans le cadre du programme de formation En route vers la préparation mentale, joue un rôle important dans la sensibilisation des familles de nos membres, car cette formation leur permet non pas seulement de reconnaître les symptômes, mais également de savoir composer avec certains de leurs propres symptômes qui se manifestent lorsqu'elles se retrouvent face à un partenaire atteint du TSPT. Dans la mesure du possible, on les encourage également à participer aux soins de cette personne dans nos propres cliniques de santé mentale.

Nos centres de ressources pour les familles des militaires sont également accessibles aux gens, pour les familles de nos membres, et ils peuvent accéder aux services par l'entremise du CRFM. Nous avons également le Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes, c'est-à-dire le numéro 1-800 qu'ils peuvent composer pour obtenir des services de counselling.

C'est très complexe. Nous tentons différentes approches. La clé, c'est l'éducation de même que l'aide qu'on peut leur offrir dans le cadre du processus de guérison. La famille est extrêmement importante dans le processus de guérison.

• (1630)

M. Ted Opitz: De quelle façon abordez-vous le problème de la stigmatisation? Pour un grand nombre de mes soldats, je sais que le problème, c'était qu'ils associaient la maladie à une personne faible. Vous n'avez pas été formé pour être une personne faible, et vous ne voulez pas montrer de faiblesse. Vous pensez également que vous ne serez pas dans un état opérationnel efficace ou déployable plus tard. Ils craignent que leur état ne freine leur carrière, ce qui, de toute évidence, aura une incidence sur leur traitement.

Quels sont les programmes mis en place précisément concernant la stigmatisation? Au fait, elle touche aussi les commandants, pas seulement les personnes atteintes d'une maladie mentale.

Col Scott McLeod: C'est effectivement pour cela qu'on retrouve le programme de formation En route vers la préparation mentale à tous les stades de leadership dans les Forces canadiennes. Nous l'avons désormais intégré au perfectionnement professionnel des militaires afin qu'ils comprennent ce qu'est la santé mentale. Le programme En route vers la préparation mentale ne traite pas seulement du concept de résilience; il éduque également les gens sur ce qu'est la santé mentale au Canada, ainsi que dans l'armée, en ce qui concerne plus précisément les blessures de stress opérationnel. Il est offert partout.

Le général Natynczyk a lancé la campagne « Soyez la différence ». Maintenant, nous commençons à travailler avec la Commission de la santé mentale du Canada pour déterminer comment aborder la stigmatisation au Canada, en général. Le simple fait de reconnaître le trouble de stress post-traumatique et les maladies comme des blessures subies au cours des combats a certainement amélioré la compréhension de la stigmatisation également, parce que nos membres peuvent admettre plus facilement l'existence d'une « blessure » psychologique que d'une « maladie » psychologique.

J'espère que cela répond à votre question.

Le président: Le temps est écoulé.

[Français]

Madame Moore, vous disposez de cinq minutes.

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

J'aimerais adresser mes questions principalement au colonel McLeod.

J'aimerais parler plus spécifiquement des soins de santé mentale offerts aux réservistes. Plusieurs d'entre eux ont servi en Afghanistan, entre autres. Certains des régiments de réserve auxquels ils sont rattachés sont situés dans des grands centres, mais on en trouve quand même beaucoup à l'extérieur des grands centres.

Comment s'assure-t-on que ces personnes ont accès à des soins de santé mentale de qualité quand elles retournent à leur vie civile? Elles continuent d'être réservistes, mais il reste que l'accessibilité n'est pas la même pour elles, comparativement à tous les autres militaires.

[Traduction]

Col Scott McLeod: L'interprétation ne fonctionne pas, mais je pense que la question est précisément liée à l'accès aux soins de santé mentale pour notre force de réserve, au retour d'un déploiement.

Les réservistes qui sont de retour après un déploiement et qui ont subi une blessure psychologique ont le même accès aux soins qu'un militaire de la force régulière. Ils font l'objet du même dépistage des troubles mentaux au retour du déploiement en plus d'avoir accès aux mêmes services.

Je dois trouver comment cela fonctionne...

Le président: L'interprétation en anglais se trouve au canal 2.

[Français]

Mme Christine Moore: Cela fonctionne-t-il, maintenant?

[Traduction]

Le président: Aucun de vous n'obtient l'interprétation? Continuez de parler au canal 2 jusqu'à ce que cela fonctionne.

Alison, est-ce que vous l'avez?

Mme Alison Vandergragt: Je crois bien.

[Français]

Mme Christine Moore: J'aimerais revenir sur une chose. Je comprends que les réservistes ont accès aux mêmes services et aux mêmes soins. Il reste que pour un réserviste qui aurait servi en Afghanistan et qui demeure à Rouyn-Noranda, les spécialistes sont à six heures de route. Il a accès aux mêmes services, mais il sera obligé de perdre trois jours chaque fois qu'il veut consulter un spécialiste.

Quel genre de services allez-vous offrir à ces personnes qui, quand elles retournent à leur vie civile, se retrouvent en région éloignée où il n'y a déjà pratiquement pas de spécialistes? Il y a peut-être trois ou quatre psychiatres pour couvrir l'ensemble du territoire, et ils sont déjà débordés de travail avec leurs patients civils.

Comment faites-vous pour offrir des soins de qualité à ces personnes quand elles vivent dans des régions éloignées?

• (1635)

[Traduction]

Col Scott McLeod: C'est une très bonne question. C'est complexe. Nous le comprenons.

En ce qui concerne ceux qui reviennent d'Afghanistan ou de tout autre déploiement et qui sont peut-être atteints d'une maladie mentale, nous les encourageons, bien sûr, à venir à l'un de nos établissements pour une évaluation et des soins. Nous avons des experts hautement qualifiés qui traitent le traumatisme opérationnel et les blessures psychologiques. Nous avons également recours aux cliniques des Anciens combattants. Pour les gens en région extrêmement éloignée et qui ont besoin de soins de spécialistes, il est possible d'organiser le transport dont ils ont besoin pour obtenir ces soins spécialisés.

Nous étudions également l'option de la télémédecine avancée. Cela nous aiderait de pouvoir relier les gens dans les collectivités éloignées et des médecins spécialistes, même par le truchement de la télémédecine. Comme la télémédecine s'améliore dans l'ensemble du Canada, nous nous améliorons également. Nous étudions également d'autres formes de médias sociaux pour permettre aux gens d'avoir au moins accès à leurs soins.

[Français]

Mme Christine Moore: Ces gens reçoivent-ils une compensation pour le temps de travail au civil qu'ils perdent lorsqu'ils doivent se déplacer pour aller suivre leur traitement? S'ils sont obligés de perdre trois journées de travail pour recevoir des soins, compense-t-on le salaire qu'ils perdent pour pouvoir y avoir accès?

[Traduction]

Col Scott McLeod: C'est une bonne question. De mémoire, je ne sais pas exactement de quelle façon nous procédons. S'il sont encore des réservistes, ils seraient considérés comme étant en service pendant cette période, et ils obtiendraient le paiement de la solde de la réserve de classe « A » pour la période en question.

