



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent des anciens combattants

ACVA • NUMÉRO 028 • 3^e SESSION • 40^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 16 novembre 2010

Président

M. Gary Schellenberger

Comité permanent des anciens combattants

Le mardi 16 novembre 2010

• (1530)

[Traduction]

Le président (M. Gary Schellenberger (Perth—Wellington, PCC)): Je vous souhaite à tous la bienvenue à la réunion 28 du Comité permanent des anciens combattants.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, nous menons une étude concernant le stress lié au combat et ses conséquences sur la santé mentale des vétérans et leur famille.

Nous recevons aujourd'hui les témoins suivants: Janice Burke, directrice, Santé mentale, ministère des Anciens Combattants; Raymond Lalonde, directeur, Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel, Hôpital St. Anne; et Tina Pranger, agente en santé mentale. Je vous souhaite la bienvenue.

Janice, vous êtes la première à prendre la parole. Allez-y, s'il vous plaît.

Mme Janice Burke (directrice, Santé mentale, ministère des Anciens Combattants): Merci beaucoup, monsieur le président et membres du comité.

Comme le président l'a mentionné, je m'appelle Janice Burke, et je suis directrice, Santé mentale pour le ministère des Anciens Combattants. Je suis accompagnée de deux personnes qui m'aideront à répondre à vos questions, à savoir Raymond Lalonde, directeur, Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel, et Mme Tina Pranger, agente nationale en santé mentale au ministère des Anciens Combattants.

Nous sommes très heureux d'être ici aujourd'hui pour discuter avec vous et vous fournir des renseignements à propos des activités du ministère des Anciens Combattants dans le secteur de la santé mentale, des mesures que nous prenons pour donner suite aux besoins des anciens combattants qui ont été exposés à un événement traumatisant ou qui ont subi un traumatisme lié au stress opérationnel lorsqu'ils étaient dans l'armée et de leur famille, et de ce que nous faisons pour les aider à passer de la vie militaire à la vie civile et à réintégrer leur collectivité.

Mon exposé sera assurément moins détaillé que les diapos figurant dans la trousse documentaire qui vous a été remise. Nous souhaitons que ces documents vous fournissent des renseignements qui contribueront à votre étude touchant le stress lié au combat et ses conséquences sur la santé mentale des vétérans et de leur famille.

Le terme « traumatisme lié au stress opérationnel » est en usage au sein du ministère de la Défense nationale, du ministère des Anciens Combattants et de la GRC — je le souligne pour le bénéfice des nouveaux membres du comité qui ne connaissent peut-être pas ce terme. On entend par « traumatisme lié au stress opérationnel » un problème psychologique persistant découlant de l'exercice de fonctions opérationnelles dans les Forces canadiennes ou la GRC. Je dois souligner que ce terme ne constitue pas un diagnostic médical — il sert à décrire un vaste éventail d'affections médicales

ayant fait l'objet d'un diagnostic comme l'anxiété, la dépression et le trouble de stress post-traumatique.

Différents termes ont été utilisés au fil du temps pour décrire la réaction au stress opérationnel et au stress de combat aux fins du diagnostic. De la guerre de Sécession à la Seconde Guerre mondiale en passant par la Première Guerre mondiale, on a employé des expressions comme « coeur du soldat », « fatigue de combat », « traumatisme dû au bombardement » et « psychonévrose » pour décrire cet état. Il y a donc eu une évolution terminologique jusqu'en 1980, où l'expression « trouble de stress post-traumatique » a été fixée dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.

Toute une gamme d'événements traumatisants peuvent se traduire par une importante réaction au stress, par exemple, le fait d'être victime d'une menace de mort ou de blessures graves, la vue ou la manipulation de cadavres ou le fait d'être témoin d'actes d'humiliation humaine. Je dois souligner qu'il est normal de réagir à de tels événements traumatisants, et nous croyons qu'une intervention précoce, de l'éducation, du counselling et des traitements permettent d'atténuer considérablement leurs répercussions.

En outre, nous croyons qu'il est possible de prévenir l'apparition de troubles de stress post-traumatique graves et d'autres problèmes de santé mentale, ou du moins d'en atténuer notablement les symptômes.

Dans certains cas, une intervention et un traitement inadéquats et tardifs peuvent se traduire, entre autres, par l'absentéisme au travail, le chômage, les problèmes familiaux et relationnels, l'alcoolisme et la toxicomanie, l'isolement social, des démêlés avec la justice et l'itinérance. Le traumatisme lié au stress opérationnel entraîne aussi un risque de suicide.

Comme c'est le cas au sein de la population canadienne en général, le caractère honteux associé à ce traumatisme constitue un important obstacle à l'intervention précoce et à la prévention de la maladie mentale ou des conséquences graves du trouble de stress post-traumatique.

Je dois mentionner que le ministère de la Défense nationale a fait un travail considérable dans ce domaine. Grâce à son réseau du Bureau des conférenciers et à d'autres campagnes de lutte contre la stigmatisation qu'il a menées, le ministère a réussi à réduire l'ostracisme et à éduquer les gens à propos du traumatisme lié au stress opérationnel.

La création, par Anciens Combattants Canada et le ministère de la Défense nationale, du programme Soutien social — blessures de stress opérationnel, aussi appelée le SSBSO, et d'un réseau conjoint de plus de 15 cliniques de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel nous a permis de procéder à des aiguillages, des diagnostics, des évaluations et des traitements précoces, et de dispenser de l'éducation psychosociale. En outre, nous estimons que cela a contribué à diminuer la stigmatisation, à réaliser nos objectifs en matière d'intervention précoce et à accroître les résultats des traitements.

De plus, avant et après leur déploiement, les membres des Forces canadiennes sont éduqués et participent à des activités de dépistage, et ils sont aiguillés de façon appropriée et en temps opportun vers des programmes de counselling et d'autres services, et cela a des effets réels. Par exemple, nous savons qu'à peu près 53 p. 100 des clients d'ACC qui ont servi en Afghanistan et qui sont atteints d'une invalidité liée à l'exercice de leurs fonctions dans ce pays sont encore en exercice au sein des Forces canadiennes. Ainsi, ACC a 1 504 clients ayant servi en Afghanistan et touchant des prestations d'invalidité en raison d'une affection psychiatrique, et, de ce nombre, 797 sont toujours en exercice.

Pour soutenir les anciens combattants qui présentent des problèmes de santé mentale durant leur processus de rétablissement, pour faire en sorte qu'ils réussissent leur transition de la vie militaire à la vie civile et qu'ils parviennent à réintégrer cette dernière, et pour appuyer la famille de ces anciens combattants, ACC a mis en place plusieurs mesures importantes. Je ne vous les présenterai pas en détail — nous en parlerons peut-être au cours de la réunion —, mais pour le moment, je me contente de souligner que ces mesures sont mentionnées aux diapos 17 à 21 du document qui vous a été fourni, où sont également énumérées, aux diapos 22 et 23, les initiatives dont la mise en oeuvre a été entreprise, mais n'est pas terminée.

• (1535)

Je dois mentionner que ces initiatives s'inscrivent dans le cadre de la Stratégie en matière de santé mentale d'ACC. Cette stratégie visait principalement à faire en sorte qu'un éventail complet de programmes et de services soit en place pour répondre à tous les besoins des anciens combattants et de leur famille, notamment en ce qui a trait à l'environnement économique, à l'environnement social, à l'environnement des soins de santé et à l'environnement physique. Ce soutien peut être fourni par le truchement des programmes d'ACC, ou par des organisations communautaires, provinciales ou non gouvernementales.

Par conséquent, la stratégie vise également à mieux faire connaître les besoins des anciens combattants et de leur famille au sein des communautés où ils vivent, à renforcer suffisamment les capacités de nos programmes et celles des programmes provinciaux et communautaires pour offrir des traitements efficaces aux anciens combattants et à leur famille, et à nous assurer qu'il n'y a aucune lacune.

Les partenariats dans le secteur de la santé mentale sont donc d'une importance cruciale pour les anciens combattants, leur famille et ACC. Comme vous pourrez le constater dans le document qui vous a été fourni, ACC se consacre plus que jamais non seulement à renforcer ses partenariats actuels avec le ministère de la Défense nationale et les organisations qui représentent les anciens combattants, par exemple, la Légion royale canadienne, mais également à en favoriser de nouveaux qui amélioreront les programmes, les services et le soutien offert aux anciens combattants et à leur famille dans la collectivité où ils vivent.

En outre, il est important de mettre l'accent sur le fait que, même si toutes les initiatives mentionnées dans le document contribuent à améliorer la transition vers la vie civile et à favoriser la réintégration dans cette dernière tant pour les anciens combattants que pour leur famille, la mise en oeuvre de la nouvelle Charte des anciens combattants — laquelle est axée sur le rétablissement, le bien-être et l'autonomie — a été, et continuera à être d'une importance capitale pour la guérison des anciens combattants présentant des problèmes de santé mentale et le rétablissement de leur famille.

La nouvelle Charte des anciens combattants permet également au personnel d'ACC d'offrir des services de gestion de cas plus holistiques aux anciens combattants aux prises avec des problèmes de santé mentale et à leur famille, et de surmonter tous les obstacles — de nature notamment médicale, psychosociale et professionnelle — qui nuisent à leur rétablissement. Le soutien offert dans le cadre de la nouvelle Charte des anciens combattants ne se limite pas, comme c'était le cas avant l'entrée en vigueur de la Charte, à la prestation de services médicaux aux anciens combattants atteints d'une affection oeuvrant droit à une pension.

J'aimerais attirer l'attention et mettre l'accent sur l'importance du rôle que joue la famille dans le processus de rétablissement d'un ancien combattant, et rappeler que les traumatismes que subissent les militaires ont des répercussions considérables non seulement sur ceux-ci, mais également sur leur famille. Conscient de cette réalité, le ministère des Anciens Combattants a accru le soutien qu'il offre aux familles, tout d'abord en mettant en oeuvre la Charte des anciens combattants. À présent, les familles font partie du plan de réadaptation et de gestion de cas des anciens combattants, et, en cas de besoin, elles ont accès à des traitements, du counselling et du soutien offerts par les cliniques TSO.

En partenariat avec des organisations communautaires, les cliniques ont récemment élaboré deux programmes tout à fait particuliers de psychoéducation s'adressant aux enfants dont l'un des parents est touché par un traumatisme lié au stress opérationnel. Le premier programme, d'une durée de 10 semaines, s'adresse aux enfants de 8 à 12 ans, et le deuxième, constitué de six séances, s'adresse aux jeunes de 12 à 16 ans.

Dans le cadre de la nouvelle Charte des anciens combattants, l'époux ou l'épouse d'un ancien combattant peut recevoir de l'aide professionnelle si ce dernier n'est pas en mesure de participer à un programme d'emploi ou de réadaptation en raison d'un problème de santé mentale ou parce qu'il est décédé. La famille de l'ancien combattant est également assurée de toucher un soutien du revenu si l'ancien combattant est atteint d'une invalidité l'empêchant d'occuper convenablement un emploi rémunérateur.

De surcroît, les ressources du SSBSO — le programme de soutien par les pairs dont j'ai parlé plus tôt — ont été accrues pour offrir davantage de soutien par les pairs aux familles et pour renforcer notre réseau de bénévoles.

Vous n'êtes peut-être pas au courant du fait que nous disposons d'un réseau de bénévoles qui offrent du soutien par les pairs partout au pays, et qui donnent de leur temps pour venir en aide aux familles, aux pairs et aussi à ceux qui sont en deuil.

De plus, Anciens Combattants Canada établit des partenariats avec des organisations nationales, provinciales, communautaires et non gouvernementales afin de sensibiliser les anciens combattants atteints de problèmes de santé mentale et leur famille, et d'accroître l'accès aux services de soutien requis, et la coordination et la prestation de ces services dans les collectivités où vivent les anciens combattants et leur famille.

Enfin, je tiens à mentionner que la prévention du suicide est une priorité pour ACC. Je sais que le comité est particulièrement préoccupé par cette question. Comme le comité, ACC est conscient du fait que le suicide est l'une des conséquences les plus dévastatrices et les plus tragiques des problèmes mentaux, physiques, sociaux et émotionnels graves.

• (1540)

Nous ne connaissons pas le taux de suicide au sein de la population des anciens combattants ou de la clientèle d'ACC — si tout va bien, nous le connaissons au début de 2011, grâce à des données et à une collaboration avec Statistique Canada et le MDN —, mais nous savons que même un seul suicide est un suicide de trop.

En outre, en 2009, ACC a offert à l'ensemble de son personnel — plus précisément l'ensemble du personnel de première ligne —, une formation en matière de prévention du suicide. Des protocoles de prévention du suicide ont été mis à la disposition de tous les employés qui ont affaire avec des anciens combattants et leur famille dans le cadre de leur travail.

De plus, en 2010, nous avons entrepris un examen de nos approches en matière de prévention du suicide, et, par conséquent, nous sommes en train de mettre en oeuvre plusieurs recommandations visant à renforcer la prévention du suicide au sein du ministère des Anciens Combattants.

En fait, je suis accompagnée aujourd'hui de Mme Tina Pranger, qui, en collaboration avec des membres de la Direction de la recherche d'ACC, a rédigé les deux rapports d'examen et les recommandations. Si les membres du comité sont intéressés à obtenir de plus amples renseignements à ce sujet, même après la réunion, nous serons heureux de vous les fournir.

Cela met fin à ma déclaration préliminaire. Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de me présenter devant vous. Nous sommes impatients de répondre à vos questions.

Le président: Merci.

Madame Duncan, vous serez la première à poser des questions. Vous avez cinq minutes.

Mme Kirsty Duncan (Etoibicoke-Nord, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci aux témoins de s'être présentés ici.

Je vais commencer par vous faire part de quelques-unes de mes préoccupations.

Je crois que nous devons vraiment nous concentrer sur l'épidémiologie, l'ampleur du problème. Quels sont les facteurs causaux? Quels sont les symptômes avant-coureurs que doivent connaître les familles? La prévention doit être notre objectif.

Cela dit, il n'existe actuellement aucun mécanisme nous permettant de connaître le nombre de membres ou d'anciens combattants des Forces canadiennes qui ont reçu des traitements pour des affections comme les traumatismes liés au stress opérationnel, l'anxiété, la dépression ou le TSPT, ou qui ont dû être hospitalisés. Si nous voulons comprendre l'ampleur du problème, il est crucial que nous disposions d'une base de données nationale, qui nous permettrait d'évaluer diverses interventions cliniques, et qui pourrait être utilisée pour cibler les initiatives en matière d'éducation et de formation.

