



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la défense nationale

---

NDDN



NUMÉRO 060



1<sup>re</sup> SESSION



41<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le jeudi 6 décembre 2012**

**Président**

**M. James Bezan**



## Comité permanent de la défense nationale

Le jeudi 6 décembre 2012

• (1535)

[Traduction]

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

Bonjour à vous tous.

Je veux m'assurer qu'on respecte l'horaire à la lettre parce que nous avons beaucoup de pain sur la planche aujourd'hui.

Bienvenue à la séance numéro 60. Nous poursuivons notre étude des soins offerts aux membres des Forces canadiennes malades ou blessés.

Aujourd'hui, nous accueillons deux membres des Forces, Bill Nachuk et Geoffry Logue, qui comparaissent à titre personnel. Je tiens à vous souhaiter à tous les deux la bienvenue parmi nous. Je vais vous laisser vous présenter. Nous sommes très intéressés par votre expérience au sein des FC et avec vos chiens d'assistance psychiatrique.

Cela dit, je cède la parole à Bill. La parole est à vous, monsieur.

**Caporal-chef Bill Nachuk (à titre personnel):** Bonjour, monsieur le président. Merci de me donner l'occasion de vous parler et de m'adresser aux membres du comité aujourd'hui.

Je suis le caporal-chef Nachuk. Je me suis joint à la Force régulière en 1996. Je suis transmetteur de métier, et j'ai donc eu l'occasion d'être déployé et de travailler dans différentes unités au sein de l'armée.

J'ai accumulé plusieurs périodes de service. J'ai été affecté au plateau du Golan, et j'ai travaillé des deux côtés, en Syrie et en Israël. J'ai accumulé trois périodes de service en Bosnie et en Afghanistan. Je suis de retour depuis septembre 2008. Je suis revenu de ma dernière période de service en Afghanistan avec le 2 PPCLI.

Je ne sais pas vraiment par où commencer. J'ai beaucoup de choses à vous dire.

Environ un an après mon retour d'Afghanistan, en juillet 2009, je me suis mis à vraiment mal aller. C'est à ce moment-là que j'ai été frappé de plein fouet par les symptômes de ce qui a par la suite été diagnostiqué comme un TSPT. J'ai été transporté à l'urgence le 29 juillet 2009, après une première tentative de suicide. C'est à ce moment-là que j'ai commencé à rencontrer des professionnels de la santé mentale à la BFC Shilo. Ils m'ont fait passer des tests, et ont constaté que j'étais victime de ce qu'ils appellent des TSO, des traumatismes de stress opérationnel. Ça inclut un trouble dépressif majeur diagnostiqué, un TSPT et des problèmes d'anxiété et de maîtrise de la colère.

En six mois, j'ai été transporté quatre fois à l'urgence en raison de menaces ou de tentatives de suicide. Quand j'ai commencé à travailler avec le personnel de l'unité des soins de santé mentale de la base, il m'a fallu quelques mois avant de pouvoir les rencontrer. Ensuite, quand j'ai été référé à la clinique de traitement des TSO, au

Centre Deer Lodge, à Winnipeg, ça a pris quelques mois avant que je puisse voir quelqu'un. C'est à ce moment-là que j'ai subi mon évaluation initiale. Les responsables cliniques se sont demandé s'ils devaient me prendre comme patient. Environ une semaine plus tard, ils ont décidé de le faire, mais j'ai dû attendre plusieurs mois avant d'obtenir un premier rendez-vous. En tout, il s'est écoulé environ six mois entre le moment où on m'a référé au centre Deer Lodge et le début de mes traitements avec des psychiatres et des spécialistes civils.

Durant cette période, j'ai rencontré M. George Leonard, à l'automne de 2010, en plein coeur de mon traitement. Je l'ai rencontré, parce que les médecins qui traitaient mes TSO ont commencé à me parler de chiens. Je leur disais que je n'avais pas de chien, mais que je me sentais plus détendu quand mon ami venait à la maison avec son chien. On a ainsi pu parler des bienfaits des chiens. J'ai rencontré George, je me suis informé au sujet du programme et j'ai décidé par moi-même d'y participer, sachant que j'avais besoin d'aide et d'outils supplémentaires en plus de ma thérapie et des médicaments.

J'aimerais lire une lettre de mon médecin, qui explique un peu en quoi le chien m'a réellement aidé à ce moment-là. La lettre est datée du 14 mai 2012, un peu après la fin de mes traitements. Ça va comme suit:

Le caporal-chef Nachuk a suivi une psychothérapie pour traiter son état de stress post-traumatique et un trouble dépressif majeur du 27 août 2010 au 1<sup>er</sup> juin 2011, à la Clinique de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel à Winnipeg, au Manitoba. Durant la thérapie, le caporal-chef Nachuk a rencontré son chien Gambler. Ils se sont inscrits au Elite Service Dog Program de la Manitoba Search and Rescue Association (MSRA).

Un important aspect de la thérapie du caporal-chef Nachuk était de lutter activement contre sa tendance à éviter les situations sociales et d'acquérir des compétences lui permettant de maîtriser ses émotions. À l'aide de son chien Gambler, le caporal-chef Nachuk a réussi à faire ses exercices thérapeutiques, soit se placer de lui-même dans des situations qui le rendaient anxieux. Gambler a atténué le besoin d'hypervigilance du caporal-chef Nachuk en lui procurant un sentiment de protection. La présence de Gambler a aidé à réduire les réactions affectives intenses du caporal-chef Nachuk relativement à certains éléments déclencheurs en facilitant [...] un processus de réflexion plus souple qui permettait au caporal-chef de remettre en question ses réactions émotives grâce à des réflexions mieux adaptées. Le fait d'avoir à prendre soin de son chien Gambler a redonné au caporal-chef Nachuk un sentiment d'avoir un but et a augmenté son niveau de motivation. En plus de bénéficier d'une diminution de l'intensité de ses symptômes, le caporal-chef [Nachuk] a affiché une meilleure confiance en soi et était de meilleure humeur.

Je recommande tout à fait aux personnes de créer une relation avec un chien d'assistance psychiatrique pour les aider à atteindre les objectifs de leur thérapie et à conserver les gains réalisés durant la thérapie.

C'est une lettre de mon thérapeute, Chris Enns, de la clinique de traitement des TSO, à Winnipeg.

J'ai aussi donné au greffier plusieurs déclarations indépendantes. Tout récemment, j'ai pu assister à un cours de formation professionnelle à Kingston avec Gambler à mes côtés. Je n'aurais pas été capable d'assister au cours s'il n'avait pas là.

Vous pouvez aussi consulter ces déclarations.

J'ai commencé à réfléchir au fait qu'avoir un chien pouvait m'aider un peu après avoir lu des documents sur les chiens et l'aide qu'ils peuvent fournir. Je sais que, depuis un certain nombre d'années maintenant, les Britanniques et les Américains utilisent des chiens pour aider leurs soldats. Selon moi, les médicaments permettent d'engourdir les sensations liées au TSPT, mais le chien aide vraiment à guérir. Il nous oblige à engager la conversation. Il nous force à nous lever le matin pour sortir, parce qu'il faut prendre soin de lui. Grâce à notre chien, on arrête de penser à soi. Plusieurs d'entre vous pensent peut-être que le fait d'avoir un chien attire davantage l'attention sur soi lorsqu'on est à l'extérieur, mais ce n'est pas le cas. Quand on sort seul, on a l'impression que tout le monde nous regarde et nous observe, mais quand on sort avec un chien, les gens regardent automatiquement le chien, et on constate et entend beaucoup plus de remarques positives. Ça nous oblige à aller de l'avant, et on en retire aussi un sentiment de protection.

Avant d'avoir mon chien, je ne pouvais pas passer plus de 10 minutes au centre commercial. Pour ceux qui connaissent l'endroit, j'étais à Shilo, soit à environ une demi-heure de route de Brandon. Chaque fois que je devais aller faire l'épicerie ou n'importe quelle autre emplette quotidienne, je devais rouler pendant une demi-heure pour me rendre en ville. Je ne pouvais pas vaquer à mes occupations quotidiennes comme faire l'épicerie et acheter ma nourriture ou je ne sais quoi d'autre, parce que, après 10 minutes, j'avais des accès de colère.

Je vais toujours me souvenir d'un événement précis. J'ai vu un enfant âgé de cinq ou six ans peut-être; il était dans la sections des bonbons en vrac. Il avait la bouche pleine de bonbons. J'ai perdu la tête. Je lui ai demandé en criant si ça goûtait bon. Je ne pensais qu'aux règles et à la sécurité. Où sont tes parents? Pourquoi as-tu fait ça? C'est de cette façon que je me mettais en colère. Le fait d'être avec Gambler m'a libéré de tout ça. Ça m'a permis de me détendre.

Quand j'ai mentionné aux médecins de la base que je voulais trouver un chien, on m'a dit: « Tu as de la difficulté à prendre soin de toi. Comment vas-tu pouvoir prendre soin d'un chien? » Je me suis senti encore plus dénigré. Et, en fait, c'est le chien qui prend soin de moi, pas le contraire.

Quand j'ai commencé à travailler avec le chien, c'était quelque chose de nouveau au sein des FC, et j'ai eu mon lot de difficultés sur la base. On m'a menacé de me libérer pour des raisons médicales. On m'a dit de communiquer avec l'UISP pour voir s'il y avait une place pour moi et si j'étais accepté. Lorsque j'ai refusé de le faire, on m'a à nouveau fait venir au bureau, et on m'a réprimandé parce que je n'avais pas communiqué avec l'UISP pour voir s'il y avait une place pour moi.

Ce n'est pas au soldat de le faire, c'est au commandement d'essayer de placer un soldat, ce n'est pas le travail du soldat. J'avais l'impression que j'étais pénalisé et isolé parce que je voulais utiliser cet autre outil pour m'aider et assurer mon mieux-être. Il fallait que je prenne soin de moi.

Mon père m'a toujours dit de faire attention à moi.

Eh bien, en 2010, alors que j'avais quasiment été libéré de l'armée, j'ai pu commencer à travailler avec mon chien. J'ai été affecté à Gagetown, où, en 2012, à la fin du cours, j'ai terminé parmi les 10 premiers, sur 187 caporaux-chefs de la Force régulière.

Ce que j'essaie de vous dire, c'est qu'il ne faut pas perdre espoir dans le cas des soldats qui ont des problèmes de TSPT. Ils ne sont pas de l'histoire ancienne. Il faut leur offrir le plus d'occasions possible. Nous nous battons pour notre pays, et j'espère vraiment que

le pays se battra pour nous et nous donnera tout simplement cet autre outil dont nous avons besoin.

● (1540)

Un membre m'a envoyé un courriel après la diffusion du reportage à l'émission W5. Il y décrivait le coût de ses médicaments. En une année seulement, ça lui coûte près de 24 000 \$. Pour le mois d'octobre 2012 seulement, il en a eu pour 4 000 \$. Des 24 000 \$, environ 18 000 \$ sont payés par notre régime d'assurance-collective. Je ne sais pas qui paye le reste. Ce que nous demandons, et ce que j'aimerais voir, c'est une annonce publique des FC pour dire qu'elles appuient ce programme. D'ici là, je crois vraiment qu'il y aura beaucoup d'autres membres qui auront peur de s'exprimer. Je le sais, parce que ça m'est arrivé. Beaucoup de monde est venu nous voir pour ça. Il faut leur montrer que nous les appuyons.

Je vous demande, s'il vous plaît, de nous donner tous les outils dont nous avons besoin.

Merci, monsieur le président.

● (1545)

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

Monsieur Logue, c'est votre tour. La parole est à vous.

**M. Geoffrey Logue (à titre personnel):** Bonjour, monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du comité.

Je suis le bombardier Geoff Logue. Je suis actuellement affecté à l'Unité interarmées de soutien du personnel, à Shilo. Précédemment, j'avais servi au sein du 1<sup>er</sup> régiment du Royal Canadian Horse Artillery. Je sers dans les Forces canadiennes depuis le 15 mai 2003. J'ai participé à l'Opération Athena, j'étais de la cinquième rotation de la Force opérationnelle 1-08, en Afghanistan. J'ai servi au sein de l'équipe provinciale de reconstruction. Ma période de service a été très difficile, c'est le moins qu'on puisse dire.

Je suis revenu et je n'arrivais pas à sortir de chez moi. Je ne pouvais pas aller à l'épicerie. Je devais demander à mon épouse de le faire à ma place, parce que je n'arrivais même pas à mettre les pieds dehors. J'étais trop terrifié par les gens autour.

Je suis revenu de mon affectation sur un vol civil. J'ai été rapatrié au Canada sur un vol civil. Je n'ai eu aucune période pour décompresser. Ma période de décompression, je l'ai passée au Boston Pizza, à Portage la Prairie, au Manitoba. On m'a remis un titre de permission et on m'a dit que j'avais deux mois de congé. Je n'ai bénéficié d'aucun soutien. Il n'y avait personne que je pouvais aller voir.

Depuis mon retour, je suis allé dans six centres de traitement. J'ai passé plus d'un an en centre de traitement dans une aile psychiatrique. J'ai fait vivre beaucoup de stress à ma famille et à mes amis. J'ai tenté de me suicider trois fois, dont une fois, l'année dernière, quand j'ai fait une surdose après avoir consommé une grande quantité de somnifères. J'ai été sous respirateur artificiel dans une unité de soins intensifs pendant une semaine. Mon épouse s'est accrochée et a été à mes côtés tout ce temps-là.

L'année dernière, j'ai acheté un chien d'assistance, Luna, dans une animalerie, à Brandon, au Manitoba. Elle avait seulement huit semaines. Je ne m'étais pas rendu compte de toutes les répercussions que pouvait avoir un chien avant de commencer à m'entraîner et à travailler avec M. Leonard, du programme Search and Rescue Manitoba. Depuis que je participe à ce programme... ça m'a fait un bien fou. Je peux maintenant sortir de la maison sans avoir peur.

Mon parcours professionnel militaire a été très difficile, mais j'ai toujours fait du mieux que je pouvais. J'ai toujours essayé de donner le meilleur de moi-même.

Je vais être libéré des Forces canadiennes pour des raisons médicales. J'attends actuellement de recevoir un document, qui m'apprendra la date de ma libération. On m'a dit que ça pouvait être dans six mois ou dans 30 jours, dans deux ou trois ans; mais ce n'est pas mon choix.

Personnellement, je ne pense pas que je suis prêt à être libéré. Il me reste beaucoup de travail à faire. Maintenant que je commence à aller mieux, j'aimerais pouvoir continuer à servir dans l'armée. Je ne veux pas qu'on m'abandonne. L'armée, c'est tout ce que j'ai connu. Je me suis joint aux FC à 18 ans.

Quand je suis revenu de mon affectation, je prenais une très grande quantité de médicaments, un plein sac. J'en prenais tellement que je ne savais plus où j'étais rendu. Mon esprit était troublé, j'étais dans le brouillard. J'étais comme un zombie.