S'ils ne font plus partie de l'armée, ils relèveraient alors d'Anciens combattants.

[Français]

Mme Christine Moore: En fait, ils occupent aussi un emploi au civil, duquel ils vont devoir s'absenter. Je vous demanderais d'obtenir cette information et de me fournir une réponse, car je trouve cela quand même un peu inquiétant. Une fois que les réservistes ont terminé leur mission, ceux qui vivent dans des régions éloignées se

retrouvent confrontés à une alternative: soit ils se déplacent pour recevoir des soins ailleurs, soit ils essaient de se débrouiller avec les services offerts dans leur coin, au risque de ne pas recevoir des soins de qualité. J'imagine qu'il en va de même pour la famille. Par exemple, une épouse qui voudrait savoir comment soutenir son conjoint devra elle aussi se déplacer.

À votre avis, y a-t-il des lacunes à cet égard qu'il faudrait combler? Comme il ne s'agit pas de cas réguliers, les données sont difficiles à calculer.

[Traduction]

Col Scott McLeod: Quelques remarques à ce sujet.

Tout d'abord, si les gens sont toujours en service et qu'ils sont réservistes, ils seraient payés en tant que réservistes pour le temps de travail qu'ils prennent pour suivre leur traitement. Il y a donc une forme quelconque de remboursement. Sinon, cela relèverait d'Anciens combattants.

Je pense que vous vouliez souligner qu'il y a des lacunes dans le système. Nous serions les premiers à admettre qu'il n'y a pas de système parfait de soins de santé mentale au Canada. Nous reconnaissons la difficulté pour notre personnel en région éloignée. Nous nous efforçons actuellement de trouver tous les moyens possibles afin que ces gens aient accès aux soins, parce qu'ils ont droit à des soins de santé mentale de haute qualité. Nous nous efforçons de trouver le plus grand nombre de moyens possible d'y parvenir. Cela peut être par l'intermédiaire d'entrepreneurs locaux. Toutefois, comme vous le soulignez, à certains de ces endroits, il est extrêmement difficile de le faire.

[Français]

Le président: Merci beaucoup. Votre temps de parole est écoulé.

[Traduction]

Monsieur Chisu, la parole est à vous.

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

Je remercie grandement nos témoins.

J'ai une question pour le colonel McLeod. Nous le savons, les symptômes de certains troubles mentaux se manifestent à retardement et sont invisibles pendant des années. Quelle est l'approche de la Défense nationale à cet égard? La période prévue actuellement est-elle adéquate pour l'évaluation de la santé générale de nos militaires après le retour du combat et le retour possible à la vie civile? J'ai simplement mentionné que j'étais en Afghanistan en 2007. Lorsque j'ai pris ma retraite des Forces canadiennes en 2009, il y avait peu de mesures en place dans ce domaine.

J'ai une autre question à ce sujet. Combien, ou quel pourcentage, de professionnels des services de santé mentale possèdent une expérience militaire antérieure? Parce que, voyez-vous, la culture est importante lorsque vous soignez du personnel militaire.

• (1640)

Col Scott McLeod: La dernière de vos questions avait trait au pourcentage de nos fournisseurs de soins de santé mentale qui possèdent une expérience militaire? Je ne peux pas vous répondre, mais je peux essayer d'obtenir les renseignements. Ça sera peut-être difficile à trouver, à moins que nous demandions à chacun d'eux, mais un nombre assez élevé de fournisseurs de soins de santé qui ont pris leur retraite de l'armée sont revenus en tant que fonctionnaires. Je peux tenter de vous donner au moins une estimation approximative.

Le temps qui s'écoule avant l'apparition des blessures de stress opérationnel est un très bon point, et je vous remercie de le soulever. Nous reconnaissons qu'il peut s'écouler de 10 à 15 ans après un événement traumatisant avant qu'une personne ne présente un trouble de stress post-traumatique ou toute autre blessure de stress opérationnel. Nous sommes toujours disponibles pour les gens qui se présentent afin d'obtenir une évaluation. Nous avons encore des gens qui consultent à la suite des opérations au Rwanda et en Bosnie, entre autres.

M. Corneliu Chisu: Avez-vous des renseignements au sujet de ceux qui ont participé à l'opération de la poche de Medak? C'était la première opération de combat dans cette...

Col Scott McLeod: Exact. voulez-vous dire le pourcentage de gens?

M. Corneliu Chisu: Avez-vous déjà parlé à une personne ou avez-vous un patient qui, à la suite de cette...?

Col Scott McLeod: Je connais des gens qui ont pris part à cet événement, mais pas en tant que patients en santé mentale, non. Je connais des gens qui y ont pris part.

Je suis moi-même allé en Afghanistan, monsieur. Ce sont là des expériences très exigeantes. Lorsque vous êtes exposé à un événement traumatisant de cette importance, le risque de souffrir d'une blessure liée au stress opérationnel est bien sûr plus élevé. Nous sommes disponibles pour aider les gens à traverser cette épreuve, mais ils doivent d'abord se manifester.

M. Corneliu Chisu: Je vous posais des questions concernant la poche de Medak, car cet événement s'est déroulé il y a 15 ans. Vous avez dit ne pas savoir si cet événement avait entraîné d'autres cas de maladie mentale...

Col Scott McLeod: Je m'excuse. Je n'avais pas bien compris. Je ne sais pas si des cas précis ont été liés à cet événement. Nous ne faisons pas le suivi des tous les événements pour savoir combien de personnes ont été touchées. Nous ne faisons pas un suivi auprès de toutes les personnes qui étaient présentes pour savoir si elles ont été touchées, mais je soupçonne qu'il y a eu quelques cas.

M. Corneliu Chisu: Merci beaucoup de ces réponses.

J'aimerais poser une question à Mme Hull et à Mme Vandergragt. Comme nous le savons tous, les symptômes de certaines maladies mentales n'apparaissent que tardivement. Ils n'apparaissent que des années plus tard. Comment, dans votre pratique, et en particulier dans la pratique de l'équithérapie, composez-vous avec ce problème? Je ne sais pas si les militaires ont dit si votre service, l'équithérapie, était recommandé. L'armée utilise des chiens renifleurs pour détecter les munitions, les explosifs, les engins explosifs improvisés, et ainsi de suite, et nous comptons sur ces animaux pour nous protéger. Pourriez-vous en dire plus à ce sujet?

Mme Marie Josée Hull: En fait, quiconque désire obtenir des services en santé mentale éprouve habituellement déjà des symptômes. Il est rare que des gens demandent des services préventifs. Ils se présentent lorsqu'ils éprouvent des symptômes. En tant que praticienne, peu importe à mes yeux si l'événement a eu lieu il y a 15 ans, six mois ou un an. Je traite les symptômes tels qu'ils se présentent. Nous abordons le problème à peu près de la même manière. Nous accueillons le membre, peu importe où il en est.

Le président: Votre temps est écoulé.

Nous devons poursuivre.

Monsieur Kellway.