Je suis également préoccupée par le fait que la mise en place du système automatisé de tenue des dossiers médicaux, qui devait être

opérationnel en 2008, a été reportée une première fois à 2011, puis une deuxième fois à mars 2012.

Le fait que le sondage sur la santé mentale ne sera pas mené avant 2012 constitue une autre préoccupation. Quelques-unes de ces recommandations remontent à 2002.

Mes questions porteront principalement sur les traitements. Ceux-ci varient considérablement d'une région à l'autre du pays. Pour recevoir des traitements dans les cinq centres régionaux de santé mentale, il faut attendre jusqu'à quatre semaines. Au cours de la seule dernière semaine, j'ai reçu 10 demandes de personnes très désespérées qui voulaient consulter un psychiatre. Hier soir, j'ai discuté au téléphone jusqu'à minuit avec deux de ces personnes. Est-il normal qu'une personne présentant un TSPT — ou une affection grave — doive attendre quatre semaines avant de recevoir des traitements?

• (1545)

Mme Janice Burke: Je peux répondre en premier. Merci de votre question.

Je vais tenter de répondre à vos questions dans l'ordre où vous les avez posées.

Vous avez soulevé une préoccupation concernant l'épidémiologie et les facteurs causaux. Les causes du TSPT, à tout le moins, sont assez bien cernées dans les recherches dont nous disposons. Je suis d'accord avec ce que vous avez affirmé en ce qui a trait à la prévention ou, du moins, l'atténuation des symptômes. Cela est extrêmement important. C'est la raison pour laquelle le TSPT est une affection aussi complexe.

En raison de la nature de leur travail et du type de déploiement qu'ils effectuent, les membres des Forces canadiennes sont exposés à des événements traumatisants. Cela fait partie de leurs tâches et de leurs fonctions. C'est ce qui explique l'importance considérable des activités que mènent les Forces canadiennes sur le plan du dépistage et de l'éducation avant le déploiement et du dépistage après le déploiement, qui est effectué aux trois mois ou aux six mois afin de détecter des signes de traumatisme et d'en atténuer les répercussions.

Mme Kirsty Duncan: Excusez-moi, mais je vais vous interrompre. J'aimerais que vous répondiez à ma question concernant le fait que nous attendons... Certaines personnes attendent jusqu'à un mois avant de recevoir un traitement. Est-ce normal?

Mme Janice Burke: Non.

Lorsque nous examinons les temps d'attente avant de recevoir des traitements... Comme vous le savez, dans les faits, Anciens Combattants Canada ne fournit pas de soins de santé aux anciens combattants. Cependant, ACC est propriétaire de cliniques TSO auxquelles les anciens combattants peuvent accéder dès qu'ils en ont besoin.

Mme Kirsty Duncan: Ils sont admis immédiatement dans ces cliniques.

Mme Janice Burke: Oui.

Raymond, je crois que vous pouvez fournir une réponse en ce qui a trait au temps que doivent attendre les gens qui veulent être admis dans les cliniques.

M. Raymond Lalonde (directeur, Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel, Hôpital Sainte-Anne, ministère des Anciens Combattants): Il y a quelque chose que j'aimerais peut-être tirer au clair. Lorsque vous avez mentionné qu'il y avait cinq centres au pays où il y avait des périodes d'attente, vous parliez probablement des cliniques de traitement de traumatisme opérationnel des Forces canadiennes.

AAC exploite neuf cliniques offrant des services de consultation externe un peu partout au pays. Quelque 2 000 fournisseurs de services travaillent pour AAC. Tous les anciens combattants peuvent accéder, en cas d'urgence, à des soins médicaux ou à des services psychiatriques d'urgence offerts par le système public de santé. Les anciens combattants ont accès à tous ces services. Ils peuvent se rendre dans ces établissements. En cas d'urgence, ils peuvent se rendre dans n'importe quel hôpital ou centre de ressources de leur collectivité pour obtenir de l'aide. Quant au ministère des Anciens Combattants, il peut les aiguiller vers des fournisseurs de soins de santé du secteur privé. La majeure partie du pays est desservie par les 2 000 fournisseurs de services d'ACC.

Il ne faut pas oublier que la clientèle d'ACC compte plus de 13 000 personnes atteintes de problèmes de santé mentale. Le ministère compte 2 000 fournisseurs de services autorisés, ce qui représente un nombre très considérable. Les clients aiguillés vers les cliniques TSO par le bureau de district sont examinés en fonction de leurs besoins. Habituellement, la période d'attente avant une consultation initiale est de 15 jours ouvrables, mais en cas d'urgence, le client peut se rendre dans un établissement public. Nous disons que la période d'attente avant d'être admis à une clinique est de 15 jours, mais une fois que nous disposons des coordonnées d'un client, nous sommes responsables de lui, et nous évaluons son niveau de besoin. Selon la situation, le client peut être admis en moins d'une semaine ou au bout d'un mois. Cela dépend. Le client est pris en charge par la clinique.

• (1550)

Mme Kirsty Duncan: D'après ce que je crois comprendre, il faut attendre 15 jours avant d'obtenir un rendez-vous, puis 15 autres jours avant d'obtenir — peut-être — un traitement.

Comme un jeune homme me l'a dit... Je ne veux même pas répéter les mots qu'il a employés, car ils étaient terribles. Il a dit que les périodes d'attente ne voulaient rien dire lorsque vous avez un fusil...

Mme Janice Burke: Tout à fait. En général, un gestionnaire de cas est affecté aux anciens combattants qui se trouvent dans de telles situations, particulièrement à ceux qui présentent un TSPT plus grave et qui ont besoin d'une réadaptation. Tout d'abord, le gestionnaire de cas examine l'ancien combattant, et, de toute évidence, s'il constate que ce dernier présente des tendances suicidaires ou des problèmes majeurs exigeant un traitement...

Mme Kirsty Duncan: Pour autant qu'ils le connaissent.

Mme Janice Burke: Oui, c'est l'élément clé. Mais si vous me le permettez, j'aimerais également mentionner que, lorsque nous admettons des personnes dans les 72 heures... Par exemple, comme nous avons conclu des ententes avec sept centres qui offrent des traitements aux personnes atteintes du TSPT, de comorbidité, du TSPT et de toxicomanie, nous avons été en mesure de faire admettre des personnes dans ces centres. Il y en a sept dans l'ensemble du pays. Comme vous l'avez souligné, ce qui est important, c'est de connaître les particuliers et de nous assurer qu'ils obtiennent le soutien de...

Le président: D'accord. Vous devrez terminer votre réponse durant le prochain tour.

Monsieur Vincent.

[Français]

M. Robert Vincent (Shefford, BQ): Merci, monsieur le président.

Avez-vous pris connaissance du Rapport du Comité d'experts des Forces Canadiennes sur la prévention du suicide, qui a été produit en 2007? Vous dites vouloir connaître le nombre de suicides au sein des forces armées. Vous trouverez les données pour la période de 1995 à 2008 à la page 11.

Aussi, dans ce même rapport, on mentionne que « [l']augmentation du personnel de santé mentale des [Forces canadiennes] permettra rapidement aux membres de la [Force régulière] d'accéder à environ deux fois plus de professionnels de la santé mentale par personne que les citoyens canadiens. »

Chez vous, depuis 2007, combien de nouveaux professionnels ont été embauchés en santé mentale?

M. Raymond Lalonde: Le commentaire que vous faites concerne les Forces canadiennes, et non nous. Il faut faire la distinction entre les Forces canadiennes et nous, qui sommes le ministère des Anciens Combattants.

Normalement, les Forces canadiennes devaient doubler leurs effectifs, ce qu'elles ont fait, ou ce qu'elles sont sur le point de faire.

Quant à nous, depuis 2007, nous avons doublé le nombre de cliniques spécialisées dans le traitement du stress post-traumatique. Nous avons maintenant neuf cliniques externes, en plus d'une clinique en résidence. Nous avons donc doublé la capacité. De plus, nous avons 2 000 fournisseurs de services. Comme nous l'avons dit plus tôt, nous avons des ententes avec des cliniques, qui ont des programmes en résidence, des programmes d'hospitalisation privés, où peuvent être traités le TSPT et les problèmes liés à l'abus de substances toxiques. Nos sept cliniques répondent amplement aux demandes de notre clientèle.

M. Robert Vincent: Parmi toutes les personnes que vous avez traitées pour un problème de stress post-traumatique, combien se sont suicidées? Avez-vous des chiffres à nous fournir?

M. Raymond Lalonde: Comme on vous l'a dit plus tôt, il va y avoir une étude...

M. Robert Vincent: À votre hôpital, des cliniciens traitent des patients, mais vous ne savez pas si certains d'entre eux se sont suicidés. C'est ce que vous me dites?

M. Raymond Lalonde: Il s'agit de cliniques provinciales que nous finançons.

M. Robert Vincent: J'ai visité votre hôpital. J'ai vu des gens atteints du syndrome de stress post-traumatique, au troisième étage. Il y a donc des gens aux prises avec ce problème qui récupèrent chez vous en vue de leur réinsertion. Est-ce que des gens venus chez vous pour recevoir des soins particuliers liés au stress post-traumatique se sont suicidés?

M. Raymond Lalonde: Il y a certainement des gens qui ont été vus dans nos cliniques à un endroit ou l'autre du pays qui se sont suicidés.

M. Robert Vincent: Mais pour ce qui est de votre institution, vous ne le savez pas.

M. Raymond Lalonde: Je n'ai pas le chiffre sous la main.

M. Robert Vincent: À l'hôpital Sainte-Anne, personne n'a de chiffres. Le soldat Couture a été traité chez vous. Est-ce que son nom vous dit quelque chose?

M. Raymond Lalonde: Pas à moi.

[Traduction]

Mme Tina Pranger (agente nationale en santé mentale, ministère des Anciens Combattants): Les renseignements dont nous disposons proviennent d'observations empiriques. Le personnel du bureau de district qui est en communication avec les cliniciens qui dispensent des traitements nous dit que des suicides surviennent, mais à ce moment-ci, nous ne disposons d'aucun mécanisme nous permettant de consigner de tels renseignements, et il s'agit là à coup sûr de l'une des recommandations qui nous ont été formulées, et nous nous employons à y donner suite.

[Français]

M. Robert Vincent: J'essaie de comprendre. Dans ce cas particulier, l'homme a perdu une jambe après avoir marché sur une bombe. Il a été traité chez vous pour un problème de stress post-traumatique et il s'est suicidé. Aucun clinicien ou autre personne ayant assuré un suivi auprès de cet homme ne vous a dit que vous aviez perdu un de vos patients, que cette personne s'était suicidée, alors que ça s'est produit dans votre hôpital?

• (1555)

M. Raymond Lalonde: Il n'y a pas eu de suicide à l'hôpital.

M. Robert Vincent: Non, il s'est suicidé chez lui.

M. Raymond Lalonde: Pour savoir s'il y a eu suicide, on doit obtenir l'information de la famille.

M. Robert Vincent: Son cas a été médiatisé un peu partout.

M. Raymond Lalonde: Certains cas sont médiatisés, mais ça demeure anecdotique, en ce sens que les informations diffusées ici et là ne sont pas systématiques. Si la famille ne nous informe pas, en se fondant sur la décision d'un coroner, qu'il s'agit d'un cas de suicide, on ne peut pas compter ces cas, en connaître le nombre. En revanche, les Forces canadiennes ont leur propre service de santé. Les médecins appartiennent aux Forces canadiennes et s'occupent... Ce n'est pas la même situation.

M. Robert Vincent: Je conviens qu'un individu blessé sur un théâtre d'opérations ou atteint du syndrome de stress post-traumatique n'est pas un ancien combattant, mais il se fait tout de même traiter chez vous.

M. Raymond Lalonde: Pas nécessairement.

[Traduction]

Mme Janice Burke: Si je peux me permettre de répondre aussi à la question, j'aimerais mentionner que vous avez tout à fait raison de dire que nous savons que le suicide a de multiples causes. Nous savons que les blessures physiques graves comme les amputations, la douleur chronique grave, les troubles psychiatriques, les événements stressants, même l'imitation... Et puis, le fait pour un ancien combattant d'apprendre par une connaissance ou par les médias que l'un de ses collègues s'est suicidé peut également constituer un élément déclencheur. Nous savons que l'accès à des moyens de se donner la mort est un autre facteur tout comme la difficulté d'accéder à des soins efficaces et les obstacles aux soins, par exemple l'autostigmatisation.

Je comprends le point de vue que vous tentez de présenter. Il y a des causes à cela. Nous le savons. Oui, vous avez raison, il y a des causes. ACC tente de déterminer plus particulièrement comment, dans la mesure du possible, lorsqu'il existe des facteurs de risque,

lorsqu'une personne présente de la douleur chronique a subi une amputation, est affectée par de graves problèmes psychiatriques ou traverse une période très difficile... Un certain nombre des personnes qui participent au programme de réadaptation d'ACC représentent des cas très complexes. Ces personnes présentent une combinaison de problèmes psychiatriques, de problèmes physiques, de douleur physique, d'affections musculo-squelettiques, de dépendance à des médicaments délivrés sur ordonnance ou à...

[Français]

M. Robert Vincent: Je ne veux pas vous couper la parole, mais notre temps est limité.

Même s'il s'agit de gens qui sont traités par d'autres cliniciens, allez-vous faire un suivi de tous les cas, de façon à savoir ce qui se passe et s'il y a eu des suicides? Est-ce que des mesures sont déjà en oeuvre en ce sens ou allez-vous en mettre en vigueur afin de savoir si des gens se suicident à la suite d'un problème de stress post-traumatique?

[Traduction]

Mme Tina Pranger: Tout à fait. Il s'agit de l'une des recommandations qui ont découlé de l'examen du programme de prévention du suicide que nous avons mené. Nous devons assurer le suivi auprès des cliniciens et améliorer nos communications avec les personnes qui fournissent des soins aux clients de manière à ce que nous puissions être informés si quelqu'un présente des risques de suicide, a tenté de se suicider, a des pensées suicidaires ou est peut-être mort des suites d'un suicide. Il faut donc améliorer les communications.