● (1550)

J'ai obtenu un soutien incroyable du personnel de l'Unité interarmées de soutien au personnel de Shilo. En fait, ce sont des employés de l'Unité qui m'ont parlé de M. Leonard et du programme, et c'est à ce moment-là que j'ai communiqué avec lui.

Il faut faire quelque chose. Nos soldats se suicident. Ça n'a pas de bon sens. Anciens combattants Canada accepte de payer des chiens-guides aux soldats qui en ont besoin, mais ne veut pas payer pour les chiens d'assistance psychiatrique. Monsieur le président, je vous implore, vous et les membres du comité: veillez à ce qu'on nous fournisse du financement et à ce que le ministère de la Défense nationale et Anciens combattants Canada reconnaissent ce programme afin qu'on puisse sauver nos soldats. La guerre est peut-être finie, mais les combats font encore rage au sein de nos troupes, au pays et dans la tête des soldats.

Merci.

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

Je tiens à vous remercier tous les deux de vos témoignages honnêtes et francs. Vous avez servi avec bravoure en tant que soldats, et je veux tout simplement vous dire qu'il fallait beaucoup de courage pour venir ici et nous parler de ce que vous avez vécu et de vos luttes personnelles. Nous vous en sommes très reconnaissants; pour les services que vous avez rendus au pays, et aussi parce que vous avez accepté de nous parler de ce que vous avez vécu de façon à ce que nous puissions formuler de bonnes recommandations au gouvernement.

Cela dit, nous allons commencer le premier tour de questions, qui dure sept minutes.

Monsieur Harris, la parole est à vous.

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

Je veux vous remercier tous les deux d'être là aujourd'hui. Je crois que vous avez fait preuve de la bravoure et du courage auquel on s'attend des soldats et qu'on admire chez eux. Comme vous l'avez souligné, les difficultés sont différentes, et ce n'est pas le même champ de bataille, mais je sais que ce n'est pas facile de comparaître devant un comité comme le nôtre et de raconter ses histoires personnelles. Je tiens cependant à vous dire que je vous considère très certainement encore comme des soldats qui ont servi leur pays honorablement et qui méritent d'être bien traités en retour, parce que

nous vous le devons bien. Je crois que tous les membres du comité pensent comme moi. Merci d'être venu nous raconter vos récits.

J'ai quelques questions. J'ai déjà parlé avec des personnes qui affichaient un TSPT ou qui souffraient d'autres types de blessures psychologiques.

Caporal-chef Nachuk, vous avez mentionné un certain nombre de termes lorsque vous avez lu un extrait de la lettre. Si vous pouviez nous aider à ce sujet, nous aider à comprendre comment tout ça s'articule avec l'utilisation thérapeutique d'un chien, ça nous aiderait. La lettre indique que vous aviez des épisodes d'« hypervigilance », et que ces symptômes étaient corrigés ou atténués par la disponibilité et la présence du chien. La lettre indique aussi que le chien vous aidait à « réduire [vos] réactions affectives [...] relativement à certains éléments déclencheurs ».

Pouvez-vous nous dire ce que ça veut dire concrètement? Qu'est-ce que l'hypervigilance, et en quoi le chien aide-t-il? En quoi consistent des « réactions affectives [...] à certains éléments déclencheurs »? En quoi la présence du chien vous aide-t-elle, si c'est bien le cas?

● (1555)

**Cplc Bill Nachuk:** Oui, monsieur. Pour commencer, l'hypervigilance, c'est le fait de toujours être sur ses gardes. On regarde toujours autour de nous, on vérifie ce qui se passe. En fait, ça consiste à toujours être en état d'alerte. C'est lié aux éléments qui déclenchent des réactions affectives.

Par exemple, on peut être dans un centre commercial, et quelqu'un échappe une canette par terre. On entend le bruit sec, ça fait « bang ». On est hypervigilant parce qu'on observe toujours ce qui se passe autour de nous. La réaction affective aux éléments déclencheurs, c'est qu'on entend le bruit ou le coup ou quoi que ce soit, et on est surpris. Ça nous ramène dans le passé, à un moment où on a entendu un bruit semblable.

Au début, à mon retour, je suis allé jouer au golf. Près du terrain de golf, il y avait, curieusement, un champ de tir. Alors vous comprenez que je ne jouais pas au golf, j'entendais des coups de feu et ça me faisait revivre quelque chose. L'hypervigilance et les réactions affectives déclenchées, ça va ensemble. Est-ce que ça répond à votre...

**M. Jack Harris:** Et le chien a un impact là-dessus?

**Cplc Bill Nachuk:** Oui. Pour ce qui est de l'hypervigilance, je me concentre sur le chien. Je ne suis pas toujours en train de regarder autour pour voir ce qui se passe. Je me concentre sur le chien. Pour ce qui est des réactions affectives, le chien me procure un sentiment de protection. J'ai l'impression qu'il y a quelqu'un qui est là et qui surveille mes arrières, si je peux m'exprimer ainsi.

**M. Jack Harris:** S'il n'est pas excité, vous n'êtes pas excité?

**Cplc Bill Nachuk:** Oui, monsieur.

**M. Jack Harris:** Le chien réagirait s'il y avait un réel danger.

**Cplc Bill Nachuk:** Oui, monsieur. Ça me donne un sentiment de sécurité, et je sais qu'il y a quelqu'un qui surveille mes arrières, d'une certaine façon. Là-bas, il y a toujours quelqu'un qui surveille nos arrières.

**M. Jack Harris:** J'aimerais vous poser une question rapide. En plus de l'aspect positif dont vous avez très bien parlé, est-ce que le fait de devenir dresseur du chien pourrait aussi vous être bénéfique?

Par exemple, ça me fait penser à quelque chose que j'ai vu par hasard dans ma ville. Il y avait un groupe de personnes qui apprenait à dresser des chiens pour en faire des animaux de recherche au sol. Une femme de l'Alberta, experte en dressage, était venue pour aider et former ces personnes. Selon vous, la mise en place d'un programme qui vous permettrait de jouer un tel rôle, peut-être en vous permettant de suivre une formation ou de jouer un certain rôle avec le chien, en plus du fait que c'est votre chien de compagnie et un animal à vocation thérapeutique... mais une relation de ce genre pourrait-elle être bénéfique?

**Cplc Bill Nachuk:** Je suis heureux que vous me posiez cette question. En fait, monsieur, c'est ce que nous voulons. Notre objectif, dans un monde parfait, ce serait que M. Leonard — qui a gracieusement accepté de nous aider, Geoff, moi et peut-être d'autres personnes, bénévolement — nous donne une formation afin que nous puissions offrir le programme dans d'autres bases pour qu'on puisse aider d'autres soldats avec leur chien.

Encore une fois, c'est ma réponse à votre question. Oui, ce serait vraiment bénéfique. Il nous a offert ses services, et j'aimerais bien avoir l'honneur d'accepter son offre. C'est un peu comme redonner au suivant.

**M. Jack Harris:** Merci.

Bombardier Logue, merci de nous avoir raconté votre histoire. Je sais que c'est difficile de ressasser certains souvenirs. Lorsque vous étiez au sein de l'EPR, étiez-vous au camp Nathan Smith?

**M. Geoffry Logue:** Oui, monsieur, j'y étais. Pour commencer, de toute évidence, j'étais l'unique membre de la Force régulière au sein de l'équipe de coopération civile-militaire. Tout le monde se fiait à moi pour que tout se passe le mieux possible.

**M. Jack Harris:** C'est un endroit assez isolé de l'aérodrome de Kandahar. Certains membres du comité se sont rendus en Afghanistan et au camp Nathan Smith, et ils y sont allés en hélicoptère Black Hawk et tout ce qui vient avec.

Ça me trouble d'apprendre que vous êtes revenu au pays sur un vol civil — et quoi en plus, vous étiez seul?

**M. Geoffry Logue:** Oui, monsieur.

**M. Jack Harris:** Vous êtes sérieux?

**M. Geoffry Logue:** Oui, monsieur.

**M. Jack Harris:** Et il n'y avait aucune période de décompression ni aucune assistance en cours de route?

**M. Geoffry Logue:** Non, monsieur.

**M. Jack Harris:** C'est très troublant.

Pouvez-vous nous dire quand vous êtes revenu? Je sais que vous vous êtes joint à l'armée et que vous êtes allé en Afghanistan en 2003.

**M. Geoffry Logue:** Non, monsieur.

**M. Jack Harris:** Désolé. Vous vous êtes joint à l'armée en 2003. Quand êtes-vous revenu d'Afghanistan?

**M. Geoffry Logue:** J'ai servi en Afghanistan du 2 mars au 7 juillet 2008.

**M. Jack Harris:** Vous suivez des traitements depuis ce temps-là? Et vous avez par la suite travaillé avec l'UISP?

**M. Geoffry Logue:** Oui, monsieur.

**M. Jack Harris:** Depuis combien de temps travaillez-vous avec l'UISP?

**M. Geoffry Logue:** Depuis un peu plus d'un an, monsieur.

**M. Jack Harris:** Vous dites qu'on envisage de vous libérer pour des raisons médicales. Vous n'êtes pas content. Croyez-vous que vous pourriez continuer de servir dans l'armée au sein de l'UISP?

**M. Geoffry Logue:** Oui, monsieur. J'aimerais avoir l'occasion de redevenir un soldat. L'UISP est une unité pour les soldats malades ou blessés. Habituellement, quand on y est affecté, on est par la suite libéré pour des raisons médicales.

• (1600)

**M. Jack Harris:** Habituellement, les gens sont libérés pour des raisons... c'est une étape du processus de libération pour des raisons médicales, comparativement à...?

**M. Geoffry Logue:** Oui, monsieur.

**M. Jack Harris:** Aidez-vous directement des gens qui se tournent vers l'UISP pour obtenir un soutien? Est-ce que ça fait partie de votre travail?

**M. Geoffry Logue:** Monsieur, actuellement, mon travail, c'est d'être aux études pour parfaire mes études secondaires. Je crois que c'est important de le faire.

**M. Jack Harris:** Vous êtes un client...

**Le président:** Je suis désolé, monsieur Harris. Votre temps est écoulé.

**M. Jack Harris:** D'accord.

Mais vous êtes un client de l'UISP?

**M. Geoffry Logue:** Oui, monsieur.

**Le président:** Nous allons poursuivre. C'est le tour de monsieur Strahl.

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

Caporal-chef et Bombardier Logue, en toute honnêteté, vos témoignages me font beaucoup réfléchir.

Je vais poursuivre là où en Jack était rendu avec M. Logue.

Je suis aussi membre du comité de la santé. Nous parlons souvent des enjeux liés à la santé mentale. Ça me préoccupe quand j'entends dire que quelqu'un qui a un TSPT, qui éprouve de l'anxiété, et tout ce que cela implique, est informé qu'il sera peut-être libéré dans 30 jours ou dans trois ans. Quel est l'impact sur votre santé mentale, le fait d'être laissé dans l'incertitude?

**M. Geoffry Logue:** Monsieur, d'une certaine façon, ça empire les choses, parce que je ne sais pas ce que je vais faire. J'adore travailler avec les chiens. J'aime aider d'autres soldats qui ont des chiens. Depuis le reportage de l'émission W5, plusieurs soldats en font la demande. Maintenant, il y a plein de personnes qui ont des chiens d'assistance à l'UISP de Shilo grâce à M. Leonard.

**M. Mark Strahl:** N'importe lequel d'entre vous peut répondre à ma question: est-ce une pratique courante, lorsqu'on prépare quelqu'un à une libération pour des raisons médicales, qu'il n'y ait rien de défini — je ne sais pas comment le dire autrement. Est-ce que ça arrive fréquemment qu'on dise à quelqu'un que la fin de sa carrière militaire active peut survenir à n'importe quel moment sur une aussi longue période? Si c'est une pratique courante, je trouve ça préoccupant. Je n'en sais pas assez pour en parler de façon éclairée, mais vous pourriez peut-être me le dire. Est-ce une pratique courante ou est-ce, peut-être, le cas de M. Logue qui est inhabituel?

**Cplc Bill Nachuk:** Si je peux me permettre, j'ai eu la chance personnellement de ne pas vivre le processus de libération pour des raisons médicales, mais, lorsqu'un soldat est libéré pour des raisons médicales, qu'il le veuille ou non, le délai peut varier beaucoup, en fait, selon l'unité. Si les responsables de l'unité ont encore besoin de lui, ils peuvent le garder en poste jusqu'à la fin du contrat. S'ils ne croient plus avoir besoin de lui, ça peut se faire en moins de 30 jours.

**M. Mark Strahl:** Compte tenu de l'affection dont il s'agit, ça semble une pratique inhabituelle — une pratique inopportune, si je peux me permettre.

**Cplc Bill Nachuk:** Il y aura peut-être d'autres témoins aujourd'hui qui pourront vous fournir plus de renseignements à ce sujet. Je parle du point de vue du soldat et d'après ce que j'en sais. D'autres témoins qui comparaisent plus tard aujourd'hui pourront peut-être vous fournir une déclaration plus détaillée et exacte sur la question.

**M. Mark Strahl:** D'accord.

Passons aux animaux eux-mêmes. Je suis moi-même propriétaire d'un chien, et je me lamente souvent en raison des coûts. Il fait partie de la famille, notre chien, alors lorsque quelque chose arrive, ça peut être onéreux, les factures de vétérinaire et tous les autres coûts connexes.

Avez-vous tous les deux dû acheter votre chien ou vous est-il prêté?

**Cplc Bill Nachuk:** Qui assume les coûts des soins nécessaires? Pour ma part, en fait, j'ai acheté mon chien dans un refuge, alors il m'a coûté 150 \$. Je l'ai acheté avant de connaître M. Leonard.

Lorsque vous avez affaire à des vétérinaires, ou je ne sais qui d'autre, et que vous leur dites que votre chien est un animal d'assistance, la plupart des vétérinaires... En fait, dans mon cas, j'ai trouvé un vétérinaire qui ne me compte pas les taxes ce qui, lorsque les factures sont salées, n'aide pas beaucoup. J'avais déjà le chien. Je l'ai payé.

Mais bon, M. Leonard, qui témoigne tantôt, pourra probablement vous fournir de plus amples renseignements, mais je sais, en raison de ma participation au programme, que, si un soldat a un besoin pressant, habituellement, MSAR a des chiens dressés qu'il peut prêter à des personnes pour les aider en cas de besoin, après quoi, du moins, maintenant que nous avons quelques fonds — nous pouvons leur trouver un chien d'assistance.

•(1605)

**M. Geoffrey Logue:** Monsieur, j'ai acheté Luna dans une animalerie. Elle m'a aussi coûté environ 150 \$. Comme vous l'avez dit, c'est vrai, les factures de vétérinaire et les autres dépenses s'accumulent. Ça coûte cher lorsqu'on amène son chien chez le vétérinaire. C'est au minimum 100 \$. Ça peut être difficile parfois.