M. Matthew Kellway (Beaches—East York, NPD): Merci, monsieur le président, et, par votre entremise, je remercie également les témoins qui se sont présentés aujourd'hui.

Tout cela m'intrigue beaucoup. Je n'avais jamais entendu parler d'équithérapie avant aujourd'hui, et je trouve ça fascinant.

J'aimerais commencer en m'adressant au colonel McLeod.

Vous avez conclu votre exposé en ces termes: « Notre priorité absolue est de développer et d'offrir des programmes de soins de santé mentale adaptés aux besoins de nos hommes et de nos femmes militaires, des programmes qu'ils méritent. » Vous établissez donc que cela est votre priorité absolue.

Ce qui me préoccupe, c'est que cette notion de thérapie fondée sur des données scientifiques n'est peut-être pas en contradiction avec cet énoncé, mais je ne crois pas qu'elle corresponde tout à fait, car il me semble que ce que nous entendons... En fait, vous dites que cela ne signifie pas que la thérapie n'a aucune utilité. Vous dites ici qu'on a réuni des données fiables sur la valeur potentielle de l'équithérapie pour les forces armées. S'il s'agit de la priorité absolue, pourquoi utilise-t-on cette notion de « données scientifiques » comme un paravent pour ne pas intégrer l'équithérapie à la gamme de traitements que nous sommes prêts à proposer aux membres des forces armées?

● (1645)

Col Scott McLeod: C'est une excellente question. Les données scientifiques ne nous servent pas, bien sûr, à exclure l'équithérapie. Nous examinons rigoureusement les différentes thérapies, tous les types de thérapies complémentaires qui existent. Il existe toutes sortes de formules, susceptibles d'aider nos patients de toutes sortes de manières. Comme je l'ai souligné, chaque patient est différent, et chaque patient présente des besoins particuliers. Toutes les semaines ou toutes les deux semaines, au moins, des gens viennent nous proposer différentes options pour améliorer la communication entre le thérapeute et le patient qui souffre.

Il existe un grand nombre de façons d'envisager la question. Nous devons adopter une approche systématique pour déterminer ce que nous allons financer et comment nous allons utiliser les fonds publics. Toutefois, cela dit, nous ne prétendons pas que les propositions sont mauvaises. Il faut cependant se demander si nous pouvons utiliser les fonds publics pour payer l'ensemble des approches qui existent. Si nous décidons d'en faire un programme de base dûment financé, nous devons prouver que des données scientifiques le justifient. Si une source de financement externe existait et voulait soutenir ce programme particulier, nous ne dirions certainement pas non. Nous n'utilisons pas nécessairement les données scientifiques pour exclure un programme.

M. Matthew Kellway: Nous partons du fait que les enjeux en santé mentale sont des enjeux énormes. Dans le cadre de la présente étude, notre tout premier témoin a parlé du niveau des problèmes de santé mentale liés à l'Afghanistan et du type de problèmes de santé mentale qui affectaient les soldats américains, canadiens et britanniques, en notant qu'ils sont, il est intéressant de le souligner, légèrement différents.

Étant donné l'ampleur de cet enjeu et vu que nous n'avons pas encore, semble-t-il, trouvé de solution miracle, de panacée à ces problèmes, est-ce qu'il ne faudrait pas que les critères que nous utilisons et l'approche systématique dont vous parlez prévoient une façon d'intégrer ces nouvelles thérapies dans le système, lorsqu'elles semblent présenter un potentiel de réussite?

Col Scott McLeod: C'est ce que fait notre comité de normalisation des traitements. Il fait un examen préalable de toutes ces thérapies avant même qu'elles soient portées à l'attention du Comité sur la gamme de soins. Nous avons des spécialistes, un groupe multidisciplinaire qui comprend des psychiatres, des psychologues et des travailleurs sociaux, pour étudier ce type de thérapies et déterminer si nous devrions y investir.

M. Matthew Kellway: À mon avis, les cinq critères énumérés ici semblent exclure ou limiter l'utilisation des nouvelles thérapies. Prenez par exemple le critère voulant que le traitement soit déjà financé par un autre organisme; il est évident que nos forces armées ne seront jamais un pionnier des nouvelles thérapies, puisqu'il faut que quelqu'un d'autre fasse le premier pas.

Col Scott McLeod: C'est vrai, ce sont là des principes directeurs. Il n'est pas nécessaire qu'un traitement réponde aux cinq critères pour être inclus. Ce comité est présidé par le chef adjoint du personnel militaire et compte des représentants des forces terrestres, aériennes et navales. C'est un comité opérationnel, et il peut décider d'inclure un traitement quelconque, même s'il ne répond pas à l'ensemble des critères, c'est-à-dire même s'il ne répond qu'à deux ou trois critères, s'il estime que c'est la bonne chose à faire. Ces critères nous obligent à faire une analyse critique de tout ce qu'on nous soumet et à suivre un processus d'évaluation structuré; ainsi, nous ne pouvons pas tout simplement accepter tous les nouveaux traitements qui voient le jour chaque semaine.

En outre, nous voulons nous assurer de ne pas exposer nos soldats à un traitement qui pourrait se révéler préjudiciable. Bon nombre de traitements semblent à première vue justifiés, mais, à long terme, ils peuvent être préjudiciables. Nous avons affaire à des cas très délicats, à des personnes très délicates. Les fournisseurs de soins seront tous d'accord sur le fait que nous devons nous assurer d'offrir à ces soldats ce qu'il convient de leur offrir. Voilà pourquoi nous cherchons des données scientifiques.

• (1650)

Le président: Merci.

Monsieur Strahl, c'est votre tour.

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

Ma question s'adresse à Alison. Normalement, pendant combien de temps les gens suivent-ils cette thérapie? Dure-t-elle aussi longtemps qu'elle est couverte ou qu'ils peuvent se la payer, ou est-ce que c'est une thérapie qui suffit à vous remettre sur pied? Ou encore, est-ce que la durée est différente selon le patient?

Mme Alison Vandergragt: C'est une excellente question.

La plupart des programmes que nous offrons ont une durée précise. Elle dépend de l'organisme partenaire et de son budget. Mon principal partenaire est probablement le Centre Phoenix pour les enfants et les familles, à proximité de Pembroke. À l'heure actuelle, nous demandons un financement d'environ 130 000 \$ pour l'an prochain afin de fournir des programmes. Ils ont décidé de diviser les programmes en groupes de sept séances, parce qu'ils doivent voir un nombre x de clients.

Pour notre projet pilote, nous avons fait des groupes de cinq séances. J'ai constaté que cinq séances, ce n'était pas suffisant pour faire des progrès importants. Nous avons fait d'énormes progrès, mais pas autant que nous aurions pu en faire si nous avions eu le temps.

Maintenant, il ne faut pas en faire trop. Je dis habituellement que 12 semaines doit être la durée maximale, car les patients auront fait

le tour des activités. Ils auront vu toutes sortes de choses. Après 12 semaines, nos clients devraient avoir maîtrisé suffisamment certaines compétences qu'ils pourront appliquer dans leur famille, ils sauront s'adapter et... Encore une fois, en ce qui concerne la durée, tout dépend des budgets et de la décision des organismes de soutien, mais il est clair que cinq semaines, ce n'est pas suffisant. Notre prochain projet pilote durera sept semaines. Je pense quand même que cela n'est pas suffisant. Idéalement, le programme devrait durer 10 ou 12 semaines.