[Français]

M. Robert Vincent: Est-ce que vous faites des recommandations...

[Traduction]

Le président: Monsieur Vincent, le temps dont vous disposiez pour le présent tour est écoulé.

Mme Tina Pranger: Bonnes questions.

Le président: Monsieur Stoffer, vous avez cinq minutes. Allez-y, s'il vous plaît.

M. Peter Stoffer (Sackville—Eastern Shore, NDP): Merci, monsieur le président.

Merci aux témoins de s'être présentés ici aujourd'hui.

D'après le deuxième point centré de la diapo 25, le taux de suicide est inférieur à celui de la population en général. Je vous pose la question de manière très respectueuse: pourquoi avez-vous fourni cette information? Pourquoi avez-vous mentionné cela?

J'ai montré un mémoire contenant des renseignements à ce sujet aux membres d'une famille aux prises avec des problèmes de ce genre, et, pour être honnête avec vous, ils étaient très contrariés. C'est un peu comme si l'on disait qu'il n'y a pas de problème. Vous avez dit qu'un suicide est un suicide de trop, et je vous recommande donc fortement de supprimer ce passage de votre document. Il n'est pas juste de comparer les militaires avec la population en général.

Par ailleurs, beaucoup d'anciens combattants auxquels j'ai eu affaire récemment se plaignent du fait qu'ils ne reçoivent aucune aide en ce qui concerne leurs problèmes dentaires — comme vous le savez, ils grincent des dents — et leurs problèmes d'apnée du sommeil. Il s'agit de deux problèmes très graves pour les personnes qui présentent un TSPT. Ils doivent se présenter de nouveau à AAC, subir une autre évaluation, et ils doivent attendre littéralement des mois et des mois avant qu'une nouvelle décision soit prise en ce qui a trait aux demandes qu'ils ont présentées à ces sujets.

Le ministère des Anciens Combattants a-t-il la possibilité d'établir un équilibre entre toutes les préoccupations découlant du trouble de stress post-traumatique et les symptômes qui en découlent, de manière à ce qu'une personne qui présente ce trouble et qui affirme être atteinte de l'apnée du sommeil puisse accéder automatiquement aux programmes offerts et obtenir immédiatement de l'aide, sans être tenue de subir une nouvelle évaluation?

Enfin, j'ai remarqué qu'une bonne partie de ce qui a été dit concerne les anciens combattants ayant servi dans des conflits récents, par exemple, en Afghanistan et en Bosnie. Toutefois, permettez-moi de vous parler de Stanley Eisen, de la Nouvelle-Écosse. Il s'agit d'un ancien combattant de la Seconde Guerre mondiale âgé de 86 ou de 87 ans. Il a présenté une demande où il affirmait être atteint du trouble de stress post-traumatique par suite des expériences qu'il a vécues durant la Seconde Guerre mondiale, et sa demande a été catégoriquement rejetée. Il est décédé peu après.

Je connais de nombreux vétérans de la Seconde Guerre mondiale et de la guerre de Corée qui revivent leur propre passé chaque fois qu'ils apprennent par les médias qu'un soldat canadien est mort en Afghanistan. Ils souffrent autant que les autres anciens combattants, mais je constate que AAC ne se préoccupe pas des vétérans de la Seconde Guerre mondiale et de la guerre de Corée, ni de ceux qui ont servi, disons, de 1953 à 1994. Beaucoup de ces personnes éprouvent aussi de la souffrance, mais je ne vois aucune mesure visant à leur fournir de l'aide.

Je tenais simplement à formuler cette observation. Je vous remercie de vous être présentés ici.

• (1600)

Mme Janice Burke: Merci de vos commentaires.

En ce qui concerne votre première observation touchant le taux de suicide, nous allons assurément supprimer cette mention. Nous ne l'avons pas fait figurer dans le document dans cette intention. Nous avons simplement tenté de signaler fidèlement les résultats. Cette statistique provient d'une étude menée par les Forces canadiennes, et a trait au groupe d'âge des membres des Forces canadiennes par comparaison au même groupe d'âge au sein de la population canadienne.

Quant à votre deuxième observation touchant le grincement des dents et l'apnée du sommeil, comme nous le savons tous, le bruxisme est une conséquence du trouble de stress post-traumatique. Les personnes qui présentent ce trouble grincent des dents, ce qui peut endommager leur dentition, et ils peuvent avoir besoin de couronnes et de choses du genre. Vous avez tout à fait raison de mentionner cela, et nous nous penchons actuellement sur ces cas. Ce qui arrive en ce moment, c'est que des anciens combattants doivent passer par le ministère s'ils veulent présenter une demande d'invalidité secondaire pour cause de bruxisme ou pour un remplacement de dents s'ils veulent accéder à un traitement. Au bout du compte, ce qu'ils veulent vraiment, c'est d'obtenir le traitement.

Nous avons accru considérablement la gamme de traitements offerts aux personnes atteintes du trouble de stress post-traumatique.

Nous nous pencherons là-dessus, de même que sur d'autres affections. J'espère que, la prochaine fois que nous nous présenterons devant vous, nous serons en mesure de dire que ce problème a été réglé.

M. Peter Stoffer: D'accord.

Mme Janice Burke: Pour ce qui est des vétérans de la Seconde Guerre mondiale, de la guerre de Corée et des guerres qui ont eu lieu après cela et jusqu'à, peut-être, la date de l'entrée en vigueur de la nouvelle Charte des anciens combattants, vous avez absolument raison de dire que nous devons accroître notre champ d'action. En fait, nous avons mis en place une stratégie visant à établir un meilleur contact avec ce groupe particulier. Il s'agit d'un groupe qui est peut-être davantage à risque pour la simple raison qu'ils n'ont pas profité des services d'interventions précoces que nous offrons depuis la mise en oeuvre de la nouvelle Charte des anciens combattants et depuis que les Forces canadiennes ont sensiblement modifié leur système de santé mentale et leurs déploiements. À ce moment-ci, grâce à nos centres intégrés de soutien du personnel, nous en faisons énormément plus que nous n'en avons jamais fait auparavant à cet égard.

Il existe donc une stratégie au moyen de laquelle nous tenterons d'établir le contact avec un plus grand nombre d'anciens combattants. Nous tentons de le faire par l'intermédiaire du bulletin *Salut!*. Plus tôt, j'ai parlé de nos partenariats avec les collectivités et du fait que nous tentions véritablement d'en faire davantage dans les collectivités; le document qui vous a été fourni contient une liste d'activités communautaires qui ont été mises en oeuvre, et il est également mentionné que nous collaborons davantage avec l'Association canadienne pour la santé mentale et avec les collectivités, car les anciens combattants et leur famille vivent dans les collectivités. Nous n'avons pas mis à profit les réseaux existants pour nous assurer que chaque ancien combattant connaît nos programmes et nos services et l'aide qui est mise à leur disposition. Ainsi, il s'agit d'une chose que nous plaçons au centre de nos préoccupations. Il est à souhaiter que, la prochaine fois que nous nous présenterons ici, nous pourrions vous signaler que nous avons fait des progrès sur ce plan.

Mme Tina Pranger: Et puis, en toute honnêteté, les anciens combattants qui ont servi dans des conflits subséquents à la guerre de Corée sont admissibles au programme découlant de la nouvelle Charte des anciens combattants. Ainsi, comme Janice l'a mentionné, ce dont il s'agit, c'est d'établir le contact avec eux. Toutefois, beaucoup d'entre eux s'en sont prévalus.

M. Peter Stoffer: Merci.

L'autre jour, dans les médias, il a été question d'une clinique située non loin de Petawawa qui avait cessé d'offrir des services ou qui les avait réduits. Quelque 400 personnes avaient recours aux services de cette clinique. Je me demandais si vous pouviez nous dire... Tout d'abord, je suis surpris que ces personnes doivent s'adresser à un organisme provincial pour obtenir de l'aide. Ainsi, je me demandais si vous pouviez nous dire ce que l'ACC entend faire pour ces 400 personnes.

Mme Janice Burke: Oui, à coup sûr, j'ai lu l'article de journal, et j'ai également lu celui qui a paru aujourd'hui et où il était mentionné que l'information dont vous venez de parler n'était pas tout à fait exacte. Nous nous sommes adressés au MDN, car comme vous le savez, nous travaillons en étroite collaboration avec lui pour nous assurer qu'il n'y a aucune faille dans les services offerts par notre réseau pancanadien de cliniques et notre réseau de fournisseurs de services, et que les gens qui ont besoin de soins et de services de counselling obtiennent les traitements dont ils ont besoin.

Des fournisseurs de services d'ACC desservent la région de Pembroke-Petawawa. ACC a une clinique à Ottawa. Nous sommes certains que cela ne créera pas de problème pour les anciens combattants — et il n'y en a peut-être que quelques-uns — qui ont reçu des services de counselling à cet endroit. Quand au MDN, il a annoncé aujourd'hui qu'il allait mettre sur pied un CSTSO, si je ne m'abuse, à Petawawa. Il s'agit donc d'une excellente nouvelle pour les membres des Forces canadiennes qui sont toujours en service et leur famille.

• (1605)

M. Peter Stoffer: Excellent. Merci.

Le président: Monsieur Kerr, allez-y, s'il vous plaît.

M. Greg Kerr (Nova-Ouest, PCC): Merci, monsieur le président.

Bienvenue. Nous sommes ravis que vous soyez ici aujourd'hui.

De toute évidence, vous êtes au courant de l'étude que nous tentons de mener en très peu de temps, et de tous les problèmes auxquels nous faisons face. Je connais l'importance de l'étude qui verra le jour l'an prochain. Pouvez-vous nous dire quelques mots au sujet de cette étude, et nous indiquer ce que vous espérez en tirer? Je vous pose la question parce que votre étude porte sur quelques éléments assez similaires à ceux que le comité abordera dans le cadre de sa propre étude.

Mme Janice Burke: Je peux assurément commencer à répondre à cette question. Raymond pourra ajouter son grain de sel, au besoin.

Un certain nombre d'études seront publiées. Par exemple, le personnel de recherche du ministère s'est associé à d'autres organisations pour mener l'étude sur la vie après le service militaire. Là encore, les résultats de cette étude paraîtront au début de 2011. Cette étude porte sur la santé physique, mentale, sociale et économique de la population des anciens combattants depuis qu'ils ont quitté l'armée, et elle a été menée en collaboration avec Statistique Canada.

En outre, le personnel de recherche mène une étude sur la mortalité et le cancer en utilisant des données que nous recueillons depuis, si je ne m'abuse, 1972. Ainsi, le nom de tous les anciens combattants et de toutes les personnes qui ont quitté l'armée depuis 1972 figure dans une base de données. Nous disposerons ainsi, là encore au début de 2011, d'un bien plus grand nombre de données concernant le taux de mortalité et les cas de cancer au sein de la population des anciens combattants.

Il s'agit de deux principales études en cours.

Raymond, y en a-t-il d'autres?

M. Raymond Lalonde: Bien sûr, un grand nombre de recherches ont été menées dans le monde en ce qui concerne le TSPT et les traumatismes liés au stress opérationnel, et beaucoup d'autres recherches concernant le TSPT des victimes de viol, d'accidents et d'accidents de voiture. Aux États-Unis, maintes études ont été menées sur le TSPT des anciens combattants et des militaires.

Au Canada, la recherche dans ce domaine en est à ses débuts, mais elle est en pleine croissance. Par exemple, des recherches sont actuellement menées sur l'emploi de certains médicaments pour restreindre les répercussions des souvenirs traumatisants liés au TSPT. Des recherches sont menées concernant l'efficacité de la combinaison de certaines modalités de traitement, par exemple la combinaison d'une pharmacothérapie et de la thérapie d'exposition, ou le recours à une thérapie cognitivo-comportementale pour les conjoints.

Ainsi, une multitude de recherches sont menées afin de mieux comprendre dans quelle mesure ces modalités de traitement peuvent être efficaces pour la population des anciens combattants. En outre, au Canada, la culture est différente, l'environnement militaire est différent, et les types d'opérations que nous avons menés dans le passé sont différents — nous avons donc besoin de mener nos propres recherches. Par exemple, dans l'une de nos cliniques, nous menons aussi une recherche portant sur les effets émotionnels et comportementaux que peuvent avoir sur un enfant le fait d'avoir un parent atteint du TSPT. Cela nous permettra de mieux cerner les problèmes de manière à ce que nous puissions orienter dans la bonne direction nos efforts en matière de traitement.

Mme Janice Burke: Si vous faisiez allusion au rapport ou à la stratégie en matière de prévention du suicide que nous avons élaboré, je n'ai peut-être pas répondu à la question tout à fait comme j'aurais dû le faire. Comme je l'ai indiqué, nous n'avons pas attendu avant de commencer à effectuer des travaux sur cette question, et nous n'attendons pas que Statistique Canada nous fournisse des données, car c'est tout ce que cela nous permettrait d'obtenir: des données. Ce qui est important, ce sont les rapports et l'examen que nous avons menés à ce jour, et les recommandations auxquelles nous allons donner suite cette année. Si vous avez besoin de plus amples renseignements à ce sujet, Tina sera certainement en mesure de vous fournir un résumé.

M. Greg Kerr: Il y a une dizaine de sujets que j'aimerais aborder. Je me rends compte de cela, et je crois que c'est la raison pour laquelle il est particulièrement crucial d'effectuer des modifications et des rajustements cette année. J'estime qu'il est très important que vous mentionniez, aux fins du compte rendu, à quel moment vos travaux débiteront, et à quel moment ils seront présentés officiellement, pour le dire ainsi, ainsi que les mesures qui les accompagnent.

Il y a deux ou trois semaines, j'ai assisté à la conférence à laquelle participait Raymond Lalonde, à Montréal. Il y a un élément que je voulais mentionner, car il semble présent dans tout cela. Bien sûr, je parle de la conférence de l'International Society for Traumatic Stress Studies. Il s'agissait de la première fois que Anciens Combattants Canada participait à cette conférence.

Durant le bref moment que j'ai passé à la conférence, l'une des choses qui ont été mentionnées — et il semble s'agir d'un élément extrêmement important à examiner —, concernait la stigmatisation et l'éducation ou la compréhension du public. On répète sans cesse que si le public — et le public, c'est nous tous — admettait aussi facilement ces problèmes que les blessures physiques, nous ferions beaucoup de progrès pour la suite des choses.