**M. Mark Strahl:** Au cours des derniers mois, le général Natynczyk et, maintenant, le général Lawson ont beaucoup parlé des efforts pour réduire les répercussions du stress post-traumatique et de la maladie mentale dans l'armée. Évidemment, je les crois sur parole et je sais que c'est probablement ce qui se passe parmi les hauts gradés, mais, surtout après avoir entendu vos commentaires, caporal-chef, j'ai bien l'impression que les bonnes intentions ne se rendent pas toujours jusqu'en bas de la chaîne de commandement.

Avez-vous noté des améliorations en ce qui a trait à la réduction des stigmates? Le commentaire selon lequel vous pouviez à peine prendre soin de vous-même était très troublant s'il venait d'un de vos supérieurs.

**Cplc Bill Nachuk:** Oui, monsieur. En fait, ça venait d'un médecin agréé, mon médecin, un médecin militaire.

Je dois dire, comme que j'ai fait partie du 2B du 2 PPCLI, et nous étions comme des frères et nous étions très près les uns des autres. De notre côté, on note une légère amélioration à cet égard. En fait, nous avons commencé à comparer nos médicaments, mais, vous savez, nous essayons seulement de prendre soin des nôtres; ça se passe entre nous.

Les stigmates sont encore là. Lorsqu'il faut se présenter à un rendez-vous médical et qu'il faut inscrire son nom sur un tableau que tout le monde peut consulter et voir que vous devez vous rendre à des rendez-vous pour des problèmes de santé mentale, ça attire davantage d'attention sur soi-même, et on s'en passerait bien.

Deux médecins m'ont dit, un à Shilo et un à Gagetown, que si, à l'avenir, j'avais une rechute à tout moment dans ma carrière après mon diagnostic de TSPT, on allait m'attribuer un profil médical permanent et qu'on entreprendrait un processus de libération pour des raisons médicales. Ça veut dire qu'on n'aide pas les soldats qui ont des rechutes ou dont le TSPT ne disparaît pas. Alors maintenant, je sais automatiquement que je ne pourrai plus jamais demander d'aide sans craindre de perdre mon emploi.

**Le président:** Merci. Votre temps est expiré.

Monsieur McKay, vous êtes le dernier pour le tour de sept minutes.

**L'hon. John McKay (Scarborough—Guildwood, Lib.):** Merci, monsieur le président, et merci à vous deux.

Ça a été... Tout ce que je peux dire, c'est que vous avez beaucoup de courage.

Nous accueillons le colonel Jetly après vous. J'ai ses notes pour son exposé ici.

On peut lire ce qui suit dans le dernier paragraphe:

[...] la zoothérapie peut avoir un effet favorable sur la santé de certains patients d'une manière sociale et non clinique. Toutefois, pour l'instant, il n'existe pas suffisamment de preuves pour justifier son ajout dans notre gamme de soins.

Qu'aimeriez-vous dire au colonel Jetly?

**Cplc Bill Nachuk:** Je suis désolé. Lorsqu'on me lit quelque chose, parfois, j'ai de la difficulté à remettre l'extrait en...

**L'hon. John McKay:** Essentiellement, il dit qu'il n'y a pas de preuve scientifique que ce genre de thérapie fonctionne.

**Cplc Bill Nachuk:** Vous savez quoi, monsieur? Sauf votre respect, je dirais que je me soucie peu du fondement scientifique de la chose: cette thérapie m'a sauvé la vie. Elle a aussi sauvé la vie d'un de mes amis qui vit à Shilo. Je reçois des appels d'un ami à moi qui souffrait avant de crises d'épilepsie très graves. Il s'est procuré un chien. Maintenant, il est capable d'aller au centre commercial, et il peut recommencer à vivre une vie normale.

Je suis un simple soldat. Pour moi, la science, on peut la voir comme on veut. J'ai fait moi-même l'expérience des effets de cette thérapie. J'ai vu comment elle a agi sur moi, ainsi que sur mes amis, alors, à mon avis, la science peut être remise en question.

**L'hon. John McKay:** Oui.

Monsieur Logue, avez-vous quelque chose à dire là-dessus?

**M. Geoffrey Logue:** Monsieur, j'aimerais ajouter quelque chose. Les États-Unis et le Royaume-Uni approuvent et financent le recours aux chiens d'assistance psychiatrique offerts à leurs soldats, alors le fondement scientifique existe.

•(1610)

**L'hon. John McKay:** Est-ce que l'un de vous deux sait si des études scientifiques sont menées, c'est-à-dire s'il existe des preuves empiriques ou autre chose de cette nature?

**Cplc Bill Nachuk:** Je ne sais pas si je vais répondre à votre question en vous disant ce qui suit, mais je sais que le Dr Meaney a fait des recherches sur cette forme de thérapie sous l'aspect de la libération d'oxytocine dans l'organisme au cours des interactions avec les animaux. Cette substance contribue à la diminution de l'anxiété, du stress et de la dépression. Je sais qu'il a mené des études portant sur cet aspect du traitement.

**L'hon. John McKay:** Il y a donc des preuves potentielles, mais, de façon anecdotique, nous savons tous que ce que vous dites est vrai, parce que les chiens, surtout, ont le même effet sur tous les êtres humains.

**Cplc Bill Nachuk:** Oui, monsieur. On en voit beaucoup dans les hôpitaux, dans les centres de soins palliatifs. Encore aujourd'hui, je me promenais dans le parc de la Confédération, et je trouvais cela un peu ironique, parce que j'ai vu la statue du chien qui remonte à l'époque des guerres. Si on considérait que les chiens pouvaient être des mascottes et presque des soldats, dans le passé, qu'est-ce qui nous a fait changer d'idée avec le temps?

**L'hon. John McKay:** Oui. J'admets votre argument selon lequel, si le ministère des Anciens Combattants accepte de payer un chien à un aveugle, pourquoi refuserait-il de payer pour un chien utilisé dans le cadre d'une thérapie? Je comprends très bien ce que vous me dites. Vous avez aussi dit qu'il faut payer soit les médicaments soit le coût d'un chien, et si le coût des médicaments passe de 24 000 \$ à 4 000 \$... on peut acheter beaucoup de chiens avec 20 000 \$.

**Cplc Bill Nachuk:** En plus, monsieur, de mon point de vue, après que j'ai commencé le traitement avec mon chien, au lieu de me faire conduire de Shilo à Brandon deux fois par semaine pour mes rendez-vous à la clinique de traitement du TSO... grâce au traitement avec mon chien, j'ai commencé à prendre moins de médicaments, et je suis passé de deux rendez-vous par semaine à un toutes les deux semaines pour le traitement de la dépression. Le coût du chien a donc été aisément remboursé en un mois.

**L'hon. John McKay:** Pouvez-vous décrire les difficultés que vous ont posées la chaîne de commandement et le système médical des FC? Comme M. Strahl, je suis un peu troublé que quelqu'un, au sein de la chaîne de commandement ou du système médical, vous demande comment vous pourriez vous occuper d'un chien si vous êtes à peine capable de vous occuper de vous-même. Pouvez-vous nous dire quels autres problèmes vous avez eus au sein de la chaîne de commandement ou du système médical en tant que tel?

**Cplc Bill Nachuk:** Oui, monsieur.

Comme j'étais l'un des premiers à vouloir expérimenter ce traitement à notre base opérationnelle de Shilo, j'ai été envoyé au bureau du SMR. Il s'y trouvait quelque chose comme quatre autres officiers, dont mon CO, l'adjutant de l'unité... En gros, j'ai été réprimandé pour avoir essayé, je crois, d'obtenir de l'aide supplémentaire. C'est à ce moment-là qu'on m'a menacé de me libérer pour raisons de santé, en disant que si j'avais besoin d'un chien, je n'étais évidemment pas assez stable pour être dans l'armée.

Lorsque j'en ai informé M. Leonard, j'ai eu la chance d'obtenir du soutien de la part d'autres gens ici, à Ottawa. Je ne suis pas sûr qu'il soit approprié de mentionner leurs noms, mais ils sont intervenus et, heureusement pour moi, on a fait quelques appels, et j'ai eu un peu de marge de manoeuvre, parce que j'avais demandé à participer à ce

programme dont je savais qu'il avait été présenté aux FC en 2010 par M. Leonard. Les forces ont mis à l'essai un programme de chien d'assistance, et c'est à ce programme que je voulais essayer de participer. Lorsque je l'ai fait, on m'a menacé de me libérer pour raisons de santé. On a examiné mon cas de près.

**L'hon. John McKay:** Eh bien, vous êtes toujours, à certains égards, menacé de libération pour motifs de santé...

**Cplc Bill Nachuk:** Oui.

**L'hon. John McKay:** ... parce que vous savez que si vous faites une quelconque rechute, vous êtes cuit.

**Cplc Bill Nachuk:** Oui. C'est ce que m'a dit mon médecin à Shilo. Je me le suis également fait dire à Gagetown, par un autre médecin militaire.

**L'hon. John McKay:** Avez-vous eu des démêlés avec la police militaire?

**Cplc Bill Nachuk:** Oui.

Comme je suis membre des forces et que, bien entendu, les policiers militaires ont été appelés à intervenir lorsque j'avais des tendances suicidaires, j'ai eu l'impression de devenir une cible. Ils faisaient constamment le tour de ma maison, presque toutes les demi-heures. Ils surveillaient mes allées et venues. Ils m'arrêtaient à tout moment pour voir si j'avais bu ou comment j'allais.

J'étais en motoneige... J'étais dans une maison, et le moteur de ma motoneige ne voulait pas s'arrêter. Ils sont venus me voir. J'avais passé des heures à faire de la motoneige, et le moteur ne s'arrêtait plus. Nous avons pris deux ou trois verres dans la maison. Ils m'ont accusé de conduite en état d'ébriété. L'affaire a été soumise à un tribunal, et toutes les accusations ont été retirées, puisque je me trouvais à l'intérieur de la maison, et même pas sur la motoneige, rien... Ils faisaient tout ce qu'ils pouvaient pour me surveiller, et cela ne faisait que me mettre encore plus de pression sur les épaules.

•(1615)

**L'hon. John McKay:** Est-ce que les gens de la base craignent que vous ne vous fassiez du mal ou que vous vous en preniez à d'autres? Est-ce que c'est la théorie sur laquelle la police militaire s'appuie pour agir?

**Cplc Bill Nachuk:** Je ne peux pas formuler d'hypothèse là-dessus. Tout ce que je sais, c'est que j'avais l'impression d'être ciblé parce que j'avais des troubles de santé mentale.

**Le président:** Monsieur McKay, votre temps est écoulé.

**L'hon. John McKay:** Très bien. Merci.

**Le président:** Par soucis d'équité envers les autres députés, nous allons poursuivre, surtout qu'il ne nous reste que 15 minutes avec les témoins ici présents avant de passer à la section suivante de l'ordre du jour.

Là-dessus, monsieur Chisu, vous avez cinq minutes.

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

Merci beaucoup d'être venu témoigner devant le comité. Merci de servir le pays.

Nous vous souhaitons une joyeuse Sainte Barbe, bombardier; je pourrai probablement accompagner ces meilleurs voeux de « pour de nombreuses années encore ».



J'aimerais vous poser une question à tous les deux. Je me suis rendu en Afghanistan en 2007. D'après ce que je comprends, vous y étiez en 2008. Pouvez-vous décrire le rôle que vous avez joué durant les missions en Afghanistan et expliquer au comité les expériences de déploiement que vous avez vécues tous les deux, si le sujet n'est pas trop délicat?

**Cplc Bill Nachuk:** Je vais commencer, parce que je suis sûr de ne pas avoir vécu des choses aussi difficiles que lui. C'est aussi pour cette raison que je souffre de ce qu'on appelle la culpabilité du survivant.

Comparativement aux amis que j'ai perdus là-bas, je l'ai eu facile. Je m'occupais du chiffrement. J'étais la personne chargée de s'assurer que tous les messages chiffrés étaient transmis à l'ensemble des BOA et autres bases.

**M. Corneliu Chisu:** Vous étiez donc à Kandahar...

**L'hon. John McKay:** Pourrions-nous demander une traduction?

**Des voix:** Oh, oh!

**L'hon. John McKay:** Le chiffrement, c'est...? BOA veut dire base d'opérations avancée; ça, je le comprends.

**Cplc Bill Nachuk:** Le chiffrement? Désolé...

**Une voix:** Les signaux...

**L'hon. John McKay:** Je l'avais compris, mais je voulais simplement...

**Cplc Bill Nachuk:** D'accord.

J'avais la chance de pouvoir prendre l'hélicoptère lorsque je devais me déplacer, mais, lorsque nous étions attaqués par l'ennemi au sol, j'étais impuissant. J'étais essentiellement à la merci des soldats qui tiraient à partir de la porte de l'hélicoptère. Ça donne un sentiment d'impuissance. On est à leur merci. On ne peut rien faire, n'est-ce pas?

Je me sens mal; je ressens de la culpabilité de survivant parce que j'ai beaucoup d'amis qui sont morts là-bas en faisant ce que je considère comme étant un travail beaucoup plus important et beaucoup plus difficile que le mien, et je me sens mal parce que maintenant, j'ai des problèmes.

**M. Corneliu Chisu:** Je trouve qu'il y a un lien entre le fait que vous ayez un chien et qu'on a aussi recours à des chiens et à des maîtres-chiens pour détecter les mines à Kandahar. Les chiens peuvent vraiment être d'une grande utilité pour les gens. En fait, je me rappelle qu'un chien avait été blessé et transporté par hélicoptère comme une personne.

**Cplc Bill Nachuk:** Ces chiens-là sont des soldats. Ils ont un rang. Ils ont un numéro matricule. Le chien a habituellement un rang plus élevé que son maître, ce qui le protège, parce que si le maître le maltraite, l'animal est d'un rang plus élevé que le soldat.

C'est quelque chose dont nous pourrions tirer parti: intégrer cela dans le cadre du programme de chien d'assistance ici et faire reconnaître ces chiens comme étant des membres des Forces canadiennes.

**M. Corneliu Chisu:** Je vois un lien entre ces chiens et ceux qui vous aident à vous rétablir du TSPT.

Vous avez parlé entre autres de la chaîne de commandement. Le rôle principal de l'officier, c'est de protéger ses soldats, et même de s'en occuper. J'aimerais savoir de quelle nature sont les problèmes au sein de la chaîne de commandement, parce que vous faites état d'événements qui étaient troublants.

**Cplc Bill Nachuk:** Oui, monsieur, ils l'étaient.

Mes supérieurs m'ont même demandé d'annuler un de mes rendez-vous réguliers pour que je ne rate pas notre souper de Noël. J'ai refusé de le faire, et ils ont décidé de s'occuper de mon cas.