M. Mark Strahl: On nous a expliqué la procédure d'évaluation des Forces canadiennes et c'est le cas, mais je ne veux pas dire par là que cela n'est pas utile... Quelle a été la réaction des autres professionnels de la médecine par rapport à votre programme de traitement? Est-ce qu'ils se sont montrés enthousiastes à l'idée de vous envoyer des patients? Quelle relation entretenez-vous avec les psychiatres et les médecins? Est-ce qu'ils vous envoient des patients ou est-ce que vous devez en quelque sorte vous battre pour intégrer votre programme aux programmes de base — je ne veux pas employer le terme « légitimer » — et pour qu'ils reconnaissent que c'est un programme qu'ils peuvent également recommander?

Mme Alison Vandergragt: En général, nous ne communiquerons pas directement avec les médecins, et ils ne nous envoient pas directement des patients. Les médecins vont s'adresser à différents organismes, par exemple des organismes de services à l'enfance et à la famille ou d'intégration communautaire ou, encore, le Centre Phoenix, et leur recommander des patients, et ce sont ces centres qui vont communiquer avec nous au sujet des programmes. Ce ne sont pas les médecins qui disent qu'un patient a besoin d'un programme d'équithérapie ou devrait essayer cette thérapie. Ils recommandent aux patients de s'adresser à des organismes externes, qui, eux, vont choisir de les inscrire au programme d'équithérapie s'ils semblent respecter en tous points les critères de ce programme.

M. Mark Strahl: Merci beaucoup.

Colonel McLeod, étant donné le rythme opérationnel accéléré des FC en Afghanistan, en Libye, à Haïti, est-ce que les gens qui s'adressent à vous en raison de problèmes de santé mentale après ces opérations sont moins, plus ou aussi nombreux que vous le prévoyiez?

Comment structurez-vous votre activité si vous voulez pouvoir absorber les nouveaux cas sans devoir embaucher trop de personnel? Il est clair que cela ne représente pas un problème, mais, si vous me suivez, est-ce qu'il y en a plus, moins ou autant que vous le prévoyiez?

• (1655)

Col Scott McLeod: C'est une excellente question. La première chose à savoir, c'est que la plupart des cas de maladie mentale dont nous nous occupons n'ont rien à voir avec les opérations. La majorité des cas de maladie mentale dont nous nous occupons sont semblables aux cas qui se présentent au Canada, chez tout autre Canadien, et nous avons donc un effectif de fournisseurs de soins de santé qui s'occupe de la majorité de ces cas.

Lorsque vous ajoutez à cela le fait de savoir s'il fallait s'y attendre ou non... À ce sujet, je ne crois pas que les gens aient été nombreux à savoir à quoi il fallait s'attendre. Le Canada l'ignorait, les États-Unis, l'Australie et nos partenaires de l'OTAN l'ignoraient aussi. Ce que nous avons constaté, c'est qu'il y a autant de gens qui souffrent d'une blessure liée au stress opérationnel au Canada qu'ailleurs, par exemple au Royaume-Uni et en Australie, pays qui ont déployé autant de membres et ont été exposés aux mêmes situations que le Canada.

Nous ne sommes différents à aucun égard, mais, puisque nous étudions cette question depuis une dizaine d'années, grâce à toute une série d'études, nous avons été en mesure de réaffecter les ressources nécessaires aux différents secteurs qui, nous l'avons compris, afficheraient le plus haut pourcentage de personnes touchées. C'est pour cette raison que nous avons mis sur pied des centres de soins pour trauma et stress opérationnels à Gagetown et à Petawawa.

M. Mark Strahl: Merci.

Le président: Merci.

[Français]

Monsieur Brahmi, vous avez la parole.

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

Colonel, j'ai une première question pour vous concernant les travailleurs en santé mentale dans les Forces canadiennes.

Le nombre de civils par rapport au nombre de militaires qui travaillent dans vos services, au sein des différents corps de métier de la santé mentale, a-t-il évolué au cours des 15 à 20 dernières années? Quel est environ le pourcentage de membres militaires, comparativement au pourcentage de membres civils?

Évidemment, vous n'avez peut-être pas ces chiffres. Le cas échéant, serait-il possible de les obtenir?

[Traduction]

Col Scott McLeod: Si je comprends bien la question, vous voulez connaître le pourcentage de civils par rapport aux militaires dans notre effectif de fournisseurs de soins en santé mentale?

[Français]

M. Tarik Brahmi: Exactement.

[Traduction]

Col Scott McLeod: Au cours de la dernière décennie, nous avons vu augmenter de manière phénoménale le nombre de civils qui fournissent des soins en santé mentale. Pour rebâtir nos services de santé, nous avons réalisé un projet, baptisé Rx 2000, dans le cadre duquel nous avons embauché un grand nombre de civils fournisseurs de soins de santé, ce qui explique la hausse de ce nombre. En ce qui concerne le pourcentage de civils par rapport aux militaires, je ne le connais pas par cœur, mais je vais à coup sûr vous le fournir, monsieur.

[Français]

M. Tarik Brahmi: Absolument. Ce serait intéressant que le comité soit informé de ces chiffres et qu'ils soient consignés au procès-verbal afin de pouvoir les utiliser dans un rapport ultérieur.

Par ailleurs, vous avez dit que le nombre de professionnels de la santé mentale à temps plein qui s'occupent des militaires souffrant de trouble de stress post-traumatique représentait le meilleur ratio au sein des pays de l'OTAN. La différence par rapport aux autres pays de l'OTAN est-elle considérable? Cela s'explique-t-il par le fait que le Canada a été en opération plus longtemps que beaucoup de pays de l'OTAN? L'explication réside-t-elle plutôt dans la structure même de notre système de santé mentale?

[Traduction]

Col Scott McLeod: C'est une bonne question. Si vous voulez comparer notre situation à celle des autres pays de l'OTAN, il faut le faire pays par pays. Nous nous comparons assez bien à certains pays, tandis que, dans d'autres cas... Nous pouvons vous transmettre le

rapport de l'OTAN sur le sujet, si vous voulez savoir comment nous nous comparons aux autres pays de l'OTAN.

Quelle en est la raison? C'est principalement parce que, pendant que nous restructurons les services de santé, nous avons reconnu le fait que la santé mentale était un problème important dans les Forces canadiennes et qu'il s'agissait d'un problème que nous devions tenter de régler. En outre, puisque nous savions que des opérations comme celles menées en Afghanistan pouvaient provoquer des blessures liées au stress opérationnel, nous avons voulu nous assurer de pouvoir compter sur un personnel compétent qui pourrait s'occuper de nos membres.

Il est difficile de savoir si c'est ce que les autres pays ont fait...