J'imagine que, en parlant de cette conférence, je voulais soulever plus précisément la question de la stigmatisation. À votre avis, est-ce que nous faisons des progrès à cet égard, et est-ce que ces progrès sont tels que les gens, plus particulièrement les anciens combattants qui sont stigmatisés, sont mieux préparés à se manifester puisque le public est plus disposé à admettre ce problème?

• (1610)

Mme Janice Burke: Je peux certainement commencer à répondre à cette question, et Raymond et Tina pourront ensuite ajouter des commentaires.

Par exemple, l'étude que les Forces canadiennes ont menée pour cerner les problèmes de santé physique et mentale survenant après les déploiements a révélé qu'une proportion de 13 p. 100 des quelque 8 000 personnes sondées ont indiqué qu'elles avaient cinq ou six problèmes de santé mentale différents. Pour cette raison, elles ont été adressées à des spécialistes et aiguillées vers des services de counselling.

En passant, d'après ce que me disent des gens du ministère de la Défense nationale, beaucoup de jeunes anciens combattants se présentent aux cliniques de santé mentale qui se trouvent sur les bases militaires et aux CSTSO, et ils sont beaucoup plus loquaces. Ils parlent de leurs problèmes. On constate donc des progrès à ce chapitre.

Même si l'on examine les choses à l'échelle canadienne, la stigmatisation demeure un problème majeur. Comme vous le savez, la Commission de la santé mentale du Canada entreprend une campagne de lutte contre la stigmatisation échelonnée sur 9 ou 10 ans. Nous travaillons en étroite collaboration avec la Commission de la santé mentale du Canada sur quelques-unes de ces questions pour nous assurer qu'elle tient compte des anciens combattants et de leur famille dans toutes les activités qu'elle mène, y compris la campagne de lutte contre la stigmatisation.

M. Greg Kerr: D'accord, merci.

Le président: Madame Sgro, vous avez cinq minutes. Allez-y, s'il vous plaît.

L'hon. Judy Sgro (York-Ouest, Lib.): Merci beaucoup de vous être présentés ici aujourd'hui.

Monsieur Lalonde, je suis ravie de vous revoir.

Je regarde votre document — il est très bien fait. Il contient une foule de renseignements précieux, de même que le Cadre de la santé et du mieux-être... Si l'on en croit tous les témoins qui se sont présentés devant le comité au cours des deux ou trois dernières années, et les personnes que nous rencontrons lorsque le comité fait des visites, tout va pour le mieux, car il y a énormément de travail et d'activités de sensibilisation qui sont en train de se faire. Des cliniques sont établies ici et là, un peu partout.

Si tout ce qui est inscrit dans ce document et tout ce que nous avons vu et entendu était vrai, il n'y aurait pas tous ces autres problèmes dont nous entendons tant parler depuis six ou huit mois. Je suis certaine que tout le monde est animé par les meilleures intentions, mais il existe beaucoup de problèmes, et rien de ce que nous voyons ou entendons ne les concerne.

La réalité, c'est que des anciens combattants doivent fréquenter des banques alimentaires dans l'Ouest du Canada, et que d'autres fréquentent des refuges pour itinérants dans le centre-ville de Toronto. Il y a tous ces autres problèmes, qui ont trait au fait que les anciens combattants ne sont pas écoutés et sont incapables d'obtenir de l'aide, peu importe leur problème — c'est ce qu'ils disent lorsqu'ils prennent la parole.

En dépit de tout ce qui est fait, il existe quelques problèmes graves. Il y a quelque chose qui nous échappe quelque part.

Mme Janice Burke: Oui.

Je vais répondre en premier, et vous pourrez certainement ajouter ensuite votre grain de sel.

J'estime que le système dont nous disposons aujourd'hui et qui a été mis en place au fil des ans par ACC et le MDN est un assez bon système, dans la mesure où il s'étend à tous les aspects importants.

Sommes-nous satisfaits? Non, le statu quo ne nous satisfait jamais. Nous devons continuer d'améliorer le système.

Au fil des ans, ce que je constate, c'est que nous parlons d'anciens combattants qui ont été libérés des Forces canadiennes à la suite de la guerre du Golfe, par exemple, ou de l'intervention en Croatie. Ils ont été libérés sans qu'ils puissent profiter des services d'intervention précoce et de quelques-uns des programmes qui existent à l'heure actuelle, sans qu'ils puissent profiter des programmes de transition qui sont à présent en place. J'estime que les grandes difficultés qu'éprouvent quelques anciens combattants sont attribuables au fait qu'ils n'ont pas eu la possibilité de profiter de ces programmes. Peut-être qu'ils ne les connaissent même pas. Là encore, cela est...

•(1615)

L'hon. Judy Sgro: Pourquoi sommes-nous incapables de les retracer? Tous ces anciens combattants touchent un certain type de prestations d'invalidité. Lorsque nous leur envoyons leur chèque, nous devrions glisser dans l'enveloppe une lettre pour les informer du fait qu'une gamme de merveilleux services sont mis à leur disposition, qu'ils peuvent y accéder s'ils en ont besoin et que, s'ils ont besoin d'aide, ils n'ont pas à se rendre aux services des urgences de l'Hôpital d'Ottawa comme tout le monde le fait.

Nous ne cessons pas de mettre en place toutes sortes de services pour aider les gens dont nous nous soucions. Tous les Canadiens veulent que les anciens combattants occupent une place spéciale au sein de la société. Les anciens combattants n'ont pas à se rendre aux services des urgences comme je dois le faire. Ils peuvent se présenter à un endroit où ils recevront des soins particuliers. Les problèmes qu'ils présentent sont probablement attribuables à ce qu'ils ont vécu dans une guerre ou une autre ou à telle ou telle période.

Pourquoi ne pouvons-nous pas communiquer plus directement avec eux, de sorte qu'ils sachent que Anciens Combattants Canada se soucie d'eux et est là pour eux?

Mme Janice Burke: Cela est assurément le rôle de nos bureaux de district. Si ces anciens combattants sont des clients d'ACC, les bureaux de district sont en communication avec eux. L'Unité des examens préalables proactifs d'ACC établit ce genre de communication proactive.

Je ne sais pas avec certitude si le groupe auquel vous faites peut-être allusion est visé par notre programme en tant que tel. Toutefois, il y a aussi un groupe d'anciens combattants qui ne connaissent peut-être pas nos programmes. Nous sommes conscients du fait que nous devons faire davantage de sensibilisation, et que nous devons renseigner et informer davantage ces anciens combattants et leur famille. Si ces anciens combattants sont des clients du ministère et qu'ils se trouvent dans une telle situation, ils devraient faire l'objet d'une gestion de cas.

L'hon. Judy Sgro: S'ils touchent un chèque de pension d'ACC, font-ils automatiquement partie de la clientèle du ministère, ou doivent-ils nécessairement, à cette fin, prendre contact avec le ministère afin d'obtenir un service en particulier?

Mme Janice Burke: Dès qu'un ancien combattant touche une quelconque prestation d'ACC, il est considéré comme un client du ministère, et, par conséquent, il a droit à des services de gestion de cas, de réadaptation...

L'hon. Judy Sgro: Dans ce cas, pourquoi ne savent-ils pas cela? Pourquoi semblent-ils incapables d'utiliser les services offerts par le système bureaucratique qui est en place? Ils sont rebutés à l'idée de le faire, et préfèrent vivre avec presque rien dans un refuge que se présenter à ACC et demander de l'aide. Ils croient que le ministère est un énorme système bureaucratique cauchemardesque, et je suppose qu'ils ne veulent pas se donner la peine. Je ne sais pas.

Mme Janice Burke: Faites-vous allusion aux anciens combattants qui vivent dans l'itinérance?

L'hon. Judy Sgro: Oui. Je parle des anciens combattants qui ne s'adressent pas à ACC pour faire part de leur situation, du fait qu'ils sont sans abri.

Le président: Les cinq minutes tirent à leur fin. Pouvez-vous répondre à la question, s'il vous plaît?

Mme Janice Burke: Vous faites allusion aux anciens combattants qui se trouvent en situation d'itinérance. Si l'on se penche sur la question de savoir comment ils en sont arrivés là, on constate que, s'ils avaient pu profiter des programmes d'intervention précoce, ils n'auraient pas sombré dans l'itinérance. Cela dit, nous devons nous occuper de ceux qui en sont arrivés là, et le ministère déploie de grands efforts à cette fin à Vancouver, à Montréal et à Toronto, en plus de collaborer avec la Commission de la santé mentale. Dans le cadre de cinq ou six projets pilotes menés dans différentes régions du Canada, nous tentons de repérer des anciens combattants et de les aiguiller vers un bureau de district.

Nous venons en aide aux anciens combattants qui se trouvent dans cette situation, mais comme vous l'avez indiqué, certains d'entre eux préfèrent n'obtenir aucun soutien. Nous réussissons à faire participer la majeure partie des anciens combattants à nos programmes, et cela a des effets importants. Nous devons continuer de faire de la sensibilisation et de travailler auprès des anciens combattants, et cela exigera du temps. Il faut établir une relation avec les anciens combattants et faire en sorte qu'ils fassent confiance au système, mais lorsqu'ils ont sombré dans l'itinérance ou qu'ils présentent un grave problème de santé mentale, cela exige du temps.

L'hon. Judy Sgro: Merci.

Le président: C'est au tour de M. McColeman. Nous entendrons ensuite M. André.

M. Phil McColeman (Brant, PCC): Merci, monsieur le président.

Je vous remercie d'être ici et d'approfondir ces questions avec nous dans le cadre de l'étude que nous entreprenons.

Pouvez-vous nous parler des traitements qui sont offerts aux anciens combattants? De quels traitements font l'objet les anciens combattants qui se présentent à l'une des cliniques TSO? Pouvez-vous nous expliquer cela?

M. Raymond Lalonde: Comme je l'ai mentionné précédemment, la plupart des cliniques sont des cliniques provinciales financées par ACC. En collaboration avec les cliniques, nous avons mis en place des protocoles pour nous assurer que les types de services offerts partout au pays sont de nature similaire, même s'ils sont dispensés par différentes autorités sanitaires.

Au début du processus, le bureau de district aiguille l'ancien combattant vers une clinique et fournit à cette dernière des renseignements détaillés concernant les besoins de l'ancien combattant. La première mesure prise par la clinique consiste à communiquer avec le client pour fixer un rendez-vous. Un dépistage initial est effectué par téléphone de façon à déterminer s'il s'agit d'un cas d'urgence ou si l'ancien combattant présente un quelconque

problème exigeant une intervention immédiate. Dès qu'une clinique accepte de prendre en charge des anciens combattants, elle s'assure que ceux qui sont en danger sont aiguillés vers les services adéquats ou pris en charge sur-le-champ.

Ainsi, l'entrevue de dépistage est la première activité qui est menée en clinique. Cette entrevue est habituellement menée par une infirmière, qui est appelée à recueillir tous les renseignements dont elle a besoin pour présenter le cas en question à l'équipe clinique, car toutes les cliniques disposent de spécialistes — chaque clinique est constituée d'une équipe interdisciplinaire composée de psychologues, de psychiatres, de travailleurs sociaux et d'infirmières. Tous ces gens travaillent en équipe — ils examinent ensemble un dossier et disent: « Nous avons un nouveau client qui doit être évalué. Il n'a fait l'objet d'aucun diagnostic, et nous devons donc en établir un. »

Selon ce qu'il ressort de l'entrevue initiale, on fera intervenir un psychiatre ou un psychologue. Les membres de la famille sont invités à participer au plan d'évaluation, car nous savons que le TSPT a des répercussions non seulement sur l'ancien combattant ou le membre des FC qui présente ce trouble, mais également sur les membres de sa famille. Ainsi, nous invitons l'époux ou l'épouse de l'ancien combattant à accompagner ce dernier au moment de l'évaluation, de manière à ce que nous puissions acquérir une compréhension globale de la situation familiale de l'ancien combattant, plutôt que de nous limiter à évaluer la situation du patient en tant que telle.

Nous faisons subir au patient un test normalisé, à savoir le test de l'échelle de l'anxiété du TSPT. Nous utilisons différentes échelles pour tenter de comprendre l'état du patient. L'équipe interdisciplinaire pose ensuite un diagnostic. Supposons qu'il est établi que le patient présente un TSPT — le traitement peut alors commencer.

Différentes modalités de traitement s'appliquent selon l'état du patient. Par exemple, nous pouvons recourir à une thérapie d'exposition prolongée. Il s'agit d'un type de traitement dans le cadre duquel le thérapeute fait en sorte de faire revivre au patient l'événement traumatisant qu'il a vécu. Le patient est ainsi amené à s'exprimer de vive voix ou par écrit à propos de l'événement traumatisant, de manière à lui redonner vie. Après une séance de ce genre, le thérapeute est en mesure de mettre les choses en contexte et de distinguer la situation antérieure et la situation actuelle. Au fil du temps, grâce à la thérapie d'exposition, la vigueur des sentiments associés à l'événement traumatisant diminue.

Diverses modalités de traitement peuvent être employées. Les services de télésanté font partie de nos modalités de traitement. Grâce aux services de télésanté, nous pouvons fournir des soins dans la collectivité après qu'une évaluation initiale a été menée en clinique. Il s'agit d'une nouvelle modalité de traitement que nous avons commencé à employer. Plus de 85 clients d'ACC ont déjà reçu des soins dans leur propre collectivité grâce aux installations de télésanté.

Les patients se présentent à l'hôpital de leur localité ou à tout autre centre doté de la technologie de télésanté. Un psychiatre pourrait les soumettre à une thérapie, renouveler leur ordonnance de médicaments ou vérifier l'effet des médicaments. Des thérapies de groupe sont également offertes. Il y a des thérapies de couple et des thérapies de groupe, par exemple des thérapies de maîtrise de la colère. Il y a deux semaines, durant la conférence de l'International Traumatic Stress Society, nous avons discuté avec l'ensemble des participants d'un nouveau protocole de maîtrise de la colère s'appliquant aux thérapies de groupe.

•(1620)

Ainsi, il y a des thérapies individuelles, des thérapies de couple et des thérapies de groupe. Dans certains cas, nous faisons participer les enfants aux activités de groupe. Il y a aussi les services de télésanté. Nous avons recours aux médicaments et à la thérapie. Il s'agit là des services de base qu'un patient peut s'attendre à recevoir d'une clinique.

Le président: Merci.

Monsieur André.