Pour moi, ma santé mentale et mes rendez-vous sont plus importants qu'un souper de Noël, qui favorise, comme nous le savons tous, la consommation d'alcool et tout le reste. Je voulais m'éloigner de cela. J'ai refusé de participer aux activités organisées pour célébrer Noël — après les heures de travail, pendant nos temps libres —, parce que l'alcool était un facteur important, et que j'essayais de me remettre dans le droit chemin.

Encore une fois, parce que je ne voulais pas participer à ces activités pendant mon rétablissement, on examinait mon cas de très près et on me tombait dessus.

**M. Corneliu Chisu:** Est-ce qu'il y a eu quelque changement que ce soit récemment, selon votre perception, en tout cas?

**Cplc Bill Nachuk:** J'ai quitté cette base, heureusement. J'y retourne en visite. Je vais y voir des amis.

S'il y a eu un changement, monsieur, je peux vous dire sincèrement que je pense que les choses ont empiré à Shilo. C'est une base très isolée pour ceux d'entre vous qui ne le savent pas. Elle est très isolée. Il y a beaucoup de problèmes là-bas parce que les soldats ont peur de s'exprimer.

C'est la raison pour laquelle, encore une fois, je crois qu'il faut qu'il y ait un message CANFORGEN venant des plus hauts échelons selon lequel le programme est appuyé par les FC, afin que les soldats n'aient plus peur de s'exprimer et de demander l'aide qu'il méritent et dont ils ont besoin.

• (1620)

**M. Corneliu Chisu:** Merci beaucoup.

**Cplc Bill Nachuk:** Merci, monsieur.

**M. Corneliu Chisu:** Bombardier-chef Logue, j'aimerais vous poser des questions au sujet de votre mission en Afghanistan. D'après ce que je comprends, vous faisiez partie de l'EPR, c'est-à-dire que vous étiez dans une base beaucoup plus petite que celle de Kandahar. Combien de gens y avait-il là-bas, environ 300?

**M. Geoffrey Logue:** Monsieur, en fait, je n'ai pas passé beaucoup de temps à cette base. J'étais chauffeur et artilleur de relève. J'ai participé à beaucoup d'opérations à terre. J'ai participé à beaucoup d'opérations de combat. J'ai vu des véhicules heurter des dispositifs explosifs de circonstance. J'ai pris part à plusieurs échanges de tirs avec les talibans.

J'ai passé beaucoup de temps surtout à la base d'opérations avancée Wilson, et j'ai pris part à beaucoup d'opérations dans la région de Zhari-Panjwai qui, comme vous le savez, est probablement l'une des régions les plus dangereuses du pays.

**M. Corneliu Chisu:** Étiez-vous membre de l'artillerie ou d'une autre unité?

**M. Geoffrey Logue:** Monsieur, je n'avais rien à voir avec l'artillerie. Notre travail au sein de l'équipe de coopération civile-militaire consistait essentiellement en la construction d'écoles et de puits, et nous fournissions également de la nourriture et des vêtements aux enfants et aux familles, ainsi que des tentes pour les camps de réfugiés.

**M. Corneliu Chisu:** Lorsque vous avez été libéré en juillet, vous êtes allé à l'hôpital, n'est-ce pas?

**M. Geoffrey Logue:** Oui, monsieur.

**M. Corneliu Chisu:** Étiez-vous à l'hôpital de rôle 3 de Kandahar?

**M. Geoffry Logue:** Non, monsieur. J'y ai fait une brève visite. J'ai reçu là-bas un diagnostic de TSPT grave, mais j'ai eu l'impression qu'on m'avait abandonné.

**M. Corneliu Chisu:** Est-ce que quelqu'un vous a accompagné...

**Le président:** Je suis désolé, monsieur Chisu, mais votre temps est écoulé, et il faut que je sois juste envers les autres membres du comité.

Monsieur Brahmi, vous disposez de cinq minutes, s'il vous plaît.  
[Français]

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

Je vais poser mes questions en français.

Je vais continuer, monsieur Logue, sur ce que vous avez dit, à savoir lorsque vous avez été libéré, vous n'avez pas eu de période de décompression à votre retour au Canada. Cela est un peu en contradiction avec des témoignages qu'on a eus précédemment au sein de ce comité. En effet, on nous a affirmé qu'il y avait systématiquement des périodes de décompression et de réintégration pour les soldats libérés du terrain des opérations. Comment avez-vous vécu le fait qu'on vous ait laissé dans une telle situation sans période de décompression?

Vous avez dit également que vous aviez été diagnostiqué pour un trouble de stress post-traumatique sévère lorsque vous étiez en Afghanistan. Est-ce bien cela? On nous a dit que tous les soldats qui revenaient d'Afghanistan avaient une période de décompression. Pourriez-vous approfondir votre témoignage à ce sujet étant donné que c'est en contradiction avec ce qui a été dit précédemment au comité?

•(1625)

[Traduction]

**M. Geoffry Logue:** Oui, monsieur. Je n'ai pas eu de décompression. J'étais tout seul dans une tente à l'aérodrome de Kandahar. Je n'ai reçu aucun soutien. Il n'y avait personne auprès de moi.

[Français]

**M. Tarik Brahmi:** Savez-vous si d'autres personnes ont été traitées différemment?

[Traduction]

**M. Geoffry Logue:** Oui, monsieur. D'autres soldats m'ont dit qu'ils ont vécu la même chose.

[Français]

**M. Tarik Brahmi:** D'accord.

En ce qui a trait à l'utilisation des chiens, juste par curiosité — et ma question s'adresse à vous deux —, avez-vous eu des chiens dans votre enfance? Peut-on imaginer que cette relation particulière peut fonctionner pour n'importe qui ou est-ce que cela constitue plutôt un rappel à une relation que vous avez eue avec des chiens lorsque étiez enfant?

[Traduction]

**M. Geoffry Logue:** Oui, monsieur, j'avais trois bergers allemands lorsque j'étais enfant. Je dois dire que j'ai toujours beaucoup aimé les chiens. C'est dans ma nature d'avoir des chiens auprès de moi.

Je crois que le programme pourrait fonctionner pour tout le monde. Les chiens sont tellement extraordinaires. Ils sont très loyaux. Ils réagissent lorsque leur maître vit une crise affective. Lorsque cela m'arrive, ma chienne intervient. Elle me saute dessus. Elle me lèche, et c'est très réconfortant. Ça me détend. Ça fait baisser

ma tension artérielle. Ça me permet d'être calme, de fonctionner et de mener une vie normale.

[Français]

**M. Tarik Brahmi:** Monsieur Nachuk, que répondez-vous à cet égard?

[Traduction]

**Cplc Bill Nachuk:** J'ai eu un chien lorsque j'étais tout petit, et je m'en souviens à peine, alors je ne crois pas personnellement que l'efficacité du traitement dépende entièrement du fait que la personne ait eu un chien pendant son enfance.

Je pense que tous les gens qui veulent participer aiment les chiens. Pour ceux qui ne les aiment pas, ce n'est évidemment pas le bon programme. Il faut pouvoir créer un lien avec le chien, mais il faut aussi que le chien y participe et soit capable d'avoir confiance en la personne. C'est un échange, monsieur.

[Français]

**M. Tarik Brahmi:** D'accord.

Ai-je encore une minute?

[Traduction]

**Le président:** Il vous reste une minute et demie.

[Français]

**M. Tarik Brahmi:** On a entendu précédemment des témoignages sur l'équithérapie, c'est-à-dire la zoothérapie avec des chevaux. Pensez-vous que, dans votre cas, ce serait différent? Cela pourrait-il être utile quand on sait qu'un cheval ne peut pas être à vos côtés en permanence? Pensez-vous que le fait d'avoir en permanence, 24 heures sur 24, un animal avec vous est ce qui vous rassure? Pourriez-vous développer un autre sentiment de sécurité avec un cheval, par exemple?

[Traduction]

**M. Geoffry Logue:** Eh bien, monsieur, le fait d'avoir un chien... je veux dire, ça serait assez difficile d'emmener un cheval dans un centre commercial.

**Des voix:** Oh, oh!

[Français]

**M. Tarik Brahmi:** Je parlais plutôt de la relation. Pensez-vous que la relation avec l'animal est ce qui est efficace ou est-ce plutôt le fait que l'animal soit présent 24 heures sur 24, ce qui n'est pas possible dans le cas d'un cheval?

[Traduction]

**M. Geoffry Logue:** Oui. Le fait d'avoir le chien auprès de soi 24 heures sur 24 permet d'obtenir un soutien constant. C'est presque comme du counselling. On a accès à cette thérapie en tout temps. Au lieu d'aller voir un psychologue, disons, une fois par mois, le fait que le chien soit présent tout le temps empêche le chaos de s'installer.

•(1630)

**Cplc Bill Nachuk:** Pour ma part, monsieur, je suis chanceux: j'ai un ami qui a des chevaux, alors j'ai été exposé aux deux.

Dans le cas du chien, la relation est différente. Le chien procure un sentiment de protection à son maître. Lorsque nous nous promenons au centre commercial, il crée une zone tampon et nous procure le sentiment d'être protégés. Le cheval procure aussi du calme et tout le reste lorsqu'on est auprès de lui, mais le chien est tout à fait différent parce qu'il offre un sentiment de sécurité. Il aide son maître à dormir, parce que celui-ci sait qu'il est juste à côté de lui. Toutefois, c'est vrai que les chevaux nous font vivre un moment de bonheur lorsqu'on est auprès d'eux.

**Le président:** Merci. Le temps est écoulé et le temps prévu à l'ordre du jour pour les deux témoins ici présents est écoulé également.

Je tiens à vous remercier encore une fois.

À titre de commentaire, je dirais que la différence entre les chiens et les chevaux, c'est qu'on peut emmener son chien au centre commercial, ce qu'on ne fera pas avec son cheval. J'ai moi-même des chiens et des chevaux...

**L'hon. John McKay:** Sauf pendant la semaine de la Coupe Grey.

**Le président:** Mais ils ne sont pas admis au Royal York.

Encore une fois, merci beaucoup à vous deux, bombardier Logue d'avoir amené Luna et Master, et caporal Nachuk d'avoir amené Gambler. Nous vous remercions sincèrement d'avoir amené vos chiens et de nous avoir fait part de ce que vous avez vécu personnellement avec autant de franchise. Nous vous souhaitons à tous les deux la meilleure des chances dans votre rétablissement.

Monsieur Logue, d'après ce que j'ai entendu dire, votre femme va accoucher bientôt. Elle devait vous accompagner, mais, malheureusement, elle n'a pu se déplacer parce que sa grossesse est trop avancée. Nous vous souhaitons donc la meilleure des chances pour cela aussi, ainsi qu'un joyeux Noël, en ce début de période des fêtes.

Encore une fois, merci.

Nous allons suspendre brièvement la séance pour laisser les nouveaux témoins entrer. Le comité suspend ses travaux.

● (1630) \_\_\_\_\_ (Pause) \_\_\_\_\_

● (1635)

**Le président:** Nous reprenons nos travaux. Nous poursuivons notre étude.

Notre prochain témoin est le colonel Rakesh Jetly, du ministère de la Défense nationale.

Le colonel Jetly est conseiller en santé mentale à la Direction de la santé mentale. Il est médecin militaire, et il a obtenu son diplôme de l'Université de Toronto en 1989. Il a un doctorat en médecine, et il a servi au sein de plusieurs unités différentes un peu partout dans le monde, et pas seulement au Canada, dont deux fois en Afghanistan. Il a participé à deux missions là-bas, et il a commandé le détachement de la santé mentale de l'Unité médicale multinationale de rôle 3 dont nous venons tout juste de parler. Il a été promu lieutenant-colonel en 2007 et posté à Ottawa en 2008. En 2011, il a obtenu son grade actuel de psychiatre principal et de conseiller en santé mentale au sein de l'organisation du médecin-chef des Forces canadiennes.

Là-dessus, colonel, je vous cède la parole pour votre déclaration préliminaire.

● (1640)

**Colonel Rakesh Jetly (conseiller en santé mentale, Direction de la santé mentale, ministère de la Défense nationale):** J'aimerais

d'abord vous remercier, monsieur le président, de me donner l'occasion de m'adresser à vous et aux membres du comité.

J'aimerais également vous remercier de l'intérêt que vous portez à la santé de nos militaires, hommes et femmes, et de nos anciens combattants, ainsi que de votre soutien indéfectible à cet égard. Votre soutien est particulièrement important puisque l'histoire nous enseigne que l'intérêt porté à la santé mentale des anciens combattants s'estompe souvent une fois le conflit terminé. Nous avons aussi appris au moyen de nos propres recherches et de celles de nos alliés que l'ampleur des répercussions des déploiements dans les conditions difficiles sur la santé mentale n'est connue que quelques années, voire quelques décennies, plus tard.

Comme vous le savez, les Forces armées canadiennes ont connu une décennie marquée par de nombreuses opérations importantes outre-mer, notamment en Afghanistan, à Haïti, en Libye et ailleurs dans le monde. Toutes ces opérations ont été très exigeantes pour les Forces canadiennes — surtout pour leur personnel.

Au moment où ce rythme accéléré des opérations commence à diminuer, nous savons qu'il ne sera pas facile d'offrir aux militaires qui rentrent au pays les soins de santé dont ils ont besoin, notamment les soins de santé mentale. Je vous assure que les soins offerts à nos militaires malades et blessés représentent la priorité absolue des Forces armées canadiennes et qu'elles tiennent compte des circonstances particulières dans lesquelles elles se trouvent.

Je n'aime pas parler de « vagues », mais je crois qu'il y aura, dans les prochaines années, une augmentation constante du nombre de membres des Forces canadiennes et d'anciens combattants présentant des symptômes liés au traumatisme post-opérationnel. C'est pourquoi nos cliniques doivent demeurer prêtes.

Il nous incombe de nous assurer que les malades et les blessés ont accès au moment opportun à des soins fondés sur des preuves. Permettez-moi de préciser la notion de « l'accès au moment opportun ». Nous devons être prêts à soutenir tous ceux qui ont le courage de faire le premier pas et de demander de l'aide.

Je suis certain que les membres du comité comprennent qu'il est parfois difficile de demander de l'aide lorsqu'on souffre de troubles liés au stress post-opérationnel. Pour différentes raisons personnelles, il est peu fréquent qu'une personne se sente à l'aise de demander de l'aide. C'est pourquoi nous devons maintenir un système souple et facilement accessible employant de bonnes ressources, comme celui qui existe actuellement, et qui compte à la fois des cliniciens en soins primaires, et des spécialistes de la santé mentale bien formés. En outre, le fait de pouvoir compter sur des cliniciens militaires, des fonctionnaires et des entrepreneurs est essentiel pour combler les besoins de nos militaires, hommes et femmes.

Le deuxième élément essentiel, ce sont les soins fondés sur des preuves, qu'exigent les règles en vigueur et qui représentent également un élément crucial de tout système de santé.