[Français]

M. Tarik Brahmi: À votre avis, est-ce une conséquence directe du fait qu'on a été en opération beaucoup plus longtemps que les autres pays de l'OTAN?

[Traduction]

Col Scott McLeod: Je ne peux pas établir de comparaison avec les autres pays de l'OTAN. Nous avons tout simplement fondé notre décision sur notre estimation des risques et sur ce que nous estimions devoir faire.

[Français]

M. Tarik Brahmi: Ma prochaine question s'adresse à Mme Hull.

Puisque vous avez cette expérience de clinicienne, vous avez une vue différente par rapport à votre thérapie, que les forces armées considèrent comme complémentaire. C'est ce que j'ai compris de la présentation du colonel.

Votre présentation m'a fait penser à une étude de 2010 à laquelle a participé Dre Valérie Tourjman, de l'Université de Montréal, qui avait conclu que 70 p. 100 des antidépresseurs étaient inefficaces. Ne trouvez-vous pas cela gratifiant pour les thérapies complémentaires? Justement, peut-être qu'on ne peut pas démontrer scientifiquement que les thérapies complémentaires sont efficaces pour certaines personnes.

• (1700)

Mme Marie Josée Hull: Les thérapies complémentaires peuvent être efficaces pour certaines personnes. Toutefois, dans le cas de la thérapie assistée par le cheval, il n'y a pas d'études qui nous permettent de le savoir.

Pouvez-vous préciser votre question?

M. Tarik Brahmi: À priori, les antidépresseurs sont considérés généralement comme plus efficaces, du fait que ce sont des médicaments et non pas des thérapies complémentaires. Bien que ces médicaments soient considérés par certaines études comme inefficaces à 70 %, on les utilise tous les jours et ils sont pris en compte par les systèmes provinciaux de santé.

N'est-ce pas justement la preuve qu'on ne peut pas faire la démonstration de l'inutilité des thérapies complémentaires comme l'équithérapie? Cela abonderait dans votre sens: on ne peut pas faire la démonstration que c'est inefficace.

Mme Marie Josée Hull: Je n'ai pas l'impression qu'on essaie de faire la démonstration que c'est inefficace.

M. Tarik Brahmi: Pas vous, du moins.

Mme Marie Josée Hull: Non, et ce n'est pas non plus le cas du ministère de la Défense nationale.

J'ai beaucoup de difficulté à répondre à cette question. Personnellement, je crois en la thérapie assistée par les chevaux et en son potentiel. Malheureusement, cela n'a pas fait l'objet d'études ni d'investissements pour que cette thérapie devienne une approche fondée sur des données probantes.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Brahmi.

[Traduction]

Monsieur Alexander, c'est votre tour.

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

Colonel McLeod, nous avons fait d'immenses progrès, grâce à vous et grâce à d'autres membres des Forces canadiennes, car vous avez su réduire la stigmatisation des problèmes de santé mentale, en particulier le TSPT, et obtenir et y consacrer des ressources. Quel est à votre avis le principal défi que le Canada doit maintenant relever pour composer avec le problème que représentent le nombre si élevé de militaires qui reviennent de mission et les problèmes qui nous viennent de conflits beaucoup plus anciens?

Col Scott McLeod: Notre principal défi lié aux problèmes de santé mentale découlant de nos opérations en Afghanistan ou, plus précisément...?

M. Chris Alexander: De manière générale, pour les Forces canadiennes.

Col Scott McLeod: Je crois que l'un des grands enjeux auxquels nous devons nous attaquer, et nous en avons déjà beaucoup parlé, concerne la prise en charge des problèmes de santé mentale et la stigmatisation liée à ces problèmes au Canada en général, pendant que nous essayons d'élargir l'accès aux services et d'amener les gens à consulter plus tôt, lorsqu'ils ont un problème de santé mentale, pour obtenir un traitement. Si nous parlons spécifiquement de santé mentale, le problème concerne la communication, l'éducation, l'élimination des obstacles liés à la stigmatisation, la collaboration avec d'autres organismes afin de mieux sensibiliser la société canadienne. Je crois que c'est là un de nos principaux défis.

M. Chris Alexander: Nous en avons beaucoup entendu parler dans le cadre d'un séminaire organisé par le Canada, à Washington, auquel nous avons tous deux eu la chance de participer.

Quelle est la meilleure façon d'amener les militaires à accepter de se soumettre à un examen diagnostique et à suivre un traitement? Parce que cela me semble être universellement le point faible, non seulement dans notre système, mais aussi chez nos alliés. Et même lorsqu'il est établi publiquement qu'une personne souffre, celle-ci va soit refuser de se soumettre à un examen diagnostique en raison de la stigmatisation qu'elle ressent, soit commencer un traitement sans le terminer. Que pourrions-nous faire pour que nos membres soient plus à l'aise dans ce processus?

Col Scott McLeod: L'une des choses qui ont aidé bon nombre de militaires est le fait que nous appelons cela une blessure. Il s'agit d'une blessure psychologique. Les soldats sont beaucoup plus susceptibles de consulter pour une blessure que pour une maladie.

L'autre chose que nous essayons de faire est d'amener les gens à reconnaître qu'une blessure psychologique ou une maladie psychologique, c'est la même chose qu'une blessure ou une maladie physique. Les amener à reconnaître que la maladie mentale est une forme comme les autres de maladie, c'est vraiment le seul moyen dont nous disposons pour faire avancer les choses et éliminer ces obstacles.

Nous le constatons. Ça se passe. Cela ne se fait pas vite. Depuis que j'ai commencé à pratiquer la médecine, dans les années 1990, il y a eu un changement énorme au chapitre de l'attitude que les gens adoptent lorsqu'ils souffrent d'une maladie mentale. Ils sont beaucoup plus disposés à consulter dans de tels cas. C'est ce que j'ai constaté, en tout cas, chez les militaires.

• (1705)

M. Chris Alexander: Est-ce que nous pourrions, à titre de membres du Parlement ou du gouvernement, jouer un rôle à l'extérieur des Forces canadiennes dans le but de créer un environnement public où il s'exercera une certaine pression, une pression bienveillante, pour que l'on accepte cela et que l'on reconnaisse que les militaires ont besoin de participer à ces programmes une fois qu'il a été établi que c'était essentiel à leur bien-être?

Col Scott McLeod: Je crois que cela dépasse la capacité du gouvernement. C'est une chose que tous les chefs de file du Canada peuvent faire, parler de la maladie mentale, reconnaître qu'il s'agit d'une blessure ou d'une maladie comme une autre et reconnaître qu'elle a des répercussions. Elle a des répercussions financières énormes. Elle a un impact majeur sur les gens, sur leur rendement au travail, sur leur famille.

Il faut que nous tous, en tant que membres d'une société, reconnaissons que c'est un aspect de la société. C'est un problème qui peut être traité. Nous devons continuer à investir dans les différents types de traitements et de thérapies dont nous parlons ici aujourd'hui. Nous devons être ouverts d'esprit quant à la façon dont cette étude doit se poursuivre et faire avancer les choses dans ce domaine.