[Français]

M. Guy André (Berthier—Maskinongé, BQ): Bonjour. Je poserai deux questions rapidement. Je me suis interrogé relativement au décès du soldat Couture, qui a participé à votre thérapie. J'avais vu le film à l'époque, et cela m'avait un peu étonné d'apprendre que la mère n'était pas au courant de ce qui s'était passé sur le champ de bataille. Je comprends qu'une règle de confidentialité était observée par le professionnel de l'armée.

La raison de mon interrogation, c'est que dans la vie courante, dans nos systèmes sociaux habituels, dans nos CLSC, dans nos structures d'intervention en matière de suicide, lorsqu'un professionnel, psychologue ou psychiatre, s'aperçoit que la vie d'un de ses patients est menacée, qu'il a un déséquilibre mental ou qu'il veut s'enlever la vie, il peut outrepasser la règle de confidentialité, le secret professionnel, pour décider de l'internement ou de l'hospitalisation de cette personne. C'est un processus d'intervention qui peut se faire.

Je me suis posé une question face à cette situation. Je ne sais pas si vous êtes au courant de ce type de dossiers. Quel est le protocole d'intervention sur un champ de bataille dans le cas d'une personne suicidaire qui veut passer à l'acte?

Le soldat a voulu s'enlever la vie sur le champ de bataille, il avait perdu un jambe. On le retrouve par la suite hospitalisé chez vous. Êtes-vous mis au courant de cela? Êtes-vous capable de répondre à cette question? Y a-t-il un protocole d'intervention?

•(1625)

M. Raymond Lalonde: La première chose que je dois dire, c'est que je ne peux pas parler du cas du client en question, et je ne suis pas au courant des détails de ce cas, comme le...

M. Guy André: Je parle d'un protocole d'intervention.

M. Raymond Lalonde: D'accord. En ce qui concerne ce qui se passe sur les champs de bataille, il faudrait que vous demandiez à des responsables des Forces canadiennes, lorsqu'ils se présenteront devant ce comité, quels sont les protocoles, parce que nous ne le savons pas.

Je voudrais maintenant clarifier un deuxième point en lien avec la question posée plus tôt par M. Vincent. Les soins prodigués aux membres des Forces canadiennes blessés en Afghanistan sont de la responsabilité des Forces canadiennes. Ces gens ne sont pas nécessairement vus dans nos cliniques. Nos cliniques sont principalement pour les anciens combattants. Pour ce qui est des endroits où l'armée n'a pas de clinique, on va offrir l'accès à certaines cliniques aux membres des Forces canadiennes, comme à Winnipeg, où nous avons plusieurs membres des Forces canadiennes. Mais normalement, les soins sont offerts dans les cliniques de la Défense nationale.

M. Guy André: Ce qui m'étonne aussi, par suite des questions de M. Vincent, c'est que vous dites ne pas avoir de statistiques sur les clients qui sont hospitalisés ou traités dans vos cliniques de soins

post-traumatiques. Ces cliniques — nous les avons visitées — sont excellentes, et j'ai été très émerveillé et intéressé. Cependant, il n'y a pas de suivi.

Je m'interroge donc également à ce sujet, car il ne semble pas y avoir de suivi. On ne connaît pas le taux de suicide chez les personnes aux prises avec le syndrome de stress post-traumatique qui ont été hospitalisées chez vous. Elles sont hospitalisées, mais par la suite, on dirait qu'on ne sait pas ce qu'il leur arrive.

Pourtant, il me semble que toute la question du soutien à la famille, par la suite, est très importante. Quelqu'un qui a subi un stress post-traumatique change de caractère, de comportement, et il y a toute une adaptation à faire avec la famille. Après que cette personne a été traitée chez vous, je suppose qu'il doit y avoir un suivi psychosocial, un suivi auprès de la famille, pour favoriser l'insertion de cette personne.

Combien de temps dure ce suivi? Et comment se fait-il qu'il n'y ait pas plus de suivis? Je ne comprends pas. Vous n'êtes pas capable de nous le dire. En fait, ce n'est pas à vous que je m'adresse. C'est notre système qui n'est pas capable de nous dire combien de personnes se sont enlevé la vie. On a fait un suivi auprès de la famille. Je ne comprends pas. J'essaie de suivre, mais je ne comprends pas.

[Traduction]

Mme Janice Burké: Je peux peut-être répondre à une partie de votre question, mais certainement pas à la partie qui concerne les protocoles cliniques.

Il est important que vous sachiez que, lorsqu'un ancien combattant se joint à l'un de nos programmes, il fait l'objet d'une évaluation complète. En outre, il fait l'objet d'une évaluation visant à dépister les tendances suicidaires. Nous encourageons les membres de la famille de l'ancien combattant à participer, dans la mesure du possible, à l'établissement du plan de gestion du cas, car il ne fait aucun doute qu'ils doivent absolument soutenir l'ancien combattant durant son processus de rétablissement.

Nous travaillons donc en collaboration avec les anciens combattants, avec les membres de leur famille, avec les personnes qui leur fournissent des soins dans la collectivité — leur psychologue —, et ce, pour autant que les anciens combattants nous autorisent à faire part de ces renseignements à ces divers intervenants et à en discuter avec eux. S'il y a des signes et des facteurs de risque — et j'ai mentionné plus tôt quels étaient ces facteurs de risque —, notre personnel doit les déceler en collaboration avec l'ancien combattant et sa famille, et s'assurer que le médecin de premier recours de l'ancien combattant en est informé lui aussi.

Le ministère dispose donc de protocoles lui permettant de déterminer comment prendre en charge les clients qui présentent des tendances suicidaires ou qui téléphonent au centre d'appels national, car cela se produit aussi — il arrive que des clients soient en crise et qu'ils téléphonent pour signaler leur intention de se suicider. Ainsi, nous disposons de protocoles. Nous avons dispensé une formation. Il revient ensuite au gestionnaire de cas du bureau de district d'intervenir.

Tina, vous pourriez peut-être en dire un peu plus long à propos des protocoles.

•(1630)

Mme Tina Pranger: Si j'ai bien compris, vous étiez également intéressés à en apprendre davantage à propos du soutien offert aux familles?

[Français]

M. Guy André: Je m'intéresse aux statistiques sur le suivi, le nombre de suicides, le nombre d'itinérants, le nombre de personnes qui se sont séparées...

[Traduction]

Le président: Nous allons devoir conclure à ce sujet.

Mme Tina Pranger: Oui, nous prenons en considération l'incidence qu'une personne qui présente des tendances suicidaires... Ces personnes présentent probablement une foule de problèmes, et les gestionnaires de cas veillent à ce que les membres de la famille d'une personne qui a des tendances suicidaires obtiennent du soutien. Le gestionnaire de cas contribue à faire en sorte que les besoins de la famille d'un ancien combattant qui s'est suicidé soient comblés. Ainsi, nous accordons une très grande attention à la nécessité d'aider aussi les familles à passer à travers tout cela.

Le président: Merci.

Nous avons largement dépassé le temps prévu pour cette question. Monsieur Lobb.

M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC): Merci, monsieur le président.

Ma première question est très précise. Elle concerne les thérapies offertes aux anciens combattants qui sont pris en charge par le système.

Je me demandais si des travaux ou des recherches ont été menés sur l'équithérapie. Quels travaux ont été menés par Anciens...

M. Raymond Lalonde: Quels travaux?

M. Ben Lobb: L'équithérapie, la thérapie assistée par les chevaux.

Mme Janice Burke: Nous nous intéressons assurément aux recherches qui ont été menées à propos de la zoothérapie.

À ce jour — et Raymond pourrait certainement vous en dire davantage à ce sujet —, le nombre de recherches qui ont été menées à ce propos est tout simplement insuffisant pour que nous puissions conclure avec certitude que la zoothérapie améliore les résultats de traitement clinique des personnes présentant un trouble de stress post-traumatique. Cela dit, nous continuons à nous intéresser aux recherches menées dans ce domaine, même si nous n'employons pas la zoothérapie pour aider les anciens combattants dans le cadre de leur réadaptation psychosociale, de leur intégration dans la collectivité et d'autres choses du genre. Nous continuons de suivre ce qui se fait dans ce domaine.

M. Ben Lobb: Excellent. Pourriez-vous m'indiquer plus précisément si ces recherches que vous mentionnez sont des recherches qui ont été menées au Canada par ACC?

Mme Janice Burke: Non, je parlais de la littérature à ce sujet.

M. Ben Lobb: S'agit-il de recherches qui ont été menées un peu partout dans le monde? Je demande cela parce que la thérapie dont nous parlons est utilisée à grande échelle aux États-Unis, cela est certain. Un bon nombre de résultats ont été publiés à ce sujet. Vous pourriez peut-être en dire un peu plus long aux membres du comité à ce propos.

M. Raymond Lalonde: Eh bien, Anciens combattants Canada n'a pas mené de recherche sur l'équithérapie ou l'utilisation de chevaux dans le cadre de thérapies. La littérature que nous avons examinée ne contenait aucune recherche menée au Canada. La même chose vaut pour l'utilisation de chiens pour traiter les personnes atteintes du TSPT. On pourrait dire la même chose à ce propos.

Quelques recherches ont été menées, mais elles portent sur un nombre de cas très restreint, et, de surcroît, ces recherches ne sont pas suffisamment concluantes pour justifier le recours à des thérapies de ce genre. L'efficacité de ces thérapies n'est pas soutenue par un nombre suffisant d'éléments probants.

Ainsi, avant d'adopter l'une ou l'autre de ces thérapies, ACC doit s'assurer qu'elle est efficace. Certaines thérapies le sont, mais il n'existe aucun élément probant scientifique à l'appui de leur efficacité.

M. Ben Lobb: Je veux simplement m'assurer que je comprends bien ce que vous dites — vous parlez des travaux qui ont été menés au Canada.

Mme Janice Burke: Nous parlons de la littérature existante sur les recherches qui ont été menées. Je crois que vous vous êtes penchés sur les recherches qui ont été menées aux États-Unis.

M. Raymond Lalonde: Oh, oui, nous avons examiné les recherches qui ont été menées partout dans le monde.

M. Ben Lobb: Et vous affirmez que cela ne suffit pas?

M. Raymond Lalonde: À ce moment-ci, il n'existe pas suffisamment d'éléments probants à l'appui de l'efficacité de ces thérapies.

Mme Janice Burke: Je rappellerais également que la plupart des gens seraient portés à conclure que la zoothérapie a assurément eu de bons résultats au sein d'autres organisations — je ne sais pas si cette expérience a été menée au sein des Services correctionnels — où existait un cadre de supervision et un autre type de programme. Nous nous sommes assurément penchés là-dessus, non pas nécessairement d'un point de vue clinique, mais peut-être simplement dans l'optique d'aider les anciens combattants à réintégrer plus facilement leur collectivité et pour leur offrir un meilleur soutien. Nous nous penchons donc sur cet aspect des choses.

• (1635)

M. Ben Lobb: À coup sûr, les recherches que j'ai examinées portent sur tous les problèmes que vous avez mentionnés, à savoir l'anxiété, la dépression, la colère, etc.

Ainsi, la dernière question que je veux vous poser concerne l'échéancier que vous vous êtes fixé en ce qui concerne le recours à l'équithérapie ou à une thérapie assistée par d'autres animaux, par exemple les chiens. Cela se fera-t-il d'ici 1 an, 5 ans, 10 ans? S'il se révèle que les recherches appuient le recours aux thérapies de ce genre — et il semble que ce soit le cas —, envisageriez-vous de mettre en oeuvre des projets pilotes?

Mme Janice Burke: Dans les faits, nous envisageons un certain nombre de choses, notamment des projets pilotes. Comme nos programmes — c'est-à-dire les services que nous offrons aux anciens combattants — doivent être fondés sur des données probantes, nous devons établir que telle ou telle solution sera avantageuse. Nous continuons donc d'examiner cela. Le Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel a mené une recherche pour le compte d'ACC dans une optique clinique. À ce moment-ci, nous examinons les choses sous un angle différent, davantage sous l'angle de l'intégration à la vie de la collectivité.

M. Ben Lobb: D'accord.

Je vais terminer par une brève question.

J'ai discuté avec quelques conseillers de secteur, et je crois qu'ils se donnent vraiment beaucoup de peine pour effectuer le meilleur travail possible. S'ils estiment qu'il y a un problème, quelles sont les possibilités qui s'offrent à eux pour le signaler à ACC sans s'enliser dans la bureaucratie?

Mme Janice Burke: Eh bien, à coup sûr, s'il y a des problèmes liés aux clients... Faites-vous allusion à des problèmes en matière de processus ou à des problèmes en matière de politique?

M. Ben Lobb: Je parle du fait que les conseillers de secteur sont incapables d'offrir aux anciens combattants les services qu'ils estiment nécessaires. Comment peuvent-ils s'y prendre pour se faire entendre? Quels moyens sont à leur disposition s'ils veulent signaler que telle ou telle personne a un problème, qu'aucun service ne lui est offert, et qu'il faut intervenir pour aider cette personne? Comment peuvent-ils s'y prendre pour faire cela?

Mme Janice Burke: Nous disposons de très bons réseaux de prestation de services, qui permettent aux employés de formuler des commentaires à propos des choses qui ne fonctionnent pas. De fait, nous procédons cette année à une entreprise considérable de rationalisation de nos politiques et de nos processus, en raison des commentaires qui ont été formulés non seulement par les anciens combattants, mais également par le personnel d'ACC. Si tout va bien, vous pourrez bientôt constater quelques améliorations, et ce, même dans le processus relatif à l'invalidité, par exemple, où nous visons à diminuer les périodes d'attente de 30 p. 100 d'ici avril.

En outre, nous examinons toutes nos politiques qui sont peut-être un peu trop complexes, et dans le cadre desquelles nous demandons peut-être aux gens de nous fournir plus de renseignements que nous n'en avons besoin pour prendre une décision. Nous déléguons de plus en plus de responsabilités en matière de prise de décisions au personnel de première ligne. Ainsi, de ce point de vue, j'estime que des changements sont en cours. À coup sûr, les anciens combattants nous ont indiqué clairement et sans équivoque ce qu'ils veulent, et pour ce qui est du personnel de première ligne, il nous a assurément formulé des commentaires concernant les processus et les politiques qui pourraient être améliorés.