En bref, nos patients méritent ce que la médecine a de mieux à offrir, c'est-à-dire un traitement appuyé par une recherche clinique sérieuse. C'est pourquoi nous n'offrons que des traitements, que ce soit de la médication ou de la psychothérapie, qui se sont révélés à la fois sécuritaires et efficaces pour nos patients.

Les preuves à l'appui de ces traitements proviennent en général d'une multitude d'études importantes qui ont été menées dans des conditions contrôlées, publiées dans des revues spécialisées avec comité de lecture et appuyées par des organisations internationales comme l'International Society for Traumatic Stress Studies. Ces études ne peuvent évidemment pas garantir que tous les patients se rétabliront à la suite d'un traitement; toutefois, elles peuvent indiquer qu'il s'agit du meilleur traitement proposé pour traiter une affection particulière chez la plupart des patients. J'expliquerai ce point plus tard si vous le voulez bien.

Les traitements fondés sur des preuves représentent non seulement la meilleure façon de soigner toutes les maladies, de l'angine à streptocoques au cancer du poumon, en passant par le trouble de stress post-traumatique, mais ils font également partie de notre gouvernance. Lorsqu'il s'est adressé au comité, le colonel Scott McLeod a décrit le fonctionnement de notre comité sur la gamme de soins. Au fond, tous les services, tous les traitements et toutes les choses mises à la disposition des membres des FC doivent remplir les conditions suivantes: adhérer aux principes scientifiques de la médecine fondée sur des preuves; être nécessaires pour maintenir la santé; être financés par au moins un organisme provincial ou fédéral; être bénéfiques aux militaires actifs et en maintenir ou en rétablir la capacité de fonctionnement ou de déploiement; ne pas servir uniquement à des fins expérimentales, exploratoires ou cosmétiques.

J'aborde maintenant le sujet qui constitue, selon moi, la raison de ma présence ici: la zoothérapie, plus précisément l'utilisation de chiens par des personnes souffrant d'une maladie mentale, y compris les membres des FC et les anciens combattants ayant subi des dommages psychologiques.

Comme l'a expliqué le colonel McLeod, la zoothérapie n'est pas, pour l'instant, conforme aux lignes directrices de notre gamme de soins. Les ouvrages scientifiques publiés sur le sujet, de même que l'information transmise par nos principaux alliés, ne fournissent pas suffisamment de preuves pour appuyer l'ajout de ce type de thérapie dans nos méthodes de traitement officielles. D'ailleurs, nos pratiques dans ce domaine sont les mêmes que celles utilisées aux États-Unis et au Royaume-Uni, deux pays qui n'ont pas ajouté la zoothérapie dans leurs traitements de base.

Toutefois, cela ne veut pas dire que cette forme de thérapie ne permet pas de soutenir des militaires malades ou blessés. Comme beaucoup de Canadiens, j'ai regardé l'émission W5 il y a quelques semaines, laquelle m'a d'ailleurs ému. Les hommes qu'on nous montrait semblaient avoir bénéficié grandement de la relation d'empathie qu'ils avaient établie avec les chiens. Toutefois, en l'absence d'une recherche approfondie sur la question, on ne peut que formuler des hypothèses quant au rôle que les chiens jouent dans le traitement des personnes malades ou blessées. Personnellement, j'ai l'impression qu'il s'agit d'une relation sociale positive qui offre une certaine sécurité et un certain réconfort dans une situation caractérisée par l'anxiété et la peur.

• (1645)

J'aimerais d'ailleurs préciser qu'il existe bien des choses qui sont bonnes pour la santé, mais qui ne sont pas des soins de santé en soi. L'Organisation mondiale de la Santé mentionne quelques éléments qui jouent un rôle déterminant par rapport à la santé: l'endroit où une personne vit, les conditions dans lesquelles une personne vit, la génétique, le revenu et le niveau de scolarité, de même que les relations avec les amis et la famille. L'Organisation mondiale de la Santé précise que ces éléments ont tous des répercussions considérables sur la santé, alors que les éléments les plus souvent

étudiés, notamment l'accès à des services de soins de santé et l'utilisation de tels services, ont souvent des répercussions moindres.

On peut donc constater à quel point le logement, le revenu, l'emploi et l'éducation sont importants. Ces questions ont été abordées au cours de la rencontre trinationale sur la santé mentale qui s'est tenue en septembre dernier à Washington. En outre, l'importance des relations a déjà été validée par le programme de soutien social aux victimes de stress opérationnel du MDN et d'Anciens Combattants Canada.

À cet égard, la zoothérapie peut avoir un effet favorable sur la santé de certains patients d'une manière sociale et non clinique. Toutefois, pour l'instant, il n'existe pas suffisamment de preuves pour justifier son ajout dans notre gamme de soins. Nous sommes résolus à offrir aux militaires malades et blessés les meilleurs soins de santé possible, ce qui signifie une qualité de soins appuyée par des thérapies et des pratiques éprouvées et acceptées sur le plan scientifique.

Évidemment, comme vous l'ont dit le général Lawson et le contre-amiral Smith, nous sommes déterminés à améliorer sans cesse la façon dont nous prenons soin de nos militaires.

Je vous remercie encore une fois de l'intérêt que vous manifestez à l'égard des soins prodigués aux membres des forces qui sont malades ou blessés. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

**Le président:** Merci, colonel. Nous allons nous en tenir à des tours de cinq minutes, même si nous allons recommencer au début.

Monsieur Harris, vous avez la parole.

**M. Jack Harris:** Merci. Je ne veux pas trop insister sur la zoothérapie avec des chiens, mais il me semble que, à part les essais cliniques qui vont peut-être prendre des années, une application fondée sur le bon sens pourrait venir en aide à certaines personnes.

Êtes-vous d'accord avec moi?

**Col Rakesh Jetly:** Je ne suis pas sûr de savoir ce que vous entendez par « bon sens ».

**M. Jack Harris:** Comme vous le disiez, il est assez évident lorsqu'on regarde l'émission de télévision en question — que je n'ai pas vue, soit dit en passant — et qu'on écoute ces messieurs qui sont venus ici aujourd'hui qu'on peut tirer parti des connaissances qu'on possède déjà concernant les aspects positifs d'une relation entre animaux et humains, surtout dans le cas des symptômes de type TSPT.

Pourquoi ne pas offrir cette aide aux gens alors que les avantages sont évidents, même s'il se peut qu'il faille beaucoup de temps et beaucoup d'argent pour prouver scientifiquement leur existence? Pendant ce temps-là, les gens souffrent.

**Col Rakesh Jetly:** Je crois que la décision doit être prise ailleurs au ministère qu'aux services de santé.

**M. Jack Harris:** Merci de votre réponse.

Êtes-vous aussi troublé que certains d'entre nous d'apprendre que le bombardier Logue a été rapatrié d'Afghanistan sans personne pour l'accompagner et sur un avion civil? Est-ce quelque chose que vous toléreriez? Je ne sais pas si cela arrive à d'autres soldats blessés qui rentrent d'Afghanistan. Est-ce que cela vous préoccupe?

**Col Rakesh Jetly:** Entendre cela me préoccupe, oui. J'ai été troublé de l'entendre.

**M. Jack Harris:** Pour quelle raison une chose de ce genre peut-elle se produire, selon vous?

**Col Rakesh Jetly:** Je ne peux pas vous parler de ce cas précis.

Normalement, l'évacuation médicale est un processus qui fait intervenir beaucoup de gens qui doivent communiquer et déterminer le chemin que prendra la personne, si elle sera accompagnée ou non, s'il s'agit d'une STRATEVAC, si elle passera par Landstuhl, alors je ne peux pas vous parler des détails de ce cas précis. Dans chacun des cas dont je me suis occupé, il y a eu une réflexion approfondie concernant la façon dont la personne a été rapatriée.

**M. Jack Harris:** Colonel, vous êtes l'expert en santé mentale des forces. Nous sommes probablement tous d'accord avec les beaux principes concernant la façon dont on doit s'occuper des gens après ce que nous avons entendu dire par le colonel Lawson, par le chef du personnel médical et par le médecin-chef, mais comment se fait-il que nous entendions constamment des choses comme celles que nous venons d'entendre, c'est-à-dire que le médecin militaire demande à une personne comment elle pourrait s'occuper d'un chien si elle n'est pas capable de s'occuper d'elle-même. Les soldats ont peur de s'exprimer ou d'admettre qu'ils ont fait une rechute parce qu'ils craignent de perdre leur emploi; ils reportent leur demande de traitement jusqu'à ce qu'il soit peut-être trop tard. Comment se fait-il que des choses de ce genre continuent de se produire et que nous en entendions continuellement parler?

• (1650)

**Col Rakesh Jetly:** Je pense que c'est un processus continu de sensibilisation. Nous continuons de sensibiliser nos officiers, nos soldats et notre propre personnel médical à continuellement encourager les gens à s'exprimer. Nous croyons que le meilleur moyen pour les gens de s'assurer de pouvoir poursuivre leur carrière, c'est de demander un traitement.

**M. Jack Harris:** J'ai devant moi un rapport rédigé par des cliniciens civils de Petawawa le 25 avril dernier. Ce rapport déplore la qualité des services de santé mentale offerts. Les auteurs du rapport disent par exemple que les dépendances sont très fréquentes et qu'ils n'ont pas de médecins spécialistes de la toxicomanie, que des cliniciens n'ont pas accès à une supervision clinique officielle, que, trop souvent, les diagnostics psychiatriques cliniques, les traitements recommandés et les avis sont rejetés par les médecins militaires. Ils ajoutent que certains médecins militaires croient que les clients devraient être sobres pendant six mois avant de pouvoir participer à un programme de traitement résidentiel et que certains ne croient pas au diagnostic de TSPT ou ne croient pas que le TSPT puisse être traité.

Comment pouvons-nous offrir aux soldats le soutien qu'ils méritent selon ce que vous dites si nos médecins militaires agissent de la sorte? Ce que je viens de vous dire vient de cliniciens civils dont l'objectif est que nous offrions un meilleur traitement à nos soldats.

**Col Rakesh Jetly:** D'importants gains ont été réalisés à Petawawa depuis la rédaction du rapport.

**M. Jack Harris:** C'était en avril, monsieur.

**Col Rakesh Jetly:** Assurément. Je ne suis pas sûr de ce que je...

**M. Jack Harris:** Mais c'était en avril. Il y a six mois de cela.

**Col Rakesh Jetly:** Oui, et je vous dis que des gains importants ont été réalisés.

**M. Jack Harris:** Les médecins militaires ont donc été démis de leurs fonctions et remplacés?

**Col Rakesh Jetly:** Non.

**M. Jack Harris:** Pouvez-vous nous dire ce qui s'est passé?

**Col Rakesh Jetly:** Il y a eu un changement de direction à la clinique de santé mentale. Nous avons procédé à des embauches, à un accroissement de l'effectif. Nous avons mis en poste un major psychiatre expérimenté pour venir en aide aux gens. Nous travaillons à la collaboration constante entre les gens chargés de la santé mentale ainsi qu'à la relation entre ceux qui s'occupent des soins primaires dans le cadre de réunions hebdomadaires, de réunions régulières, de séances d'information.

**M. Jack Harris:** Êtes-vous convaincu que la base de Petawawa est la seule qui est aux prises avec des difficultés de ce genre? Au cours de la dernière heure, nous avons entendu dire qu'à la base de Shilo, par exemple, il y a des difficultés semblables sur le plan des relations, et il se peut même que les choses soient en train de s'aggraver. Est-ce qu'un examen national complet des mesures prises pour régler les problèmes sur les bases a été mené par suite de ce qui a été découvert ou divulgué à propos de Petawawa?

**Col Rakesh Jetly:** Nous tenons régulièrement des réunions nationales auxquelles participent les médecins-chefs. Je m'adresse souvent à eux. Nous continuons d'expliquer le point de vue de tous les intervenants, de comprendre ces points de vue et de renseigner les gens à ce sujet.

**Le président:** Les cinq minutes sont écoulées. Nous devons passer à un autre intervenant.

Monsieur Norlock, à votre tour de prendre la parole.

**M. Rick Norlock (Northumberland—Quinte West, PCC):** Merci beaucoup, monsieur le président.

Par votre entremise, je remercie les témoins d'être ici aujourd'hui.

J'ai demandé à mon collègue ici présent de m'indiquer quels étaient vos titres de compétence. Vous êtes psychologue?

**Col Rakesh Jetly:** Je suis psychiatre.

**M. Rick Norlock:** Vous êtes psychiatre. D'accord. Merci beaucoup de ce renseignement, qui est utile pour moi.

Afin de fournir des soins adéquats à ses patients, un psychiatre doit respecter les principes de la psychiatrie. En d'autres termes, un psychiatre doit recevoir la formation scientifique requise, c'est-à-dire obtenir un doctorat et d'autres titres de compétence. Je crois comprendre que, à une certaine époque, dans le domaine de la psychiatrie, le trouble de stress post-traumatique n'était pas considéré comme un trouble de santé mentale en bonne et due forme. Est-ce exact?

**Col Rakesh Jetly:** Pas tout à fait. Depuis des milliers d'années, on est conscient du fait que des gens éprouvent des troubles à la suite d'un conflit. À certaines occasions, par exemple durant la Première Guerre mondiale, on a émis l'hypothèse selon laquelle il s'agissait d'un trouble de nature physique découlant de lésions cérébrales. Je crois qu'on a toujours reconnu, surtout dans le domaine de la santé, que des gens éprouvaient des souffrances à la suite d'une guerre. On a donné différents noms à ce trouble, mais depuis 1980 — et la plupart d'entre nous avons entrepris notre carrière après cela —, le terme « trouble de stress post-traumatique », inventé par l'American Psychiatric Association, est utilisé à grande échelle pour expliquer le phénomène qui touche un groupe après... À coup sûr, les membres de ma génération ne sont pas de cet avis.

**M. Rick Norlock:** D'accord, mais il s'agit d'une chose relativement nouvelle dans le domaine médical.

**Col Rakesh Jetly:** Oui.

**M. Rick Norlock:** Merci.

Cela est considéré comme un diagnostic relativement nouveau.

•(1655)

**Col Rakesh Jetly:** Oui.

**M. Rick Norlock:** Merci.

Bien sûr, nous vivons en société. Nous savons que la recherche universitaire et scientifique progresse très lentement. Je crois que le critère que nous utilisons pour déterminer qu'un traitement est bénéfique pour un patient est celui qui consiste à établir que le traitement ne lui cause aucun tort. Ma question est fondée sur la prémisse suivante: le traitement ne doit causer aucun tort au patient. Nous avons observé et l'on vient juste d'entendre dire — dans le milieu médical, on considérerait cela comme une preuve empirique — que l'utilisation de chiens dans le cadre d'une zoothérapie est utile. Nous venons tout juste d'entendre deux témoins nous dire cela et nous parler d'autres cas. Un témoin vient de nous fournir des documents où son psychiatre indique que ce genre de thérapie donne de bons résultats pour lui.