M. Chris Alexander: Nous sommes enchantés de vous recevoir ici ensemble. Cela nous donne une idée de la diversité des traitements qui peuvent être offerts.

Mais est-ce que nous en faisons assez, à l'autre bout du spectre? Les blessures psychologiques sont depuis des temps immémoriaux indissociables du combat et de l'expérience des militaires. Est-ce que nous offrons aux membres des forces terrestres, aériennes et navales une préparation suffisante, à l'étape du recrutement et de la formation, pour qu'ils résistent bien, qu'ils sachent à quel moment ils doivent demander un traitement et qu'ils évitent dans la mesure du possible les blessures? Les taux varient selon les populations; ils sont liés au niveau de préparation et à la façon dont ils abordent l'expérience.

Col Scott McLeod: Nos résultats sont bien meilleurs qu'avant. J'ai mentionné à quelques reprises, cet après-midi, la trousse de formation En route vers la préparation mentale et la trousse de formation en résilience. Cette formation devient obligatoire à toutes les étapes du perfectionnement professionnel des membres des FC. Nous obtenons de très bons résultats. Nous menons des études pour connaître leur incidence en nous intéressant même à la réussite dans les autres programmes de formation et à la façon dont les membres résistent aux facteurs de stress quotidiens liés à la formation de base et aux autres niveaux de formation. Nous sommes très optimistes.

La GRC nous a approchés, elle cherche un programme semblable. La Police provinciale de l'Ontario a fait la même chose. La Commission de la santé mentale a communiqué avec nous au sujet d'un programme semblable.

À mesure que nous offrirons ce type de formation à des populations plus importantes, nous continuerons à l'améliorer. Nous avons un programme solide, mais nous devons continuer à apprendre et à l'améliorer.

Le président: Merci.

Il reste une dernière série de cinq minutes. Nous commençons par M. Norlock.

M. Rick Norlock (Northumberland—Quinte West, PCC): Je vais passer mon tour au profit de Mme Gallant. S'il vous plaît.

Le président: Madame Gallant, vous avez la parole pour cinq minutes.

Mme Cheryl Gallant: Merci, monsieur le président.

Mme Hull a indiqué que la première étape du traitement du TSPT consiste à stabiliser le patient, à le ramener sur terre, pour ainsi dire.

Colonel McLeod, j'ai reçu dans mon bureau des soldats qui avaient consommé tellement de médicaments qu'ils en avaient perdu toute capacité. Ils venaient tout juste de franchir cette étape-là. Outre les médicaments d'ordonnance, quelles formes de traitement utilisez-vous actuellement pour aider les soldats blessés, victimes du stress opérationnel, à sortir de cette première phase?

Col Scott McLeod: Je crois que vous feriez mieux de poser cette question à notre psychiatre principal, qui connaît les différentes formes de traitement.

En général, nous préférons utiliser une approche multidisciplinaire en matière de soins, ce qui suppose une part égale de psychothérapie et de pharmacothérapie. Il m'est évidemment impossible de commenter des cas individuels que vous connaissez peut-être, mais nous essayons de mobiliser des intervenants de quatre disciplines, à savoir des travailleurs sociaux, des psychologues, des infirmières en santé mentale et des psychiatres. En réalité, la pharmacothérapie ne devrait jouer qu'un rôle relativement mineur. La plus grande partie du travail se fait grâce aux types de traitements dont nous avons parlé aujourd'hui

• (1710)

Mme Cheryl Gallant: Existe-t-il d'autres types de traitements plus dynamiques, qui supposent autre chose que de s'asseoir dans une pièce et de parler un certain temps, puis d'attendre une semaine ou un mois avant la séance suivante? Est-ce que c'est comme ça que cela fonctionne, généralement, dans un groupe multidisciplinaire?

Col Scott McLeod: Encore une fois, je suis omnipraticien de formation, et à ce titre, je ne proposerais pas la même chose que ce que nos équipes multidisciplinaires proposent dans nos centres de soins pour trauma et stress opérationnels. Je crois que nous pourrions peut-être demander l'opinion d'une experte, Marie Josée, qui a fait partie de notre équipe de travailleurs sociaux à Petawawa.

Mme Marie Josée Hull: J'ai travaillé là pendant un an, en effet. Je ne peux parler que de ce que j'ai vu dans le cadre de mon travail. Je faisais partie de l'équipe de santé mentale de Petawawa. Cette équipe comprend des psychologues, des psychiatres, des conseillers en toxicomanie, des travailleurs sociaux et des professionnels de la santé mentale. Généralement, tous les membres de l'équipe travaillent de concert.

Mon rôle, en tant que travailleuse sociale, consistait à accompagner le client dans les trois étapes du traitement du traumatisme, mais nous avons besoin de l'aide d'un psychiatre, qui lui trouvait une bonne combinaison de médicaments. En outre, en cas de problèmes de toxicomanie, on lui offrait aussi des services d'aide.

Il arrive qu'un militaire rencontre une personne deux fois par semaine, mais les thérapies que nous offrons à Petawawa se déroulent dans le cadre d'un bureau. Nous nous rencontrons dans un bureau. Les patients se présentent au centre de soutien des guerriers.

Mme Cheryl Gallant: Madame Hull, madame Vandergragt, est-ce que vous vous êtes adressées à des organismes comme Wounded Warriors ou le programme Sans limites, ou est-ce que ces organismes se sont adressés à vous pour discuter d'une autre forme de financement pour le traitement des soldats ayant un TSPT?

Mme Alison Vandergragt: Non, pas directement. J'ai travaillé avec deux ou trois organismes qui ont essayé de créer un tel lien, mais je constate que je m'attendais vraiment à ce que ce soit eux qui prennent les mesures nécessaires pour établir ce lien. Les organismes sont absolument surchargés de travail, à l'heure actuelle, et le temps d'établir ce lien... Mon mandat consiste donc en partie à tenter de créer moi-même ce lien. C'est ce que je suis en train de faire. Personne ne s'est adressé à nous.

Je crois que tout ce que nous faisons traditionnellement avec ces organismes doit être fait par le truchement d'un organisme, mais, à l'heure actuelle, j'estime que ce lien... Quelqu'un vient me dire qu'il va communiquer avec Wounded Warriors, par exemple, puis je n'en entends plus parler; je fais un suivi, et on me dit que cela s'en vient. Je crois que l'un de mes objectifs sera d'aller moi-même établir un lien avec ces organismes.

Mme Cheryl Gallant: Madame Hull, puisque vous avez travaillé comme travailleuse sociale à Petawawa et que vous vous occupez des blessures liées au stress opérationnel, pourriez-vous me dire si vous avez noté une différence — je crois que M. Chisu en a parlé — entre différents types de blessures liées au stress opérationnel ou entre leurs symptômes, selon que le soldat revient d'une mission dans la poche de Medak ou en Afghanistan?

Une voix: [Note de la rédaction: inaudible]

Mme Marie Josée Hull: Malheureusement, je suis incapable de répondre à cette question, car je n'y ai travaillé qu'une année. Pendant cette année-là, j'ai travaillé principalement avec des gens qui revenaient d'Afghanistan.