Mme Tina Pranger: En outre, les conseillers de secteur — que l'on appelle à présent des gestionnaires de cas — peuvent s'adresser à titre personnel à leur gestionnaire, à leur gestionnaire d'équipe des services aux clients. Et s'il y a un problème qui ne peut être réglé, ils en feront part à leur directeur de district. Et puis, si le directeur de district n'est pas en mesure de régler le problème, celui-ci sera soumis au bureau régional. Il existe donc une voie hiérarchique, si je peux m'exprimer ainsi, que les conseillers de secteur peuvent suivre pour faire part de leurs préoccupations et faire en sorte qu'elles soient prises en considération.

M. Raymond Lalonde: J'ajouterais que le ministre et le sous-ministre ont invité les membres du personnel à s'adresser directement à eux par écrit. En outre, les membres du personnel peuvent utiliser Internet pour s'adresser directement à la haute direction et lui faire part de toute initiative qui, selon eux, devrait être mise en place.

Le président: D'accord, merci.

Monsieur Mayes.

M. Colin Mayes (Okanagan—Shuswap, PCC): Merci, monsieur le président.

J'estime que le ministère fait une foule de choses positives, et, de toute évidence, il obtient quelques résultats positifs.

L'une des questions que je me pose concerne le temps nécessaire à la réadaptation. En moyenne, combien de temps s'écoule entre le

moment où un client se présente et celui où sa réadaptation est terminée? J'aimerais également que vous m'indiquiez le pourcentage de clients qui, selon vous, ont véritablement réussi leur réadaptation et sont parvenus à recouvrer une bonne santé mentale.

● (1640)

Mme Janice Burke: De toute évidence, je ne suis pas experte en ce qui a trait au programme de réadaptation, mais ce programme m'intéresse énormément. Plus de 50 p. 100 des anciens combattants participant à ce programme présentent une invalidité psychiatrique liée à leur service militaire. En outre, si je ne m'abuse, plus de 70 p. 100 des anciens combattants qui participent au programme de réadaptation présentent des besoins en matière de santé mentale.

Comme je l'ai mentionné précédemment, les anciens combattants qui participent actuellement au programme ont des besoins très complexes. Plus du tiers des anciens combattants — et, dans les faits, cette proportion pourrait être plus élevée que cela — ont été libérés des FC il y a plus de cinq ans. Je crois qu'il s'est révélé que, au sein de l'un des échantillons, le tiers des anciens combattants en étaient essentiellement à une année de leur libération, et qu'un autre tiers en étaient à cinq ans de leur libération.

Nous constatons que les gens qui se joignent au programme et qui n'ont qu'un seul besoin — ils doivent surmonter un obstacle sur le plan professionnel ou ont de la difficulté à obtenir un emploi — peuvent terminer le programme beaucoup plus rapidement que les personnes qui ont des besoins physiques et mentaux très complexes. Comme vous le savez, avant de pouvoir même commencer à examiner les possibilités d'emploi des anciens combattants, nous devons concentrer nos efforts sur la stabilisation, c'est-à-dire sur le fait de combler leurs besoins sur le plan médical et psychosocial. Nous constatons que les personnes qui se sont jointes au programme plus de cinq ans avant d'être libérées des FC prennent plus de temps à terminer le programme — en fait, il leur faut plus de 24 mois pour le faire.

En ce qui concerne cette dernière statistique — et si elle est inexacte, je m'assurerai de vous fournir le nombre exact —, je crois qu'environ 690 personnes ont terminé le programme depuis qu'il a été instauré. Comme vous pouvez le constater, un certain nombre de personnes profitent du programme, lequel compte près de 4 000 participants. Toutefois, en raison des problèmes de santé mentale, de douleur chronique et de toxicomanie que présentent ces personnes, nous avons affaire à des cas très complexes.

Nous sommes là pour aider les anciens combattants aussi longtemps qu'ils ont besoin d'une aide. Lorsqu'ils réussissent à surmonter leurs problèmes, ils peuvent commencer à chercher un emploi. S'ils ne parviennent pas à en décrocher un, ils peuvent compter sur le filet de sûreté d'ACC, qui leur assure un revenu. S'ils parviennent à obtenir un emploi... Il ne s'agit pas d'un processus linéaire — les personnes qui présentent des problèmes de santé mentale doivent souvent essayer des revers.

Le véritable avantage que présentent les programmes s'inscrivant dans le cadre de la nouvelle Charte des anciens combattants, c'est que les anciens combattants peuvent réintégrer les programmes à tout moment, au besoin. Il s'agit également d'une chose qui peut arriver — certaines personnes réintègrent un programme qu'elles avaient terminé. Il s'agit d'un filet de sûreté dont pourront profiter tous les anciens combattants s'ils en ont besoin et aussi longtemps qu'ils en auront besoin.

M. Colin Mayes: Vous avez mentionné que la réadaptation et la détection de quelques-uns des problèmes d'un ancien combattant se faisaient plus rapidement si celui-ci s'est joint au programme à un stade précoce. Y a-t-il quelqu'un ou un quelconque service d'aide au sein du ministère qui veille à ce que les anciens combattants qui ont besoin de participer à un tel programme cherchent à s'y engager le plus rapidement possible de manière à ce que vous puissiez entreprendre le processus de réadaptation?

Mme Janice Burke: Depuis que nous avons commencé à mener des entrevues de transition, nous avons eu beaucoup de chance, car grâce à la nouvelle Charte des anciens combattants, nous pouvons à présent déplacer les anciens combattants vers des programmes de ce genre.

Comme vous l'avez indiqué, il y a un groupe d'anciens combattants qui n'ont pas pu profiter des programmes mis en œuvre dans le cadre de la nouvelle Charte des anciens combattants. Nous nous employons à faire davantage de sensibilisation et à collaborer avec les collectivités — j'en ai parlé un peu plus tôt —, avec l'Association canadienne pour la santé mentale et avec le réseau de la Légion royale canadienne pour fournir davantage de renseignements sur le terrain, à l'échelon local, pour informer les anciens combattants et leur famille qui vivent dans ces collectivités de façon à ce qu'ils puissent obtenir du soutien le plus tôt possible.

M. Colin Mayes: La nouvelle Charte des anciens combattants n'est pas parfaite, mais depuis son entrée en vigueur il y a quatre ans, elle a tout changé pour le mieux. À votre avis, s'agit-il d'une observation valable?

Mme Janice Burke: Oui, tout à fait.

M. Colin Mayes: D'accord.

Le président: Merci.

Madame Zarac, allez-y, s'il vous plaît.

[Français]

Mme Lise Zarac (LaSalle—Énard, Lib.): Merci, monsieur le président.

Bonjour, merci d'être ici aujourd'hui et de nous donner tant d'information. Vous êtes nos premiers témoins, et on est en quête d'information.

Dans ce désir d'être informée davantage, j'ai visité le Web cette semaine et j'ai vu, monsieur Lalonde, que vous aviez participé en 2007 à un colloque sur les traumatismes psychiques d'anciens combattants. Il n'y a pas si longtemps de cela. Malheureusement, il n'y avait pas de rapport détaillé, seulement des communiqués de presse. Je me demandais si des recommandations ont été présentées lors de ce colloque. Y a-t-il eu des recommandations à la suite du colloque?

•(1645)

M. Raymond Lalonde: En fait, je n'y ai pas seulement participé. Le colloque était organisé par mon équipe, mais la rencontre ne visait pas à établir des recommandations. Ce colloque était un peu comme celui qui a eu lieu au mois de novembre et qu'on a organisé en partenariat avec la société internationale d'études du stress traumatique. C'est un colloque qui réunit les scientifiques, les chercheurs, les cliniciens dans le domaine. Ils présentent leurs recherches, leurs approches, etc.

Mme Lise Zarac: Ce sont des présentations; il n'y a pas eu de conclusions.

M. Raymond Lalonde: Ce sont des présentations. Il n'y a pas eu de conclusions, de recommandations proprement dites.

Mme Lise Zarac: Si je cherche des recommandations, je n'en trouverai pas dans votre rapport.

M. Raymond Lalonde: Vous n'en trouverez pas.

Mme Lise Zarac: Je suis toujours en quête d'information, je cherchais...

M. Raymond Lalonde: Si vous voulez avoir de l'information sur le genre de recherches qui se fait dans le monde, dans le domaine des traumatismes, le site ISTSS.org a toute l'information sur le colloque...

Mme Lise Zarac: Je pourrais y trouver l'information sur le colloque.

M. Raymond Lalonde: ... et des centaines de sujets qui ont été présentés — plusieurs centaines de pages de sujets. Cela peut être intéressant aussi pour comprendre l'avancement de la recherche, les questions qui sont posées dans le domaine.

Mme Lise Zarac: Parfait. On va aller visiter ce site. Merci de l'information.

Justement, dans les communiqués de presse que j'ai trouvés au sujet du colloque, il est question entre autres des cliniques dont vous parlez, et je suis heureuse d'apprendre que cinq autres de ces cliniques ont été ouvertes. Ce sont de bonnes nouvelles.

Est-ce qu'elles possèdent les ressources nécessaires, le personnel qualifié? On lit — et vous nous le dites clairement — qu'on a établi les 10 cliniques. Par contre, je me demande ce qu'on finance avec les 9 millions de dollars. Vous me dites aussi que c'est de compétence provinciale.

Alors, premièrement, j'aimerais savoir si, effectivement, on a le personnel qualifié pour répondre aux besoins.

M. Raymond Lalonde: En effet, ce sont des cliniques provinciales qui sont financées par Anciens Combattants Canada pour servir la clientèle des anciens combattants, des militaires, des membres de la GRC et leurs familles. Ce sont des cliniques spécialisées pour notre clientèle. On a financé les locaux, etc.

Mme Lise Zarac: Est-ce que le financement est suffisant pour que les cliniques soient ouvertes de 9 heures à 17 heures, tous les jours de la semaine?

M. Raymond Lalonde: Oui, ce sont des cliniques externes dans le cas de neuf d'entre elles. Chaque Régie régionale de la santé, chaque hôpital, a réussi à trouver le personnel, et les cliniques sont presque toutes dotées du personnel suffisant. C'est sûr qu'il y a toujours du roulement, mais normalement, les cliniques ont été en mesure de trouver le personnel dont elles avaient besoin. En ce qui concerne certaines professions, c'est plus difficile, comme celle de psychiatre, mais on réussit à se débrouiller.

Mme Lise Zarac: C'est la raison pour laquelle je posais la question. Un psychiatre de ma connaissance a subi des entrevues durant un an et demi avant d'être embauché pour faire le travail. C'est de là que vient ma question. Avez-vous le personnel qualifié? Si cela prend un an et demi pour embaucher un psychiatre... Avez-vous tous les psychiatres nécessaires pour combler les besoins?

M. Raymond Lalonde: Oui, les ressources sont présentes presque au maximum dans toutes les cliniques. C'est toujours difficile de remplacer du personnel en santé mentale parce qu'il y a une pénurie au Canada. Toutefois, on a réussi à combler les postes dans les cliniques. Actuellement, je peux vous dire qu'on a plus de 1 500 clients dans nos cliniques. C'est une augmentation de 30 p. 100 depuis le début de l'année 2010. Donc, la clientèle augmente et les...

Mme Lise Zarac: Il y a combien de psychiatres?

M. Raymond Lalonde: Je n'ai pas le chiffre exact pour l'ensemble du réseau. Il y a environ un poste et demi de psychiatre par clinique. Certaines en ont deux.

[Traduction]

Mme Lise Zarac: Est-ce qu'il me reste du temps?

Le président: La dernière fois que des questions brèves ont été posées, elles ont exigé de longues réponses. Nous allons donc passer à M. Lobb.

M. Ben Lobb: Je sais que vous ne pouvez pas fournir d'exemples précis, mais je crois que, pour les besoins de son étude, le comité veut aller directement à la source des problèmes et s'assurer que le ministère des Anciens Combattants intervient là où il doit intervenir.

J'aimerais revenir de nouveau sur la question des gestionnaires de cas ou des conseillers de secteur. Je sais que vous ne pouvez pas fournir d'exemples précis, mais j'aimerais que vous nous fournissiez des exemples généraux de situations où un gestionnaire de cas s'est heurté à un problème qui lui semblait préoccupant, où il a réagi à la situation en recourant à la voie hiérarchique et où ce processus a fonctionné. Je crois que nous avons tous occupé d'autres emplois auparavant, que nous avons tous occupé des postes de direction et que nous savons que tout cela semble très bien fonctionner en théorie, mais en pratique, est-ce que cela fonctionne réellement? Il serait très utile que vous fournissiez quelques exemples de cas où la voie hiérarchique a véritablement fonctionné, de manière à ce que le comité puisse les faire figurer dans son rapport.

• (1650)

Mme Janice Burke: De toute évidence, je ne peux pas vous donner un exemple précis concernant un quelconque gestionnaire de cas ou membre du personnel. Nous nous attendons à recevoir ce genre de rétroaction de la part du personnel de première ligne, qu'il s'agisse des employés des centres d'appels ou de gestionnaires de cas qui travaillent sur le terrain auprès des anciens combattants. Dans quelques domaines, nous envisageons de rationaliser les politiques, et cette initiative découle sans aucun doute d'idées formulées par le personnel.

Je vais vous donner quelques exemples concernant le processus de demande de prestations d'invalidité. Nous savons, par exemple, que le formulaire sur la qualité de vie que nous demandons aux anciens combattants de remplir dans le cadre de leur demande de prestations d'invalidité était destiné à des anciens combattants qui voulaient que l'on tienne compte des répercussions de leur invalidité sur leur vie quotidienne, et que l'on ne se borne pas à prendre en considération le seul aspect médical de leur demande. Cependant, grâce aux commentaires formulés par le personnel, nous avons constaté que les anciens combattants trouvaient qu'il était très décourageant de remplir ce document — ils ne comprennent pas tout à fait pourquoi on exige qu'ils le fassent. En fait, il y a quelques-uns de ces formulaires que les anciens combattants ne sont pas obligés de remplir. Ainsi, nous avons véritablement examiné les divers formulaires utilisés dans le cadre du processus de demande de pension, les renseignements médicaux que nous recueillons, les formulaires que nous remettons aux anciens combattants pour qu'ils les fassent remplir par leur médecin, et nous avons constaté que cela est trop long et trop compliqué. Nous rationalisons le processus de demande de prestations d'invalidité.