En outre, je crois comprendre que, aux États-Unis, il existe un programme intitulé « Paws for Purple Hearts » dans le cadre duquel des chiens dressés sont confiés aux membres du personnel militaire atteints du trouble de stress post-traumatique. Dès que l'on considère que l'état du patient s'améliore, on cesse la zoothérapie. Je me demande si vous connaissez cette thérapie et si les FC — plus particulièrement le personnel médical des FC — envisage de l'adopter ou de se pencher sur une telle éventualité.

**Col Rakesh Jetly:** Je connais quelques-uns des programmes qui sont en place. À l'heure actuelle, nous ne disposons d'aucun plan à ce sujet. Je communique régulièrement avec mes homologues des États-Unis et du Royaume-Uni. Aux États-Unis, on tente depuis cinq ou six ans de financer des études. Les Américains disposent de beaucoup d'argent à cette fin, mais ils n'ont pas été en mesure de trouver un groupe doté d'un chercheur principal qui puisse mener lui-même cette étude. Mon collègue américain m'a dit qu'il était prêt à verser du financement à un chercheur principal qui croit pouvoir mener une telle étude.

À mon avis, nous devons mener une recherche avant d'adopter un traitement de ce genre. Cela dit, si une organisation du bureau du Chef du personnel militaire... Si des gens considèrent que cela serait bénéfique, rien ne les empêche de financer une étude de ce genre.

**M. Rick Norlock:** Vous êtes au courant de l'existence du programme. Connaissez-vous ses résultats?

**Col Rakesh Jetly:** Les renseignements dont nous disposons à propos des résultats sont en quelque sorte de nature empirique — ils reposent sur des témoignages. Je n'ai pris connaissance d'aucune étude de contrôle sur échantillon aléatoire attestant l'efficacité de ce traitement en ce qui concerne le ciblage ou l'atténuation des symptômes.

**M. Rick Norlock:** Merci beaucoup.

Croyez-vous qu'il serait utile que les Forces canadiennes envisagent l'adoption ou l'utilisation en bonne et due forme de ce genre de zoothérapie pour traiter les personnes qui affirment que cela a un effet bénéfique sur elles? Croyez-vous qu'il serait approprié pour vous de vous mettre en phase avec...? Nous avons accueilli un témoin, dont le nom m'échappe — je crois que c'était Aiken —, qui collabore avec 25 universités pour étudier...

Quel est votre avis sur la création, avec l'aide d'autres intervenants du personnel de soutien des Forces canadiennes, d'un partenariat avec des cliniciens de diverses universités? Croyez-vous qu'il serait utile de collaborer avec eux pour entreprendre l'élaboration d'un programme comme « Paws for Purple Hearts » de manière à ce que

nous puissions observer comment il fonctionne? Nous pourrions lui donner un nom canadien et lui apporter une touche canadienne.

Il me semble que nous vivons à une époque où, certes, nous nous en remettons à des gens comme vous — un scientifique, un expert dans son domaine —, mais où nous décelons ensuite un besoin immédiat. Nous constatons que les scientifiques et les universitaires sont réticents à traiter les gens qui disent: « Ce programme m'aide. Je ne prends pas de médicaments dont on sait qu'ils ont des effets secondaires. Je n'ai pas besoin de consulter un médecin ni d'engorger les hôpitaux. » En outre, ce programme est très efficace.

Croyez-vous que le comité peut, d'une façon ou d'une autre, encourager ou inciter les FC à s'engager dans une telle initiative?

**Col Rakesh Jetly:** Je crois qu'il serait intéressant de mener une étude là-dessus. Je pense que cela mérite une étude. Ce que je veux dire...

**M. Rick Norlock:** Avez-vous une suggestion à faire en ce qui concerne la manière dont nous pourrions faire cela?

**Le président:** Monsieur Norlock, votre temps est écoulé.

Colonel, vous pouvez répondre à la question, si vous avez une réponse à fournir.

**Col Rakesh Jetly:** Oui, je peux fournir une brève réponse.

Cela mérite une étude. Cela dit, les idées s'empilent sur mon bureau. On a proposé toutes sortes de choses: l'équithérapie, l'agrotérapie, la sculpture sur pierre à savon, etc. La liste est incroyable. Il vous faudrait dix ans pour passer en revue toutes les idées qui ont été formulées. Des données empiriques montrent que certaines de ces thérapies sont bénéfiques, mais je crois que nous devons mener des recherches en bonne et due forme, à défaut de quoi nous nous engageons sur une pente savonneuse. Je ne doute pas un seul instant que la zoothérapie assistée par des chiens a eu des bienfaits pour les personnes auxquelles vous avez fait allusion, mais j'estime que nous devons disposer de recherches.

**Le président:** Merci.

C'est au tour de M. McKay de prendre la parole, mais il a quitté la salle. Il prendra la parole plus tard. En principe, nous en sommes toujours au premier tour, qui est habituellement un tour de sept minutes. À ce moment-ci, le Parti libéral devrait prendre la parole, mais M. McKay n'est pas ici. Je trouverai un moment où il pourra intervenir durant le tour de cinq minutes. Je veux simplement m'assurer que tous les membres qui prendront la parole durant ce tour disposeront de cinq minutes.

Nous allons passer à M. Opitz. Nous reviendrons ensuite à Mme Moore.

•(1700)

**M. Ted Opitz (Etobicoke-Centre, PCC):** Je vous remercie, colonel, d'être ici aujourd'hui.

Il y a une question que j'aimerais aborder brièvement. Nous avons été troublés d'entendre le caporal-chef dire qu'on l'avait informé du fait que, s'il subissait une rechute, il serait libéré de ses fonctions.

Quelle est votre opinion là-dessus, monsieur?

**Col Rakesh Jetly:** Eh bien, j'estime qu'il s'agit d'une chose qu'il n'est pas approprié de dire à quelqu'un. En ce qui concerne la libération pour des raisons de nature médicale et la question de savoir si une personne est apte à assumer ses fonctions, je ne crois pas que cela puisse être établi simplement par la présence d'une rechute.

En fait, je me suis fait le défenseur — et, à ce sujet, j'ai été cité, ou mal cité, dans le *Globe and Mail* — de l'idée selon laquelle les personnes qui ont subi un stress post-traumatique doivent reprendre leurs fonctions, car j'estime que le rétablissement d'une personne constitue une bonne nouvelle. Si une personne est complètement rétablie de sa maladie et veut continuer à servir dans les FC, nous sommes favorables à cela — il s'agit d'un exemple de réussite.

Il se trouve que les décisions relatives aux restrictions médicales et aux libérations pour des raisons de nature médicale s'appuient sur un certain nombre de raisons, notamment la sécurité de la personne et celle de l'organisation qui l'entoure. Si une personne éprouve des maux de dos ou de genoux, a des problèmes de vision ou est prise de vertiges, que ces problèmes posent un risque et qu'un rétablissement semble improbable, on lui attribue un profil médical permanent et on prend d'autres mesures du genre. Toutefois, il est arrivé que j'estime que des soldats soient aptes à reprendre du service; dans ces cas-là, nous les renvoyons à la base de Wainwright, où ils sont de nouveau exposés aux situations à l'origine de leur problème. À ce moment-là, ils prennent eux-mêmes conscience du fait que cela est difficile.

Je ne crois pas qu'il soit approprié de dire à une personne qu'elle ne pourra pas reprendre du service si elle subit une rechute. À mon avis, si une personne s'est bien rétablie et qu'elle est ensuite victime d'une rechute, nous devons réévaluer ses antécédents cliniques et sa stabilité de manière à déterminer si elle est apte à demeurer au sein des forces armées.

**M. Ted Opitz:** Êtes-vous en train de dire, alors, que l'objectif fondamental est de les conserver...

**Col Rakesh Jetly:** Tout à fait.

**M. Ted Opitz:** ... au sein de l'effectif et de faire en sorte qu'ils puissent poursuivre leur carrière?

**Col Rakesh Jetly:** Tout à fait.

**M. Ted Opitz:** Ils peuvent même exercer un autre métier.

**Col Rakesh Jetly:** Oui. Tout à fait.

**M. Ted Opitz:** D'accord.

**Col Rakesh Jetly:** La priorité, c'est qu'ils puissent réintégrer leurs fonctions. L'objectif est de faire en sorte qu'ils se rétablissent complètement et recommencent à exercer leurs fonctions, et, si cela n'est pas possible, qu'ils puissent exercer d'autres fonctions. Il s'agit du premier objectif que se fixe un professionnel de la santé mentale lorsqu'il rencontre un patient pour la première fois.

**M. Ted Opitz:** Ainsi, le changement de spécialité est une option.

Les FC ont lancé un programme pilote de thérapie par réalité virtuelle. Il s'agit d'une thérapie fondée sur une technologie audiovisuelle mise au point aux États-Unis, bien entendu, et qui permet aux patients de revivre la situation ou l'événement à l'origine de leur traumatisme. Pourriez-vous nous dire quelques mots à ce sujet?

**Col Rakesh Jetly:** Nous travaillons là-dessus.

**M. Ted Opitz:** Vous ne disposez donc pas de beaucoup de renseignements à ce propos.

**Col Rakesh Jetly:** Non. Nous venons d'adopter cette thérapie et nous l'étudions. Il existe quelques plateformes américaines. En ce moment, nous tentons de créer une version canadienne du logiciel. Je ne veux pas que les soldats canadiens soient exposés à des uniformes et à des véhicules tout terrain de l'armée américaine. Je veux que ce soit nos VAL et les endroits où se trouve notre personnel qui figurent dans ce logiciel.

**M. Ted Opitz:** Je comprends.

**Col Rakesh Jetly:** Nous progressons.

**M. Ted Opitz:** Vous avez passé un certain temps dans un hôpital de rôle 3 à Kandahar, où vous avez pris en charge divers cas de blessures de stress opérationnel. Vous avez été témoin de ces blessures. Vous avez traité les personnes qui les ont subies. Pouvez-vous nous parler de quelques-unes des choses que vous avez observées et des différences que vous avez constatées entre les divers traitements? Il n'existe aucun remède universel pour traiter le stress opérationnel.

**Col Rakesh Jetly:** Vous avez tout à fait raison.

**M. Ted Opitz:** Ce problème se manifeste différemment d'une personne à l'autre.

**Col Rakesh Jetly:** La blessure de stress opérationnel est un paradigme. Il s'agit d'un terme non clinique. Le trouble de stress post-traumatique, la dépression et le trouble panique ne se traitent pas de la même façon.

J'ai servi dans les FC pendant 20 ans, et ce que j'ai constaté, c'est qu'il n'y a rien de parfait. Toutefois, ce que j'ai trouvé vraiment impressionnant, c'est que les gens parlent beaucoup de cela, et que beaucoup de personnes se manifestent dans les hôpitaux de rôle 3, en plein théâtre des opérations. Ces personnes nous expliquent qu'elles sont différentes des autres, et elles nous font part des difficultés qu'elles éprouvent. Un commandant se présentera accompagné d'un soldat et nous dira: « Je suis un peu inquiet de la façon dont ce caporal ou ce caporal-chef se comporte. Pouvez-vous l'examiner? » C'est la principale chose que j'ai remarquée.

Vous savez, lorsque nous avons été déployés au Rwanda, nous ne disposions d'absolument aucun service de soutien en santé mentale. À Kandahar, nous disposions de psychiatres, de travailleurs sociaux et de personnel infirmier spécialisé en santé mentale. Nous disposions d'une équipe complète de soins psychiatriques. Pour un psychiatre, cela change tout.

Même lorsque nous nous trouvons dans le théâtre des opérations, notre principal objectif est d'aider les soldats à mener à bien leurs tâches et leur séjour. Cela est très important pour la plupart des soldats, de sorte que nous faisons de notre mieux pour qu'ils demeurent dans nos rangs et collaborons de manière confidentielle avec la chaîne de commandement à cette fin. Parfois, nous les affectons pendant deux ou trois semaines à l'aérodrome pour leur accorder un répit et qu'ils apprennent quelques techniques leur permettant de garder les pieds sur terre — ce qui ressemble beaucoup à ce que l'on vous a expliqué à propos de la zoothérapie — et de ne pas s'empêtrer dans un état, par exemple d'hypervigilance et d'éveil. Même en plein théâtre d'opérations, notre principal objectif est d'aider les soldats à mener à bien leur affectation.

● (1705)

**M. Ted Opitz:** Vous avez indiqué que l'éducation des soldats était un facteur qui entrainait en ligne de compte au moment de traiter les diverses formes de TSO. Lorsque j'avais affaire à mes propres soldats, je devais constamment m'assurer qu'ils étaient en mesure de déceler leurs propres symptômes de TSO et qu'ils ne craignent pas de m'en faire part. Je crois qu'il est primordial de sécuriser les soldats afin qu'ils aient la confiance requise pour déceler leurs symptômes et chercher à obtenir un traitement.

Cela dit, dans les cas où vous constatez que le processus d'éducation n'a pas véritablement porté ses fruits et que les mesures prises n'ont pas de réels effets sur une personne — M. Harris a expliqué que cela se passait à Petawawa —, quelles sont quelques-unes des mesures que les gens de votre domaine et la chaîne de commandement peuvent prendre pour rajuster le tir sur le plan de l'éducation, et comment faites-vous pour régler...

**Le président:** Monsieur Opitz, votre temps est écoulé.

Colonel, vous pouvez répondre à la question.

**Col Rakesh Jetly:** Bien sûr. Ce que nous réclamons, c'est un changement d'attitude. Je constate que, bien souvent, les gens reprochent sans cesse aux personnes de rang intermédiaire — les officiers subalternes, les militaires du rang, les caporaux-chefs et les sergents — d'être ceux qui ne comprennent pas. Cependant, j'estime que ces personnes occupent les postes les plus exigeants.

À mon avis, il est très facile pour un général ou un colonel de dire que tout le monde a besoin de ceci ou de cela, mais les choses se compliquent beaucoup pour ceux qui dirigent une petite section où deux des trois personnes responsables de conduire les gens à destination ou en provenance de Petawawa sont absentes pour cause de maladie. Je crois que les officiers subalternes sont ceux qui font le travail le plus difficile. Ce sont eux qui décident si une personne a besoin de recevoir un petit encouragement, d'un congé pour régler des problèmes ou d'un petit coup de pouce. Ainsi, j'éprouve de l'empathie à l'égard des officiers subalternes, qui font probablement, à mon sens, le travail le plus difficile.

**Le président:** Merci.

Nous allons continuer.

[Français]

Madame Moore, vous avez la parole.