Mme Cheryl Gallant: Selon votre expérience de ces soldats et ce que vous savez des besoins au chapitre du traitement, pourriez-vous dire s'il existe un moyen de savoir si une personne donnée aurait par rapport à une autre une propension à être victime d'une blessure liée au stress opérationnel?

Mme Marie Josée Hull: Selon mon expérience strictement personnelle, il est très difficile de dépister ces cas à l'avance. J'ai constaté que, parfois, des soldats qui ont déjà subi un traumatisme présentent toutes les qualités requises pour exercer leur métier — ils ont acquis des habiletés d'adaptation qui feront d'eux d'excellents soldats. Cela dit, s'ils ont subi seulement un traumatisme de trop, cela peut être la goutte qui fait déborder le vase, et altérer leur pensée et la rendre rigide à un point tel qu'ils seront incapables de s'améliorer, mais ils n'en demeurent pas moins de très bons soldats. En outre, un tel dépistage est difficile parce que l'on peut également être en présence d'une personne qui a reçu une éducation très normale et qui, malheureusement, vivra toutes sortes de choses auxquelles elle ne réagira pas bien.

Il est difficile d'effectuer un dépistage préliminaire. À mon avis, il y a certaines choses que l'on peut examiner, mais il est difficile de dire oui à une personne et non à une autre. Est-ce que cela répond à votre question?

• (1715)

Le président: Le temps est écoulé. Merci.

Il nous reste du temps pour une dernière série de questions de chaque parti. Nous allons commencer avec M. Harris, du NPD.

M. Jack Harris: Merci.

Merci de vos exposés d'aujourd'hui.

Colonel McLeod, je crois que nous allons devoir vous inviter de nouveau à vous présenter devant le comité, car notre étude porte sur les spécialistes de la santé en général, mais aujourd'hui, nous avons décidé à tout le moins de nous pencher sur les idées des deux autres témoins ici présents.

La réponse que vous avez fournie à Mme Gallant a fait surgir une question dans mon esprit. Vous avez reçu une formation de médecin de famille. J'ai examiné votre curriculum vitae et les autres documents vous concernant. Est-ce que les psychiatres et les autres intervenants du genre font partie de la structure des Services de santé des FC? Est-ce qu'ils relèvent de ces services, ou est-ce qu'ils sont placés sous l'autorité d'une autre forme de structure?

Je ne veux pas remettre en question vos titres de compétence, mais je ne vois rien dans les documents dont je dispose qui indique que vous avez une expérience en santé mentale ou que vous avez mené des travaux spécialisés dans ce domaine. Pouvez-vous m'expliquer le fonctionnement de cette structure, c'est-à-dire le rôle que vous jouez et celui que jouent les personnes qui fournissent les services?

Col Scott McLeod: Oui. C'est une excellente question.

Tout d'abord, un médecin de famille reçoit une formation non négligeable en santé mentale. Cependant, en l'occurrence, en tant que directeur des services de santé mentale, je suis responsable de l'ensemble des programmes. Les cliniques qui dispensent les soins relèvent des gestionnaires de cliniques qui supervisent nos cliniciens sur le terrain. Nous avons un psychiatre principal, le colonel Rakesh Jetly, qui est notre conseiller et à qui il incombe de veiller à ce que les traitements que nous dispensons sont appropriés, à jour et fondés sur des données probantes.

Ma responsabilité consiste davantage à administrer l'ensemble du programme proprement dit, à faire en sorte que nous dispensions les soins aux endroits requis. Il m'incombe de superviser l'exécution globale du programme.

M. Jack Harris: D'accord. J'aimerais que vous vous présentiez de nouveau devant le comité de manière à ce que nous puissions examiner d'autres éléments de la prestation des soins de santé mentale. Nous avons beaucoup d'autres questions à poser à ce sujet.

Vu que je ne pense pas qu'ils se présenteront de nouveau ici, j'aimerais dire aux autres témoins qu'ils nous ont convaincus qu'il y a quelque chose à faire en ce qui a trait aux types de services qui sont offerts. M. McKay a suggéré la mise sur pied d'un projet pilote ou de quelque chose du genre; si vous donnez suite à cette recommandation, quelle forme pourrait prendre ce projet pilote? Par exemple, si une demande de propositions est lancée, ou si l'on a le désir de mener un projet pilote, est-ce que vous ou d'autres personnes seriez en mesure de présenter un plan où vous définiriez le contenu et l'objectif d'un tel projet? S'agit-il d'une chose que vous pourriez faire dans l'immédiat, ou d'une tâche que vous devriez déléguer à quelqu'un d'autre?

Mme Marie Josée Hull: Vous parlez de nous?

M. Jack Harris: Est-ce que vous feriez cela vous-même, ou en partenariat avec d'autres personnes, ou d'une quelconque autre façon...?

Mme Marie Josée Hull: À coup sûr, je serais tout à fait intéressée à mener un tel projet. Je crois que Alison serait également très intéressée.

Au moment de prendre en charge des soldats, j'aime aussi pouvoir compter sur la collaboration des gens des services de santé mentale de Petawawa; assurément, j'aime obtenir leur appui, car j'estime que

nous ne pouvons pas travailler en vase clos lorsque nous avons affaire à des militaires qui ont beaucoup de problèmes et ont peut-être fait l'objet de multiples diagnostics. Il s'agit sans aucun doute d'une possibilité que j'adorerais étudier, mais une telle initiative exigerait le soutien et l'aide des services de santé mentale des bases.

Mme Alison Vandergragt: Si vous le permettez, j'aimerais prendre un instant pour ajouter quelque chose à ce que Marie Josée a dit. J'aimerais revenir sur la Canadian Foundation for Animal Assisted Support Services. Cet organisme est prêt à créer une organisation qui regrouperait une multitude de praticiens et de praticiennes comme moi qui mènent leurs petits programmes chacun dans leur coin. Un tel regroupement permettrait d'accroître la cohérence des programmes, et probablement de les rendre plus efficaces, car cela nous permettrait de travailler en collaboration au moyen de pratiques communes en vue de réaliser des objectifs communs. Si cette organisation pouvait jeter les fondements d'un tel regroupement et procurer un cadre à nos activités, je crois que cela contribuerait énormément à la réussite d'un projet pilote.

Le président: Merci.

Nous allons maintenant entendre M. McKay, du Parti libéral.

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

Comme M. Harris l'a mentionné, notre discussion a été intéressante et fascinante, et je vous en remercie.

J'ai réfléchi à ce que vous avez dit, colonel McLeod, à propos de la distinction entre maladie et blessure. Je dois dire que, parfois, il est assez difficile de les différencier. Je me demande simplement s'il s'agit d'une distinction terminologique visant à rendre le problème plus facile à accepter pour un soldat et à l'encourager à suivre une thérapie.

Par exemple, je crois que des ouvrages sérieux soutiennent l'idée selon laquelle la consommation de marijuana peut provoquer chez quelques hommes d'un certain âge un épisode psychotique aboutissant à un trouble de santé mentale. Je n'en sais rien, mais je suppose que les soldats qui subissent un traumatisme vivront un épisode psychotique, lequel débouchera sur un diagnostic de trouble de santé mentale.