M. Ben Lobb: Nous commençons à manquer de temps, et je vais donc poser une autre question.

Si une personne éprouve du stress et, de toute évidence, une certaine fatigue nerveuse en raison du trouble de stress post-

traumatique qu'elle présente et de tous ses autres soucis quotidiens, si cette personne fait partie de la liste d'attente d'ACC, qu'elle touche une compensation pour pertes de revenus et qu'elle veut suivre une formation — qu'il s'agisse d'une formation scolaire ou d'une quelconque formation professionnelle de son choix —, d'après ce que je crois comprendre, elle devra attendre pendant une assez longue période avant d'être effectivement en mesure d'entreprendre une formation. Si j'ai bien compris, cela s'explique par le fait que les personnes qui se trouvent dans une telle situation doivent remplir certains critères en matière de santé mentale ou physique. Est-ce exact?

Mme Tina Pranger: Non, c'est inexact. Cela fait partie du programme de réadaptation, et il existe une réadaptation sur le plan médical, une réadaptation sur le plan psychosocial et une réadaptation sur le plan professionnel. Lorsqu'une personne est aiguillée vers le programme et qu'elle est considérée comme prête à se réadapter sur le plan professionnel, nous faisons appel à des fournisseurs externes, qui, sur le plan professionnel...

M. Ben Lobb: D'accord. Permettez-moi d'intervenir sur ce point. Vous avez dit « considérée comme ». Qu'est-ce que cela signifie?

Mme Tina Pranger: Cela est déterminé à l'issue d'une discussion entre le client et le gestionnaire de cas, à laquelle participe souvent l'équipe interdisciplinaire.

M. Ben Lobb: D'accord. D'après ce que je crois comprendre, c'est cet aspect qui provoque de la frustration. Le temps qu'une personne doit attendre avant d'être considérée comme prête. Je crois comprendre que cette période peut être longue. Les personnes dans cette situation souhaitent vivement entreprendre une formation, mais la période qu'elles doivent attendre avant d'être considérées comme prêtes pour suivre une formation est ce qui frustre...

Mme Tina Pranger: Oui, mais ces anciens combattants prennent part à cette discussion. Ils sont les clients. Ils collaborent avec les gestionnaires de cas. Ils participent à cette discussion. Ils ont leur mot à dire.

Il arrive peut-être parfois que le gestionnaire de cas, l'équipe interdisciplinaire et l'ensemble des fournisseurs de soins disposent de renseignements à propos du client que celui-ci ne connaît pas lui-même. Il se peut que des clients ne connaissent pas certaines de leurs propres déficiences. Ils n'ont peut-être pas conscience de leurs déficiences.

M. Ben Lobb: Combien de temps une personne doit-elle attendre avant d'être considérée comme prête?

Mme Tina Pranger: Mais cela...

Mme Janice Burke: Je crois que vous voulez en venir au fait qu'un ancien combattant doit attendre une certaine période avant d'avoir accès à un soutien. L'autre programme du ministère que nous envisageons de rationaliser afin de diminuer les temps d'attente est le programme de réadaptation, et nous nous penchons sur l'aspect des services de première ligne, car les employés de ce secteur ont formulé beaucoup de commentaires. Par exemple, nous avons commencé à faire participer davantage les gestionnaires de cas à la prise de décisions parce que ce sont eux qui connaissent les clients et qui peuvent réellement prendre des décisions les concernant, et que, à cette fin, ils n'ont pas besoin, comme c'était le cas auparavant, d'être entourés d'une équipe complète ou de soumettre la question à l'administration centrale. Ainsi, on se penche sur cet aspect des services de première ligne du programme de réadaptation, le programme même dont vous parliez. On est conscients du fait qu'une certaine période peut s'écouler avant qu'un ancien combattant puisse entreprendre un programme.

M. Ben Lobb: Pour conclure là-dessus, je dirais simplement que je souhaite que, à mesure que l'étude progresse, vous nous fournissiez quelques exemples, car je sais que c'est ce qui intéresse le comité. Nous voulons que l'on nous assure que les divers échelons de la bureaucratie ne sont pas à l'origine des problèmes sur lesquels nous nous penchons.

• (1655)

Le président: Merci. Nous devons passer à une autre question.

Nous avons trois autres questions à poser, mais nous allons mettre fin à la présente partie de la réunion à et quart parce que le comité a quelques travaux à effectuer. Je vous demanderai donc de respecter la limite de cinq minutes.

Monsieur Stoffer, vous avez cinq minutes. Allez-y, s'il vous plaît.

M. Peter Stoffer: Merci, monsieur le président.

J'ai remarqué que, sur la carte qui figure à la diapo 19, il n'y avait aucune clinique en Saskatchewan, à Terre-Neuve-et-Labrador et dans le Nord de l'Ontario. Il n'y en a pas non plus dans les territoires, mais j'imagine que cela est compréhensible. Je me demandais pourquoi il en était ainsi.

En outre, dans votre document, il est question de Brad, une personne dont le nom a été changé. À l'endos, il est indiqué que « ACC sera là pour lui offrir un soutien au besoin, et aussi longtemps que ce sera nécessaire ».

J'ai rencontré un homme qui avait dû quitter Halifax parce qu'il n'avait plus les moyens de vivre dans sa maison. Il a cherché à obtenir des services d'aide psychiatrique par le truchement d'ACC. Il vit à présent à Truro, et il ne peut pas se rendre à Halifax pour consulter un psychiatre, car il ne peut pas conduire une voiture, et ACC refuse de l'aider à faire le voyage, prétextant qu'il doit assumer lui-même ses frais de déplacement. Je voulais simplement savoir si vous aviez entendu parler de situations de ce genre. Que puis-je faire pour aider cet homme? Je me suis adressé au directeur régional, qui m'a répondu que les services requis n'étaient offerts que dans cette région précise. On refuse de fournir des services de transport aux personnes qui doivent se déplacer d'une région comme celle de Truro pour se rendre à Halifax. Nous parlons ici d'une distance d'environ 80 kilomètres, ce qui n'est pas énorme.

Je mentionne ce cas simplement à titre d'exemple.

Par ailleurs, M. Lobb a discuté avec vous des formulaires à remplir. Pouvez-vous nous envoyer une copie de chaque formulaire que les anciens combattants doivent remplir, de manière à ce que nous puissions les examiner? Je sais que certains d'entre eux sont assez volumineux.

Il existe un traitement très efficace pour les anciens combattants, à savoir la massothérapie. À Halifax, certains massothérapeutes demandent de 70 à 75 \$ par séance, mais la couverture offerte par ACC pour de tels services n'est que de 58 \$. J'ai vu les formulaires que les massothérapeutes doivent remplir. Ils doivent passer beaucoup de temps pour remplir le formulaire et toucher ces 58 \$, même s'ils facturent 70 \$ ou 75 \$. On leur a dit qu'ils ne pourraient pas réclamer la différence — leur taux est de 70 \$ l'heure, l'ACC ne rembourse que 58 \$, mais ils ne peuvent pas réclamer au client le solde de 12 \$. C'est ce qu'on leur a dit. Je voulais simplement que vous me disiez si cela est exact.

En outre, il arrive que des massothérapeutes exercent non pas au centre-ville, mais en région, et que leur taux soit un peu plus élevé. Pourquoi ACC ne rembourse-t-il pas l'intégralité du tarif facturé par un massothérapeute, s'il s'agit du tarif courant dans telle ou telle région? S'agit-il simplement d'un tarif forfaitaire?

Mme Janice Burke: Je vais commencer à répondre à quelques-unes des questions, et vous pourrez certainement ensuite ajouter votre grain de sel, Raymond.

Le président: Je vous rappelle que vous avez environ deux minutes et demie pour répondre aux questions.

Mme Janice Burke: Je ne suis pas experte en matière de déplacements à des fins médicales, mais je sais qu'il existe une politique selon laquelle les anciens combattants qui touchent des prestations d'invalidité liées au service militaire et qui doivent se déplacer pour assister à un rendez-vous avec un médecin ou pour recevoir des soins peuvent obtenir de l'aide. Nous allons donc assurément nous pencher là-dessus.

De toute évidence, je ne peux pas vous fournir d'exemples précis.

Mme Tina Pranger: Ils doivent payer leurs frais de déplacement, qui leur sont ensuite remboursés.

M. Raymond Lalonde: Je peux peut-être fournir quelques éclaircissements. Pour obtenir de l'aide, les anciens combattants doivent faire affaire avec le thérapeute convenable et disponible le plus près de chez eux. Le ministère ne remboursera pas les frais de déplacement d'un ancien combattant qui se rend dans une autre ville pour obtenir des services qu'il peut obtenir près de chez lui.

M. Peter Stoffer: C'est exactement cela. L'homme dont je vous ai parlé consulte un certain psychiatre depuis un bon bout de temps. Il serait complètement déstabilisé s'il devait consulter un nouveau psychiatre. Une relation de confiance s'établit entre un psychiatre et son patient. Le fait de demander à cet homme de consulter un autre psychiatre parce que le sien exerce trop loin de chez lui revient à lui imposer un fardeau. N'êtes-vous pas de cet avis?

Mme Janice Burke: Il s'agit certainement d'une question sur laquelle nous pouvons nous pencher. La continuité des soins et du soutien pour les anciens combattants constitue un aspect très important. Nous allons assurément examiner la question que vous avez soulevée en ce qui a trait aux déplacements à des fins médicales, et nous vous transmettrons les copies des formulaires que vous aimeriez consulter.

Quant aux tarifs des massothérapeutes, là encore, cela relève du programme de traitement. Je ne suis pas experte en cette matière, mais je sais que la couverture offerte par ACC concorde avec les tarifs de base qui sont en vigueur dans les provinces, et avec les tarifs raisonnables en vigueur dans la région que vous avez mentionnée. Nous pouvons certainement nous pencher sur cette question et vous fournir ultérieurement des renseignements concernant cette allocation précise.

Vous pouvez répondre à la question concernant les cliniques, Raymond.

M. Raymond Lalonde: S'il n'y a pas de cliniques en Saskatchewan et à Terre-Neuve, c'est qu'il n'y pas suffisamment de clients. Une clinique a besoin d'un certain nombre de clients pour poursuivre ses activités. S'il n'y a pas suffisamment de clients, on ne peut pas justifier la présence d'un psychiatre ou d'un psychologue.

Comme je l'ai expliqué, grâce aux services de télésoin, un client peut se rendre à Calgary, puis retourner à Regina et obtenir un traitement par le truchement des services de télésoin ou des soins d'un psychologue de sa localité. Ces services peuvent être assumés par la clinique. La même chose vaut pour Terre-Neuve — un certain nombre de clients de cette province commencent à recevoir des traitements fournis par la clinique de Fredericton.

•(1700)

Le président: Merci.

Monsieur Vincent.

[Français]

M. Robert Vincent: Merci, monsieur le président.

Je voudrais aborder un problème qui est tout autre. Quelle est la procédure pour traiter la demande d'un ancien combattant qui arrive chez vous et demande des soins? Je sais qu'il faut remplir une foule de documents. On sait aussi que ces gens doivent comparaître en audience de révision devant le tribunal pour faire reconnaître leur stress post-traumatique.

Selon vous, combien de demandes liées au stress post-traumatique doivent être présentées au tribunal en audience de révision? Aussi, quel délai y a-t-il entre le moment où la demande est soumise et le moment où les soins sont accordés?

[Traduction]

Mme Janice Burke: Je peux répondre à votre question d'un point de vue ministériel.

Par exemple, seulement au cours de la dernière année, plus de 80 p. 100 des demandes de prestations d'invalidité liées au TSPT ont été approuvées. Il s'agit d'un taux très élevé comparativement au taux d'approbation des demandes liées à l'ensemble des autres affections, qui s'élève à 70 p. 100 environ.

En ce qui a trait aux processus que nous avons mis en place, si vous examinez le document que nous vous avons fourni, le taux d'approbation des demandes et le nombre de clients ont augmenté depuis 2001. Nous avons mis en place ces protocoles en 2001 pour simplifier le processus de présentation d'une demande et pour alléger le fardeau de la preuve qui incombait aux anciens combattants, lesquels devaient fournir des éléments probants démontrant qu'ils avaient subi un traumatisme. Je crois que vous constaterez que cette tendance a changé considérablement.

En fait, ce que nous ne connaissons pas, c'est la proportion des anciens combattants dont la demande n'a pas été approuvée par le ministère — à savoir 20 p. 100 des anciens combattants — qui ont interjeté appel de la décision d'ACC devant le TACRA, le Tribunal des anciens combattants (révision et appel), car ce ne sont pas tous les anciens combattants déboutés qui interjetent appel, et le pourcentage d'anciens combattants qui ont obtenu gain de cause dans le cadre de ce processus d'appel. Toutefois, nous pouvons certainement tenter d'obtenir ces statistiques pour vous.

[Français]

M. Robert Vincent: Le temps d'attente entre...

M. Raymond Lalonde: Présentement, il est de 24 semaines, mais il va être réduit à 16 semaines. Par contre, ça ne veut pas dire que la personne ne peut pas recevoir de services entre-temps.

M. Robert Vincent: D'accord.

M. Raymond Lalonde: Nous recevons ces personnes dans nos cliniques, faisons une évaluation, posons un diagnostic et l'envoyons au bureau de district. Nous continuons les traitements en attendant que le processus de décision soit terminé.

M. Robert Vincent: Mais quand le cas d'une personne est accepté, une certaine rémunération se rattache à cela.

M. Raymond Lalonde: Dans un cas d'invalidité, oui.

M. Robert Vincent: Il y a un risque qu'une personne atteinte du syndrome de stress post-traumatique soit suicidaire. Le fait qu'elle se retrouve sans revenu augmente la possibilité de suicide.

Avez-vous des statistiques relatives au suicide concernant les personnes dont le cas a été rejeté? On parle ici d'une proportion de 20 p. 100.

[Traduction]

Mme Janice Burke: Pour régler ce problème précis que vous avez mentionné, à savoir les lenteurs du processus d'examen des demandes de pension présentées par des personnes qui ont vraiment besoin d'une pension et de traitements, je vous dirai que, grâce à la nouvelle Charte des anciens combattants, les gens n'ont plus à passer par le processus de demandes de prestations d'invalidité afin d'obtenir des traitements. Ils peuvent recevoir immédiatement des traitements, et accéder immédiatement à nos programmes de réadaptation et aux cliniques. Il n'est plus nécessaire d'attendre qu'une décision soit rendue relativement à une demande d'indemnité d'invalidité. C'est ce que la nouvelle Charte a changé. Une personne n'a plus à être atteinte d'une invalidité liée au service militaire. Si elle a été libérée pour des raisons médicales ou...