**Mme Christine Moore (Abitibi—Témiscamingue, NPD):** Merci, monsieur le président.

J'aimerais parler de la pénurie de personnel dans le domaine de la santé mentale. Depuis 2010, le nombre d'intervenants n'a pas dépassé 380, alors qu'on vise à avoir 447 praticiens. De plus, le rapport de l'ombudsman décrit l'état d'épuisement professionnel de ceux qui fournissent des soins.

On sait que travailler dans le domaine de la santé mentale avec des militaires n'est pas nécessairement facile. En effet, on écoute des récits d'événements qui ne sont pas faciles. Cela peut être très difficile pour les professionnels de la santé. Quelles mesures prenez-vous pour vous assurer que vous n'épuisez pas vos professionnels de la santé, les infirmières et les médecins? Évaluez-vous ce personnel? Comment faites-vous pour vous assurer que vous n'êtes pas en train de les rendre malades eux aussi à essayer de soigner tout le monde malgré la pénurie de personnel?

[Traduction]

**Col Rakesh Jetly:** C'est une bonne question. Merci.

À coup sûr, pour les services de santé, et assurément pour les services de santé mentale, il est très important de prendre soin de leur propre personnel, et nous devons sans aucun doute être conscients du risque d'épuisement professionnel. Les professionnels de la santé mentale sont des gens passionnés et dévoués.

Je n'ai pas dirigé de clinique depuis quelques années, mais à l'époque, à Halifax, j'ai pris quelques mesures. Par exemple, il n'était pas question de tenir des dîners-causeries. Durant l'heure du dîner, on prend une pause. Tout le monde convoque des réunions urgentes à la dernière minute et appelle cela un dîner... De plus, tout le monde

rentre à la maison à 16 heures; moi, je resterai plus longtemps au bureau, mais vous, rentrez à la maison. Ce sont des exemples de mesures concrètes que j'ai prises.

En outre, la formation est importante — la formation qui nous aide à comprendre nos limites, à savoir jusqu'où nous pouvons aller et à bien faire notre travail. Nous offrons régulièrement des séances de formation sur toutes sortes de sujets, par exemple les psychothérapies de pointe en matière de traitement cognitif et l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires. Nous offrons une supervision clinique aux thérapeutes qui sont aux prises avec des cas épineux; ces gens peuvent donc consulter un expert. Par exemple, les centres de soutien pour trauma et stress opérationnel mènent des activités dans quatre secteurs clés — à savoir l'évaluation, le traitement, la sensibilisation et la recherche —, et les membres du personnel font une rotation de manière à ce que les mêmes personnes ne se retrouvent pas constamment face à des gens qui souffrent. Certains jours, on fait des évaluations, et d'autres, on enseigne à l'extérieur de nos bureaux.

Nous prenons beaucoup de mesures pour protéger les gens d'eux-mêmes, pour éviter qu'ils ne s'usent — ou presque — à la corde et faire en sorte qu'ils puissent continuer à faire leur travail.

[Français]

**Mme Christine Moore:** La Direction de la santé mentale où vous travaillez présentement souffre d'un manque de personnel de l'ordre de 41 p. 100. Cela veut dire que près de la moitié des chaises sont vides. J'aimerais savoir comment le mandat de la direction est rempli si tous les postes ne sont pas pourvus. Quels sont les projets et les programmes qui sont en attente à cause de ce manque de personnel? Qu'est-ce qui ne peut pas être fait présentement à cause du manque de personnel?

• (1710)

[Traduction]

**Col Rakesh Jetly:** Les chiffres que vous avez mentionnés m'ont échappé. Pouvez-vous répéter le pourcentage de nos postes qui, selon vos renseignements, ne sont pas pourvus?

[Français]

**Mme Christine Moore:** Selon les statistiques dont je dispose, 41 p. 100 des postes à la Direction de la santé mentale ne sont pas pourvus.

[Traduction]

**Col Rakesh Jetly:** C'est faux.

**Mme Christine Moore:** D'accord.

**Col Rakesh Jetly:** Avez-vous dit 41 p. 100 ou 41 personnes?

[Français]

**Mme Christine Moore:** C'est 41 p. 100.

[Traduction]

**Col Rakesh Jetly:** Non. Quelque 370 de nos 400 postes sont dotés. Cela ne représente pas 41 p. 100. Je ne suis pas certain de... J'ai peut-être le chiffre sous la main. Il change chaque jour...

Oui, 379 de nos 447 postes sont pourvus.

[Français]

**Mme Christine Moore:** Néanmoins, certaines choses ne peuvent sûrement pas être faites parce que ces postes ne sont pas comblés.

[Traduction]

**Col Rakesh Jetly:** Cela dépend. C'est une bonne question.



Nous nous évertuons à combler les postes. Votre collègue a posé une question à propos de la thérapie par réalité virtuelle. Nous avons recours à des thérapies intéressantes et novatrices. Là encore, il s'agit vraiment de bien faire comprendre à nos éventuels employés que nos cliniques sont à la fine pointe de la technologie et constituent un bon milieu de travail pour nos équipes, et c'est ce que nous faisons. Nous avons noué des relations positives avec l'Association des psychiatres du Canada et la Société canadienne de psychologie, et nous collaborons avec elles pour faire en sorte que leurs membres soient mieux informés de nos programmes.

Quant aux choses que nous ne faisons pas, il faut garder présent à l'esprit que le nombre auquel nous sommes arrivés — je devrais plutôt dire le nombre auquel « ils » sont arrivés — il y a dix ans constituait essentiellement une approximation. Beaucoup de gens nous demandent: « Est-ce que 447 est un nombre d'employés suffisant? » À cette question, je réponds que je ne saurais le dire, vu que notre effectif n'a jamais compté 447 employés. Vous ne trouverez dans le monde aucun responsable d'un système de soins de santé qui vous dira que ses employés ne se sentent pas surchargés de travail et qu'il ne croit pas avoir besoin de personnel supplémentaire. Vous pouvez poser la question à tout directeur d'un établissement hospitalier du pays.

Nous maintenons le rythme. Nous examinons les patients. Nous établissons l'ordre de priorité des listes. Nous sommes en mesure de faire des choses et d'affecter notre personnel en uniforme à divers endroits. Nous avons renforcé nos compétences. Nous avons créé des CSTSO dans les cliniques de Petawawa, de Valcartier et de Gagetown. Nous avons déplacé des gens. Nous faisons tout notre possible.

**Mme Christine Moore:** Puis-je formuler un bref commentaire, monsieur le président? Je ne poserai pas de question.

**Le président:** Il ne vous reste plus de temps, madame Moore. Votre temps est tout simplement écoulé.

[Français]

**Mme Christine Moore:** Je voulais surtout savoir si des programmes ou des projets n'étaient pas mis en oeuvre à cause de ce manque de personnel. Si vous pouviez me faire savoir par écrit si des programmes sont en attente, ce serait très apprécié.

[Traduction]

**Le président:** Si vous pouviez nous revenir là-dessus, ce serait merveilleux.

Nous allons passer au prochain intervenant.

Madame Gallant, vous avez la parole.

**Mme Cheryl Gallant (Renfrew—Nipissing—Pembroke, PCC):** Je vous remercie, monsieur le président, et par votre entremise, je remercie les témoins.

L'un des témoins que nous avons entendus plus tôt aujourd'hui a indiqué qu'il était intéressé à participer à un projet pilote concernant les chiens d'assistance et qu'il avait fait part de cet intérêt à ses supérieurs, mais que ceux-ci l'avaient vivement découragé de le faire.

Je suis bien au fait de ce projet pilote. Est-ce que vous y avez participé d'une façon ou d'une autre?

**Col Rakesh Jetly:** Si je ne m'abuse, il a été dirigé par les membres de l'équipe du DGSB — le directeur, Gestion du soutien aux blessés —, à savoir le colonel Blais.

**Mme Cheryl Gallant:** Si un tel projet pilote devait de nouveau être lancé, comment l'organisation responsable de l'étude ou du

projet s'y prendrait-elle pour trouver des soldats intéressés à y participer, et j'entends par là non pas des anciens combattants, mais des soldats actuellement en service?

**Col Rakesh Jetly:** Il y a tout un processus de recherche qui consiste en partie à demander au comité d'éthique de la recherche d'une université de l'approuver. Un volet serait de déterminer la méthode de recrutement.

Je crois que, dans une telle étude, ce serait très difficile, car il risque d'y avoir des biais; si des gens qui aiment les chiens se soumettent à l'étude et obtiennent de bons résultats, les personnes chargées de l'évaluation par la suite pourraient dire que votre sélection de sujets était biaisée.

Je ne saurais parler de la façon dont je concevais l'expérience proprement dite, mais vous devez sélectionner les personnes au hasard. Il faudrait donner des chiens à certaines personnes, établir une comparaison avec la thérapie régulière et procéder au contrôle de tous les facteurs qui touchent la vie des sujets. C'est très compliqué.

• (1715)

**Mme Cheryl Gallant:** Je ne parlais pas d'une étude. Il était question d'un projet pilote dans le cadre duquel des chiens d'assistance avaient été dressés pour aider.

**Col Rakesh Jetly:** Je suis mal placé pour parler de cela.

**Mme Cheryl Gallant:** D'accord.

En votre qualité de conseiller en santé mentale, savez-vous si une personne qui souffre de TSPT et connaît un épisode peut émettre des sécrétions biologiques? Y a-t-il des phéromones?

**Col Rakesh Jetly:** Beaucoup. Il y a habituellement une poussée de cortisol.

**Mme Cheryl Gallant:** Est-ce quelque chose qu'un animal peut détecter à l'aide de son système olfactif?

**Col Rakesh Jetly:** Je n'en ai aucune idée. Il ne s'agit pas d'une phéromone. Il s'agit d'un agent chimique qui provient du centre du cerveau. J'ignore si les chiens peuvent sentir le cortisol.

**Mme Cheryl Gallant:** Alors il est possible que des produits chimiques soient décelés, ce qui expliquerait pourquoi ils peuvent ressentir une crise ou un épisode imminent, mais laissons les chercheurs déterminer cela. Merci.

Mon cher ami, M. Harris, mentionnait la Base des Forces canadiennes Petawawa. Savez-vous si on a comblé les besoins actuels en matière de psychiatres?

**Col Rakesh Jetly:** La main-d'œuvre de Petawawa est actuellement surabondante. Il y a là-bas 4,8 psychiatres pour une population d'environ 6 000 personnes, et il n'existe probablement pas de collectivité dans le monde qui a autant de psychiatres pour 6 000 personnes.

La population civile est inexistante, alors nous nous en tirons très bien sur le plan du recrutement, de l'intérêt et de la passion, et les soldats là-bas obtiennent des soins très rapidement maintenant.

**Mme Cheryl Gallant:** C'est remarquable, parce que, pour un bassin de 100 000 personnes, je crois qu'il n'y a que deux psychiatres pour les civils.

La fermeture du bureau satellite à Ottawa où les soldats étaient transportés par autobus et la perte des deux psychologues ont soulevé beaucoup de préoccupations. Pouvez-vous me dire si ces deux psychologues — ou les deux personnes ou le nombre d'heures hebdomadaires — ont été transférés à Petawawa?

**Col Rakesh Jetly:** Oui. Les psychologues eux-mêmes ont déménagé pour continuer d'offrir des services à Petawawa. Malheureusement, nous sommes peut-être à blâmer pour la façon dont nous avons communiqué la nouvelle, car il s'agissait en fait d'une bonne nouvelle.

Nous fermions la clinique satellite qui obligeait les soldats à s'éloigner de leur famille et à faire deux heures de route, comme nos amis de Shilo qui se rendent à Winnipeg. La clinique satellite a fermé. Cela a permis d'augmenter l'effectif du CSTSO d'Ottawa, de sorte que les soldats obtiennent des soins au centre de soutien des guerriers de Petawawa.

**Mme Cheryl Gallant:** Lorsque je me suis rendue à la BFC Petawawa avec le Comité des affaires des anciens combattants, qui a tenu une séance là-bas, nous avons rencontré un soldat qui était revenu de l'Afghanistan depuis un an et n'avait pas encore vu de psychiatre. Par miracle, ce jour-là, il allait se rendre à son premier rendez-vous.

Pouvez-vous me donner une idée des temps d'attente pour une situation de crise? Combien de temps un soldat en crise doit-il attendre avant de voir un psychiatre, et quel est le délai dans une situation moins critique?

**Col Rakesh Jetly:** Vous voulez dire pour Petawawa en particulier?

**Mme Cheryl Gallant:** Oui.

**Col Rakesh Jetly:** J'ai peut-être ces données sous la main.

En ce qui concerne la structure de nos systèmes en cas de crise, nous avons les services psychosociaux, qui font appel non pas à un psychiatre, mais à un autre professionnel de la santé mentale. Cela se produit dans les 24 heures; le rendez-vous avec un professionnel, pas nécessairement un psychiatre.

Le temps d'attente à Petawawa pour obtenir une rencontre routinière avec un psychiatre est maintenant de 16 jours à compter du renvoi.

**Mme Cheryl Gallant:** Seize jours à compter...

**Le président:** Madame Gallant...

**Mme Cheryl Gallant:** Encore juste une question.

**Le président:** Votre temps est écoulé. Je suis désolé.

Théoriquement, nous sommes censés suspendre la séance quinze minutes après l'heure. Je sais qu'il y a des questions brûlantes ici, alors, à des fins d'équité, je vais accorder deux interventions de quatre minutes, une pour le NPD et l'autre pour le gouvernement.

Sur ce, monsieur Harris — Dan Harris — la parole est à vous. Je vais restreindre l'intervention strictement à quatre minutes. Si vous voulez céder votre temps à quelqu'un d'autre, vous le pouvez.

Ensuite, je vais revenir à vous, monsieur Alexander.

**M. Dan Harris (Scarborough-Sud-Ouest, NPD):** Merci beaucoup, monsieur le président. Il y a trop de Harris.

Colonel, je vous remercie du témoignage. Je veux poursuivre sur la lancée de l'autre M. Harris. Vous avez mentionné que d'importantes améliorations ont été apportées à Petawawa au cours des six derniers mois, grâce à l'embauche et au réaménagement de la direction.

Dans le cadre du réaménagement, a-t-on mis en place des critères de mesure pour s'assurer que les mesures prises amélioreront les résultats?

•(1720)

**Col Rakesh Jetly:** C'est une excellente question.

La mesure définitive sur laquelle nous travaillons actuellement est l'établissement d'un système de gestion des résultats, afin de regarder systématiquement le véritable progrès clinique des gens. Nous travaillons là-dessus.

Aujourd'hui, nous parlons de la même chose...

**M. Dan Harris:** Fantastique.

Y a-t-il quelque chose...

**Col Rakesh Jetly:** Le temps d'attente et des choses comme ça sont les données objectives employées à l'heure actuelle.