J'en arrive à ma question. Elle est un peu vague, et je m'en excuse. La distinction entre maladie et blessure est-elle réelle? S'agit-il en quelque sorte d'une distinction fictive qui vous permet d'encourager une personne à s'occuper davantage de ses besoins thérapeutiques?

• (1720)

Col Scott McLeod: Eh bien, c'est une bonne question. Comment définit-on une blessure, et comment définit-on une maladie? Le trouble de stress post-traumatique est une maladie qui découle d'un événement traumatisant vécu par une personne. Si une personne vit un événement traumatisant et qu'elle se fracture une jambe, nous estimons qu'elle a subi une blessure; elle a été exposée à un événement traumatisant, et cela a également occasionné une blessure psychologique.

Que l'on définisse cela comme une maladie ou une blessure n'y change pas grand-chose, à mon avis. Toutefois, si cela permet aux gens d'accepter ce qu'ils ont subi, de se présenter à un thérapeute et de recevoir hâtivement un traitement, c'est utile. Si le fait d'employer un terme plutôt qu'un autre incite une personne à décider rapidement de suivre une thérapie, je suis tout à fait favorable à cela.

L'hon. John McKay: Je constate que beaucoup de gens vous approuvent d'un signe de la tête. Je n'ai pas de problème avec ce que vous dites — je me disais simplement que, parfois, on ne peut vraiment pas faire la différence entre les deux.

Ma deuxième question concerne l'énorme pression que subissent les militaires sur le plan financier. La réalité, c'est que les budgets vont être réduits de manière assez substantielle.

J'imagine que cela vous met dans une position très délicate. Un soldat doit pouvoir être déployé, et il doit répondre à certaines normes, et son unité doit comporter un certain nombre de personnes disponibles. Je suppose que l'une des options en matière de rationalisation consiste à se débarrasser des soldats blessés en les envoyant dans une autre unité ou à faire en sorte qu'ils quittent l'armée. Est-ce que la pression extraordinaire qui s'exerce actuellement sur l'armée se répercute sur vous?

Col Scott McLeod: Nous n'avons constaté aucune sorte de pressions extraordinaires. Nous avons bénéficié d'un énorme soutien au moment de nous occuper de toute personne qui a subi une quelconque forme de blessure ou est atteinte d'une quelconque forme de maladie.

La présence des CISP sur les bases permet à une personne affectée à une unité de conserver son poste tout en suivant une thérapie. Cette unité peut demander à quelqu'un d'autre de remplacer cette personne et d'assumer ses tâches quotidiennes, mais la personne a la possibilité de suivre un traitement pour se rétablir et de retrouver ensuite son poste au sein de l'unité.

Pour aider les gens à se rétablir, nous les inscrivons sur la liste des personnes qui reçoivent des soins médicaux de manière à ce que leurs tâches soient restreintes; ces gens peuvent perdre leur poste, mais nous voulons qu'ils le reprennent. Nous les avons formés, nous avons investi beaucoup d'argent dans leur formation, et nous voulons les conserver. Nous voulons faire tout notre possible pour qu'ils reprennent leur poste. Il s'agit de la manière la plus rentable et la plus efficiente de traiter ces cas, et c'est donc ce que nous tentons de faire. Nous n'avons pas subi la moindre pression pour que nous agissions différemment.

Le président: Merci.

Nous allons devoir passer à un autre intervenant.

Monsieur Chisu, à vous de poser la dernière question du Parti conservateur.

M. Corneliu Chisu: Colonel McLeod, de quels mécanismes disposez-vous pour surveiller et évaluer le taux de réussite de vos politiques et de vos programmes? Comment vous y prenez-vous pour déterminer si vos programmes et vos politiques donnent de bons résultats? Que faites-vous pour mesurer cela?

• (1725)

Col Scott McLeod: C'est une excellente question. Dans le cadre du projet Rx 2000, nous venons tout juste de terminer la mise en oeuvre de ce que nous considérons comme notre programme en

matière de santé mentale, et nous sommes en train d'entreprendre une validation de ce modèle afin d'examiner une gamme de mesures permettant d'évaluer les résultats.

En outre, nous envisageons de mettre en place un outil de mesure des résultats pour examiner la manière dont nos patients réagissent à divers traitements. Si un patient réagit mal, nous pouvons réexaminer son dossier, trouver les autres mesures que nous pouvons prendre pour l'aider et recommencer à lui administrer des traitements. Si une personne se porte mieux que prévu et n'a plus besoin de recevoir des traitements aussi intensifs que ceux que nous lui administrons, nous pouvons affecter les ressources économisées pour aider les personnes qui ont peut-être besoin d'un plus grand nombre de traitements. Nous sommes assurément en train d'examiner une multitude de moyens de valider ce que nous faisons et de nous assurer que cela est approprié.

Le président: Merci.

Colonel McLeod, je vais vous donner quelques devoirs à faire. Je vais vous demander de transmettre au comité la réponse à quelques questions qui vous ont été posées. Il serait utile pour nous d'obtenir ces renseignements. M. Harris vous a demandé de lui indiquer la répartition par catégories des 378 employés à temps plein des services de santé mentale. En outre, Mme Moore vous a posé une question à propos de l'accès à ces services des réservistes vivant dans des collectivités isolées du Canada, et M. Brahmî vous a demandé de lui dire quelle proportion des fournisseurs de soins de santé mentale du ministère relève du personnel civil, et quelle proportion relève du personnel militaire.

Au nom des membres du comité, je tiens à vous remercier tous les trois d'avoir participé à notre étude, qui porte sur une question très importante et très opportune que nous prenons tous très au sérieux. Je vous remercie de vous consacrer à contribuer au rétablissement des hommes et des femmes qui ont bravement servi le pays et qui composent avec le stress découlant des blessures qu'ils ont subies dans le cadre de leurs fonctions.

Je suis particulièrement reconnaissant à Mme Hull et à Mme Vandergragt d'être venues ici aujourd'hui et d'avoir parlé du recours aux animaux — surtout à cette bête majestueuse qu'est le cheval — au moment d'aider nos militaires à recouvrer la santé, à être plus fonctionnels au sein de leur famille et à être en mesure de surmonter le stress qu'ils ont subi.

Colonel McLeod, je suis certain que nous allons nous revoir. Peut-être même la semaine prochaine, d'après ce que je crois comprendre.

Sur ce, je suis prêt à recevoir une motion d'ajournement.

Une voix: J'en fais la proposition.

Le président: La séance est levée.

POSTE  MAIL

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

Poste-lettre

Lettermail

**1782711
Ottawa**

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à :
Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5*

*If undelivered, return COVER ONLY to:
Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5*

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.

On peut obtenir des copies supplémentaires en écrivant à : Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5
Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943
Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

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.

Additional copies may be obtained from: Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5
Telephone: 613-941-5995 or 1-800-635-7943
Fax: 613-954-5779 or 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

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