[Français]

M. Robert Vincent: D'une certaine façon, je peux comprendre, mais comme le disait M. Stoffer, il peut arriver que le traitement soit dispensé à 50 ou 75 km de chez la personne atteinte et que celle-ci n'ait pas un sou. Si elle doit se déplacer pour suivre un traitement qui n'est pas encore reconnu par le tribunal et qu'en plus, elle n'ait pas d'argent pour payer ce déplacement, que faites-vous dans ce cas?

[Traduction]

Mme Janice Burke: Peut-être que je ne me suis pas exprimée clairement. Un tel vétéran n'a pas à attendre avant d'obtenir des traitements, ni à payer les traitements qu'il reçoit pendant qu'il attend de toucher une pension ou une indemnité d'invalidité.

Mme Tina Pranger: Ou les frais de déplacement...

Mme Janice Burke: Le ministère assume les frais de déplacement des anciens combattants lorsque ceux-ci participent au programme de réadaptation. Il s'agit là d'une amélioration majeure qui a été apportée à notre système depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle Charte des anciens combattants, car auparavant, avant de fournir des traitements à un ancien combattant, le ministère devait attendre qu'une décision soit rendue relativement à la demande de pension d'invalidité présentée par l'ancien combattant en question. Ainsi, à présent, nous pouvons fournir immédiatement et sans attendre des soins aux anciens combattants.

[Français]

M. Raymond Lalonde: La décision est prise par le gestionnaire de cas, au niveau du bureau de district. Un soutien économique peut être offert pour remplacer le revenu. Ça représente 75 p. 100 de ce dernier. La personne n'a pas à suivre le processus relatif à l'invalidité, attendre plusieurs semaines et interjeter un appel, etc. Des services peuvent être mis en oeuvre dans le cadre du programme de réhabilitation.

•(1705)

M. Robert Vincent: Oui, mais il faut que son cas soit accepté. S'il ne l'est pas, est-ce que ce montant...

[Traduction]

Le président: Nous devons conclure là-dessus, monsieur Vincent.

Madame Duncan, vous allez poser la dernière question. Ensuite, j'aurai deux ou trois choses à dire.

Mme Kirsty Duncan: Merci.

Je vais revenir une fois de plus sur la question de la prévention. Je crois vraiment qu'il faut commencer à sensibiliser les gens dès qu'ils se joignent aux Forces canadiennes — il faut les éduquer, il faut mieux les informer à propos des symptômes.

D'après les données dont je dispose quant au nombre de cliniciens à la disposition des membres des Forces canadiennes — et par « cliniciens », j'entends les psychiatres, les psychologues cliniciens, etc. —, il y a 32 psychiatres, soit un ratio d'environ 0,0049. On affirme qu'il y a 350 cliniciens pour l'ensemble des 65 000 membres des Forces, soit environ un clinicien pour 186 membres. Les psychiatres sont importants. Vous nous avez fourni de l'information en ce qui a trait à ACC: le ministère dispose de 2 000 cliniciens accrédités. J'aimerais que vous fournissiez au comité les statistiques relatives au nombre de psychiatres, de psychologues cliniciens, d'infirmières en santé mentale, de travailleurs sociaux, d'aumôniers des services de santé et de conseillers en toxicomanie qui sont à la disposition des clients d'ACC. J'aimerais connaître le ratio des cliniciens aux clients.

Je terminerai en disant que, la semaine dernière, nous faisons des visites un peu partout au pays, et nous avons eu un entretien avec un ancien combattant qui avait demandé à nous rencontrer en privé. Il a expliqué que ACC avait cerné beaucoup d'anciens combattants se trouvant dans une situation pénible, mais qu'il y en avait encore plus que le ministère ni personne n'avait identifié. Ces anciens combattants ne font l'objet d'aucun suivi. L'homme que nous avons rencontré nous a parlé de trois jeunes anciens combattants atteints du TSPT qui sont morts dans la solitude. Ils avaient perdu leur conjoint. Je me demandais s'il y avait quelque chose que nous pouvions faire à cet égard.

Les militaires reviennent à la maison, et deviennent d'anciens combattants. Sont-ils pris en charge par un gestionnaire de cas? Un gestionnaire de cas peut-il prendre en charge 30 ou 40 personnes? Ces anciens combattants doivent être suivis.

Mme Janice Burke: Pour répondre à vos questions dans l'ordre où vous les avez posées, je ne suis pas certaine que le nombre que vous avez mentionné, à savoir 65 000, se rapporte aux Forces canadiennes.

Mme Kirsty Duncan: Oui.

Mme Janice Burke: D'accord. De toute évidence, je ne peux pas confirmer ce nombre...

Mme Kirsty Duncan: Moi, je le peux.

Mme Janice Burke: ... mais en ce qui concerne le deuxième nombre, je peux dire que les noms des fournisseurs du ministère sont consignés dans une base de données. Il y en a 2 000, et nous pouvons vous fournir des renseignements quant au pourcentage d'infirmières en santé mentale, de psychologues, de psychiatres, d'ergothérapeutes et de travailleurs sociaux faisant partie de ces fournisseurs.

Mme Kirsty Duncan: Pourriez-vous déposer ces renseignements?

Mme Janice Burke: Oui.

Quant au troisième point que vous avez soulevé, je dirai qu'il est certainement inadmissible qu'un ancien combattant vive dans l'isolement et ne reçoive aucun des services dont il a besoin. Si cela se produit effectivement, il s'agit sans aucun doute d'un sujet de préoccupation pour ACC.

Là encore, l'une des choses que nous tentons de faire pour aider les gens qui sont libérés des Forces canadiennes, c'est de leur faire subir une entrevue de transition, de les recenser et de leur attribuer

un gestionnaire de cas qui les suivra. C'est de cette façon que le processus doit fonctionner. Comme je l'ai mentionné plus tôt, nous savons que, de la guerre de Corée jusqu'en 2006, un certain nombre d'anciens combattants ont été libérés des Forces canadiennes sans avoir la possibilité de profiter de ce processus.

Nous nous penchons sur les moyens que nous pouvons prendre pour mieux informer les gens. Là encore, il s'agit de sensibiliser les anciens combattants, de même que les collectivités. J'ai fait allusion à l'Association canadienne pour la santé mentale. Nous collaborons avec divers organismes communautaires qui fournissent du soutien social, et avec des refuges pour sans-abri pour tenter d'identifier ces anciens combattants et leur fournir des traitements.

Mme Kirsty Duncan: Pourrions-nous les retracer au moyen de la procédure proposée par Mme Sgro? Est-ce que nous communiquons aux trois mois avec ceux qui touchent une pension? Est-ce que nous communiquons avec eux plus souvent que cela?

Mme Janice Burke: Oui. De fait, nous possédons des statistiques sur tous les anciens combattants qui touchent une pension d'invalidité liée à une affection psychiatrique. Nous savons exactement où ils se trouvent. Nous connaissons leur nombre. Nous connaissons leur âge.

Nous avons déployé beaucoup d'efforts pour tenter de bien comprendre le profil de ces gens. En outre, ces renseignements sont transmis régulièrement aux bureaux de district. En fait, ces bureaux disposent évidemment de leur propre répertoire — ils connaissent leurs clients.

Là encore, il faudra continuer à travailler pour faire en sorte qu'il n'y ait plus un seul ancien combattant qui ne reçoive pas le soutien dont il a besoin. Cela est très important.

Le président: D'accord, merci.

Monsieur Vincent, je sais que vous aviez une autre question à poser et je vous ai coupé la parole. Par bonté de cœur, je vous permets donc de poser une dernière question. Allez-y, s'il vous plaît.

•(1710)

[Français]

M. Robert Vincent: Comme me l'a dit le chercheur plus tôt, quand on est libéré des Forces canadiennes en raison d'un problème de stress post-traumatique, on reçoit une somme équivalente à 75 p. 100 de son salaire. Je comprends cela. Vous me l'avez dit plus tôt. La question que je veux soulever est qu'après quatre ans — et les statistiques l'indiquent —, un bon nombre de ces personnes quittent l'armée par elles-mêmes. Elles accrochent leur uniforme, et c'est fini.

J'aimerais savoir ce qui se passe si, sept, huit, dix mois ou un an plus tard, une personne croit qu'elle a besoin de soins relativement à un problème qu'elle a vécu en tant que militaire, mais dont elle n'a pas parlé lorsqu'elle était en service. Cette personne arrive chez vous et vous dit qu'elle souffre vraiment d'un gros problème.

Vous m'avez dit que ces personnes avaient un salaire. Est-ce ce salaire qu'on leur donne lorsqu'elles sont libérées? Ou plutôt, au moment où elles sont encore salariées, avant d'être libérées, comment peuvent-elles recevoir une compensation? En combien de temps peuvent-elles obtenir une consultation si elles font une demande?

M. Raymond Lalonde: Si un ancien combattant vient nous voir, cinq ans, dix ans ou quinze ans plus tard, parce qu'il a des problèmes de réintégration à la vie civile qui sont liés à son service, parce qu'il a des problèmes de santé mentale dont il n'a pas pris conscience plus tôt, la nouvelle charte nous donne la possibilité de considérer un plan de réhabilitation.

Dans le cadre d'un plan de réhabilitation, on met en place les services pour résoudre les problèmes d'ordre médical, psychosocial ou professionnel. Pendant cette période, la personne, même dix ans plus tard, peut recevoir 75 p. 100 de son salaire pour lui permettre de vivre pendant sa réhabilitation. Ce montant est indexé en fonction des années qui se sont écoulées depuis qu'il a quitté les Forces canadiennes.

M. Robert Vincent: Quel est le temps d'attente? Est-ce que ce sont les 24 semaines dont vous parliez tout à l'heure?

M. Raymond Lalonde: Non. Les 24 semaines, c'est pour les demandes de pension d'invalidité. C'est beaucoup plus rapide pour les demandes visant les programmes de réhabilitation, qui sont acceptées dans une proportion de 95 p. 100. Ces demandes sont traitées au bureau de district par le gestionnaire de cas. Les réponses sont données très rapidement par le gestionnaire de cas. Je ne connais pas le délai exact.

M. Robert Vincent: J'ai une dernière question.

M. Guy André: Ça prend combien de temps pour être rappelé? Existe-t-il une politique pour faire suite aux appels qui sont faits au ministère des Anciens Combattants? Est-ce qu'on doit rappeler dans un délai de 48 heures, de 72 heures?

M. Raymond Lalonde: Il y a une politique, mais je ne pourrais pas vous en donner les détails.

M. Robert Vincent: Encore au sujet de la prévention du suicide que nous étudions, est-ce que vous partagez avec les Forces canadiennes les données que vous recueillez ou les impressions que vous notez lorsque vous traitez en clinique des gens qui subissent le trouble du stress post-traumatique?

[Traduction]

Le président: Monsieur Vincent, il est temps d'arrêter. Je vous avais autorisé à poser une question supplémentaire, mais nous avons relancé la discussion.

[Français]

M. Robert Vincent: J'essayais de me rendre jusqu'à 17 h 15, comme vous me l'avez dit. Vous deviez m'arrêter à 17 h 15. J'essayais de m'y rendre.

[Traduction]

Le président: D'accord. Je reconnais la valeur des questions qui sont posées et des réponses qui sont données, mais j'aimerais simplement aborder deux ou trois points avec les témoins.

Tout d'abord, vous avez mentionné diverses études qui ont été menées. J'aimerais savoir s'il serait possible pour vous de nous

fournir quelques-unes de ces études menées par ACC et le MDN. Vous pourriez les transmettre à la greffière, qui les distribuera aux membres du comité. Il se peut que nous consultations ces études.

Je ne crois pas qu'il existe différentes catégories d'anciens combattants, mais ce ne sont pas tous les anciens combattants qui touchent une pension. Certains anciens combattants ont membres des Forces canadiennes pendant quatre ou cinq ans, et ils ont décidé de réorienter leur carrière, par exemple, en devenant policiers, en devenant agents de traitement des cas pour le bureau d'un député ou en retournant à l'université, ce genre de choses. Il faut garder la trace de ces personnes après qu'elles ont quitté les Forces canadiennes, et, à moins qu'elles se soient adressées à ACC parce qu'elles avaient un problème, le ministère n'a aucun moyen de le faire. Il n'est pas nécessaire qu'une personne soit un ancien combattant, qu'elle ait servi en Afghanistan ou en Croatie, ou qu'elle ait été déployée à l'étranger — elle peut faire partie des Forces canadienne pendant ce temps. Ces personnes sont toujours considérées comme des anciens combattants, n'est-ce pas? Ainsi, ce ne sont pas toutes les personnes qui quittent l'armée qui touchent une pension.

Je le sais, car mon père est un ancien combattant, et il profite actuellement du PAAC. Il s'agit d'une chose que nous devrions tous garder présente à l'esprit, à savoir que ces personnes sont rangées dans la catégorie des anciens combattants. Je souhaiterais que personne n'ait jamais à fréquenter une banque alimentaire. Cependant, certaines de ces personnes ont quitté l'armée, et avaient peut-être décidé précédemment de retourner à la vie civile. Ai-je raison de penser cela?

• (1715)

Mme Janice Burke: Oui, tout à fait.

D'après une étude menée par Statistique Canada en 2002, si je ne m'abuse, il y a 749 000 anciens combattants au pays. La clientèle d'anciens combattants d'ACC compte 218 personnes. Ainsi, nous sommes très chanceux, dans la mesure où un très grand nombre de personnes quittent les Forces canadiennes en bonne santé. Bien souvent, ces personnes n'ont pas besoin de recourir à nos programmes, mais il y a des anciens combattants qui en ont besoin. Comme je l'ai dit plus tôt, nous devons faire davantage de sensibilisation pour nous assurer que tous les anciens combattants connaissent nos programmes et sachent qu'ils peuvent y recourir en cas de besoin.

Le président: Excellent. Merci beaucoup.

Je vous sais gré des réponses que vous avez fournies à toutes les questions qui vous ont été posées aujourd'hui.

Si vous le voulez bien, nous allons prendre une petite pause. Nous avons quelques affaires à régler. Cela ne prendra qu'une minute ou deux, mais nous devons le faire à huis clos.

Merci encore.

[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>