**M. Dan Harris:** Y a-t-il quelque chose d'écrit que vous pourriez peut-être transmettre au comité?

**Col Rakesh Jetly:** Voulez-vous dire des changements de...

**M. Dan Harris:** S'il y a un plan en place et que vous pouvez nous le transmettre, ce serait fantastique.

**Col Rakesh Jetly:** Pardon; voulez-vous dire pour la mesure des résultats ou les changements à Petawawa?

**M. Dan Harris:** Les deux, si vous les avez.

**Col Rakesh Jetly:** Bien sûr.

**M. Dan Harris:** Vous avez mentionné la tenue de rencontres nationales régulières avec des médecins militaires. M. Harris a demandé si des problèmes avaient été relevés dans d'autres bases. Dans le cadre de ces rencontres, avez-vous pris des mesures pour vous assurer que les problèmes qui existaient à Petawawa ne survenaient pas ailleurs?

**Col Rakesh Jetly:** On entreprend une discussion libre. Nos cliniciens ont différentes formations, différentes expériences et ce genre de choses. Nous avons des cliniciens militaires et des cliniciens civils. Nous invitons les gens à venir parler des problèmes qu'ils éprouvent. Parfois, le problème sera d'ordre disciplinaire, chez une personne ayant des troubles de la santé mentale. Dans tous ces domaines, nous discutons de l'approche clinique et de la façon dont nous, le personnel médical, pouvons le mieux servir nos patients.

**M. Dan Harris:** J'aurais espéré que, dans le cadre de ce processus, on insiste un peu plus. Les gens ne mentionneront pas généralement une erreur ou quelque chose qui s'est mal passé sans sollicitation particulière.

**Col Rakesh Jetly:** Vous seriez étonné. Si vous fermez la porte...

**M. Dan Harris:** Je vais céder le reste de mon temps à mes collègues.

Merci.

**Le président:** Nous pouvons entendre Mme Moore ou M. Harris.

**M. Jack Harris:** Merci, monsieur le président.

Permettez-moi de préciser quelque chose, colonel.

Je sais que M. Norlock avançait que le TSPT était nouveau, et j'imagine que, par rapport à toute l'histoire médicale, c'est nouveau. Comme vous l'avez mentionné, selon votre génération de professionnels de la santé, le TSPT est reconnu depuis les années 1980, selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*; à tout le moins, dans les troisième, quatrième et cinquième éditions.

C'est quelque chose qui est accessible depuis dix ou 15 ans dans le monde militaire. Ai-je raison?

**Col Rakesh Jetly:** Oui.

**M. Jack Harris:** Les médecins militaires disent qu'ils ne croient pas qu'on puisse traiter le TSPT, par exemple.

C'est faux, n'est-ce pas?

**Col Rakesh Jetly:** Assurément.

**M. Jack Harris:** La discussion m'intéressait. Vous parliez en votre qualité de professionnel de la santé et vous essayez d'évaluer ce programme canin, comparativement à un médicament ou à autre chose. Un médicament particulier ne fonctionnera pas pour tout le monde non plus; certains médicaments donnent des résultats chez le patient A, mais pas chez le patient B.

J'aime votre idée selon laquelle une étude risque de prendre un certain temps, mais c'est peut-être quelque chose qu'un autre bureau — le chef du personnel — pourrait examiner, comparative-ment à une thérapie médicale.

Cela me semble raisonnable. Est-ce ce que vous aviez?

**Col Rakesh Jetly:** Oui. Selon moi, pour qu'un service de santé soit mis en place, nous devons avoir des données probantes sur la gamme de soins.

**M. Jack Harris:** Je comprends.

Merci.

**Le président:** Le temps est écoulé.

Comme je l'ai dit plus tôt — M. McKay était sorti de la salle — les libéraux ont droit à une intervention. Il ne nous reste plus beaucoup de temps, toutefois, et je sais que M. Alexander n'a pas eu sa chance. Le comité a un peu de travaux, alors, s'il accepte, nous allons prolonger la séance encore un peu plus.

Sur ce, monsieur McKay, la parole est à vous, puis je vais passer à M. Alexander. Nous faisons des périodes de quatre minutes.

**L'hon. John McKay:** Merci, monsieur le président, de cette aimable attention.

Je m'excuse d'avoir été absent lorsque vous parliez, monsieur.

Une fois, j'ai assisté à une conférence fascinante d'un urgentiste new-yorkais qui s'adressait à un groupe de gouverneurs d'États américains et de premiers ministres canadiens pour leur parler de médecine fondée sur des données probantes. Il a expliqué comment ce type de médecine avait tué George Washington, parce que, à l'époque, la saignée était considérée comme une bonne thérapie.

Il a ensuite énuméré toute la gamme de thérapies routinières en vigueur dans la profession médicale, puis il a analysé les données probantes établissant leur fonctionnement. Il était question de mammogrammes et de tests de prostate... Toute la routine, et, essentiellement, ça m'a ouvert les yeux en tant que politicien n'ayant aucune formation médicale: ces données probantes sont parfois des données assez peu empiriques.

Lorsque notre autre témoin a réagi de façon assez vive à des données probantes, il a eu la réaction de n'importe quel profane qui dirait: « Eh bien, je ne sais rien des données probantes, mais je sais que cela fonctionne pour moi. »

Je m'excuse si on a déjà abordé la question, mais, si un certain nombre de vos soldats disent que cela fonctionne vraiment pour eux, que fait l'armée pour mettre au point un outil de mesure empirique qui pourrait réellement permettre de déterminer qu'il s'agit d'une bonne thérapie, ou non, selon le cas? Je ne comprends pas.

● (1725)

**Col Rakesh Jetly:** Votre message est très bien reçu. Toutes les données probantes que nous invoquons sont-elles parfaites? Probablement pas, et c'est pourquoi les choses changent. Ce sont les données probantes qui changent ce que nous faisons.

Pendant des années et des années, on a cru que les ulcères gastro-œsophagiens et duodénaux étaient causés par un affaiblissement de la muqueuse, mais on s'est aperçu qu'une bactérie les causait, et maintenant, on traite cela avec des antibiotiques. Il a fallu des données probantes pour changer les données probantes antérieures.

**L'hon. John McKay:** Alors, que faisons-nous pour recueillir des données probantes à l'appui de ce que disent ces soldats?

**Col Rakesh Jetly:** Nous ne faisons rien. Nous surveillons ce que font nos homologues américains et les résultats d'autres études.

**L'hon. John McKay:** N'est-ce pas le problème, cependant? Les FC voient un nombre assez élevé — à coup sûr, dans les milliers — de personnes qui se présentent avec un TSPT et d'autres TSO, et une importante proportion d'entre elles disent qu'une telle chose fonctionne pour elles, alors pourquoi les Forces ne donnent-elles pas suite à cela?

**Col Rakesh Jetly:** Nous ne pouvons pas étudier chaque traitement proposé pour chaque trouble qui se manifeste. Nous ne sommes tout simplement pas assez nombreux.

Nous faisons partie d'une organisation appelée l'ICRSMV, qui est un institut de recherche regroupant 25 universités ou plus. Je ne suis pas certain si vous étiez là lorsque j'ai parlé de mon collègue américain, qui dit avoir du financement et essayer depuis des années de trouver un enquêteur principal qui se penchera sur la zoothérapie faisant appel aux chiens en particulier, et rien n'a démarré. J'ai dit que, dans le cadre d'un partenariat, si les gens sont intéressés, la recherche est possible, mais la liste des traitements proposés qui arrive régulièrement sur mon bureau est infinie.

**L'hon. John McKay:** À Vancouver, il y avait un groupe d'entraide auquel participaient des soldats situés à Vancouver et l'Université de la Colombie-Britannique. Il a obtenu des fonds de tout le monde sauf de Forces. Au bout du compte, et c'est tout à l'honneur du ministre de la Défense nationale et du ministre des Affaires des anciens combattants, elles ont offert du financement. J'ignore ce qui enclenche ce processus.

Quoi qu'il en soit, mon temps est écoulé.

Merci, monsieur.

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

Monsieur Alexander, les quatre dernières minutes sont à vous.

**M. Chris Alexander (Ajax—Pickering, PCC):** Merci beaucoup, colonel Jetly, et je vous remercie d'avoir insisté sur les aspects scientifiques et la preuve clinique qui doit sous-tendre le traitement.

Nous comprenons tous qu'il est très difficile de déterminer où investir, surtout avec les thérapies émergentes. Nous vous appuyons dans votre initiative de vous fonder sur des données scientifiques au même titre que n'importe quel professionnel de la santé mentale dans le monde, certainement parmi les militaires. Nous avons vu le Canada être applaudi pour cela, entre autres, à la réunion trinationale à laquelle nous avons assisté ensemble à Washington.

J'ai deux questions pour vous, et elles sont liées. La première se rattache aux deux témoins que nous avons accueillis avant vous, à leurs histoires très personnelles concernant l'Afghanistan et à leur conviction très ferme selon laquelle la zoothérapie avec les chiens les avait aidés alors que d'autres thérapies, avec une validation clinique peut-être plus solide, ne les avaient pas aidés aussi rapidement qu'ils l'auraient souhaité.

Dites-nous ce que vous faites et ce que la recherche et la pratique vous incitent à faire dans les cas où la victime de TSPT ne réagit pas à la thérapie. Nous savons tous déjà à la lumière de notre étude que de six à 12 séances avec le bon thérapeute et dans les bonnes conditions peuvent avoir une incidence positive pour beaucoup de cas, peut-être même la majorité, mais, parfois, ce n'est pas le cas. Où amenez-vous les gens après cela?

• (1730)

**Col Rakesh Jetly:** Je crois qu'il y a deux choses. Il y a des gens qui réagissent en parfaite conformité avec les données probantes et, après 12 ou 13 séances, ils guérissent. Toutefois, lorsque j'étais aux États-Unis la semaine dernière, on parlait d'un grand centre où le taux de réussite de la thérapie n'était que de 18 p. 100. Le reste des gens abandonnaient les traitements fondés sur de solides données probantes, alors nous avons déjà adapté nos thérapies pour ralentir un peu le débit et donner aux personnes plus de temps pour se stabiliser et ce genre de choses.

Il y a des gens qui réagissent très bien au départ; heureusement, les gens se manifestent plus que jamais. Il y a des gens qui réagissent partiellement, et nous espérons qu'ils resteront dans l'armée, même s'ils n'occuperont pas nécessairement la même profession. Ensuite, il y a un groupe qui ne réagit pas bien, alors nous essayons plusieurs traitements différents.

Outre cela, je crois que le domaine important dans lequel nous sommes actifs avec Affaires des anciens combattants est la transition vers la vie civile. Il y a l'UISP et la gestion de cas. En ce qui concerne les fonds supplémentaires que nous pouvons attribuer, nous songeons à rétablir l'ergothérapie pour compléter les deux autres mesures que nous avons pour aider les gens à faire la transition après leur réadaptation professionnelle. Il y a de jeunes combattants qui reviennent de la guerre; ces gens sont dans la vingtaine et dans la trentaine et ont de jeunes familles, alors nous voulons leur offrir la meilleure transition.

**M. Chris Alexander:** Merci.

Mon autre question se rattache à l'autre extrémité du spectre: les soldats qui n'ont pas été déployés. Ils viennent peut-être d'être recrutés, n'ont jamais participé à une mission et ne souffrent pas encore de TSPT. Que faisons-nous pour contribuer à leur résilience qui, nous le savons, peut prévenir ce trouble?

Certaines armées, comme celle d'Israël — mais d'autres aussi — semblent avoir beaucoup investi dans la recherche et le renforcement.

**Col Rakesh Jetly:** Nombre de nos alliés — et nous, en particulier — ont mis au point différents types de formation en résilience. L'idée de la résilience est non pas de se construire un bouclier contre le stress, mais plutôt de comprendre que le stress est inévitable dans la vie et en déploiement, et qu'on peut s'en remettre, alors nous avons un programme En route vers la préparation mentale du berceau au tombeau, si vous voulez, qui commence avec l'instruction de base.

Nous menons aussi durant l'instruction de base une étude de recherche sur la biologie, qui traite du stress des gens et des changements épigénétiques qui surviennent durant l'instruction de base pour voir s'il y a des bienfaits durant le cycle de carrière. Les officiers, les officiers subalternes et les soldats du rang l'obtiennent. Nous renforçons cette instruction durant le déploiement, la phase préalable au déploiement, la phase qui suit le déploiement et, en partie, au moment de la DTL dont les gens profitent. Il y a aussi un volet familial qui fait en sorte que les familles l'obtiennent en même temps.

C'est un programme qui a beaucoup attiré d'attention sur le plan international. Un groupe de l'OTAN envisage une formation semblable à l'échelle des pays membres, et il a adapté le modèle canadien, avec nos collègues américains. Les forces policières sont intéressées, et nous venons de commencer à aider la Gendarmerie royale du Canada au Nouveau-Brunswick à former certains de ses membres à l'offrir eux-mêmes. Il s'agit d'un domaine vaste.

Je crois que, de 1980 à 1990, nous songions à la façon de détecter les personnes malades. Le milieu scientifique a franchi cette étape, et on peut dire que, aujourd'hui, la grande majorité des gens exposés à un traumatisme ne tombent pas malade, alors essayons de déterminer ce qui les aide à composer avec la réalité et essayons d'inculquer cela aux gens.

**Le président:** Merci. Notre temps est écoulé.

Colonel, je vais vous donner un peu de devoirs. J'avais quelques questions, mais je vais simplement vous les transmettre, et vous pouvez y répondre par écrit, car il ne nous reste plus de temps. Les analystes vous les fourniront par écrit aussi, pour que vous les conserviez.

Essentiellement, nos témoins antérieurs ont parlé de suicide, alors la question de la prévention du suicide m'intéresse en ce qui concerne les mesures que nous prenons pour former nos officiers, surtout dans le cadre de nos programmes menant à un grade universitaire au Collège militaire royal du Canada, à Saint-Jean, entre autres, pour prévenir le suicide à l'échelon de l'unité.

Aussi, quels sont les résultats du travail du Comité d'experts des Forces canadiennes sur la prévention du suicide? Vous avez examiné cette étude, et nous aimerions obtenir des renseignements à ce sujet.

Aussi, nous n'avons jamais abordé la question des lésions cérébrales. Nous nous sommes attachés aux problèmes de santé mentale, mais il y a aussi les problèmes de lésions cérébrales. On a produit des rapports sur les lésions cérébrales, les types de traumatismes connexes et la façon dont les Forces canadiennes gèrent cette réalité.

Sur ce, je vous remercie de votre témoignage aujourd'hui. Je vais vous transmettre ces questions par écrit, pour que vous les ayez et puissiez y répondre très rapidement.

Nous allons suspendre la séance. Le comité a une question à régler. Nous devons faire évacuer la salle, alors je demande à tout le monde qui ne travaille pas directement pour un membre du comité de partir.

Sur ce, nous suspendons la séance pour quelques minutes afin de poursuivre à huis clos.

*[La séance se poursuit à huis clos.]*







**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>