



Chambre des communes  
CANADA

## Comité permanent de la défense nationale

---

NDDN • NUMÉRO 018 • 2<sup>e</sup> SESSION • 39<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le jeudi 13 mars 2008**

**Président**

M. Rick Casson

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :

**<http://www.parl.gc.ca>**

## Comité permanent de la défense nationale

Le jeudi 13 mars 2008

•(1545)

[Traduction]

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

Nous avons attendu quelques minutes parce que nous savons qu'un de nos collègues, qui marche avec des béquilles, est un peu plus lent que d'habitude.

Je vais donner quelques nouvelles aux membres du comité avant d'entendre les témoins. Nous avons réussi à récupérer les fonds destinés à notre voyage en Afghanistan. Je crois savoir qu'ils viennent d'être approuvés par la Chambre.

Nous allons commencer. Nous sommes ici pour poursuivre nos audiences concernant la santé des membres de nos Forces canadiennes, en insistant particulièrement sur les troubles de stress post-traumatique. Nous avons convoqué pour aujourd'hui des témoins-experts et nous avons hâte de les entendre.

Je dois vous dire que nous devons absolument respecter l'horaire aujourd'hui. La cloche va sonner à 17 h 30 pour un vote et je crois, à nouveau, à 17 h 45 pour un autre vote.

Allez-y.

**M. John Cannis (Scarborough-Centre, Lib.):** Je vais commencer par vous féliciter d'avoir obtenu ces fonds. Je vous en remercie.

Allons-nous consacrer un peu de notre temps pour parler de dates, etc. au cours d'une séance ultérieure?

**Le président:** Oui. La première séance après le congé de Pâques, le 1<sup>er</sup> avril, sera une séance du sous-comité consacrée à nos travaux futurs. Nous pourrions alors discuter de ce voyage.

**M. John Cannis:** Merci. J'en suis heureux.

**Le président:** J'ai demandé au greffier de démarrer nos travaux de cette façon en avril.

Nous accueillons aujourd'hui Doug Clorey, directeur de la Direction des politiques sur la santé mentale, Rachel Corneille Gravel, directrice générale de l'Hôpital Sainte-Anne et Raymond Lalonde, directeur du Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel, tous du ministère des Anciens combattants.

Je pense que vous voulez tous nous présenter un bref exposé. Nous passerons ensuite aux questions.

La parole est au témoin qui veut commencer.

[Français]

**Mme Rachel Corneille Gravel (directrice générale, Hôpital Sainte-Anne, Anciens Combattants Canada):** Bonjour. Je m'appelle Rachel Corneille Gravel. Je suis directrice générale de l'Hôpital Sainte-Anne. Je tiens à vous dire qu'on est très heureux d'être ici aujourd'hui et de pouvoir répondre à vos questions. Nous ne sommes

pas des experts cliniques, mais nous allons tenter, néanmoins, de vous donner une bonne idée de notre travail et de ce qu'on peut faire pour notre clientèle.

Je suis accompagnée de M. Doug Clorey, qui prendra la parole après moi. Comme M. Casson l'a mentionné, il est directeur des politiques sur la santé mentale. Il est aussi responsable de la Stratégie d'Anciens Combattants Canada en matière de santé mentale. Quant à M. Raymond Lalonde, il est directeur du Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel à l'Hôpital Sainte-Anne.

Je vais parler un peu de l'Hôpital Sainte-Anne, qui a été fondé en 1917. C'est le dernier hôpital administré par Anciens Combattants Canada, le dernier hôpital de compétence fédérale. Il s'agit d'un centre de soins de longue durée spécialisé en gériatrie et en psychogériatrie. Il accueille en ce moment près de 415 anciens combattants qui ont participé à la Seconde Guerre mondiale ou à la guerre de Corée. Évidemment, on n'a plus de clients de la Première Guerre mondiale.

L'hôpital est aussi spécialisé en santé mentale. La première clinique pour traumatismes de stress opérationnel d'Anciens Combattants Canada a été établie à l'Hôpital Sainte-Anne en 2001. Depuis ce temps, énormément de travail a été fait. Dans le cadre de la modernisation des programmes et des services offerts aux clients par Anciens Combattants Canada, l'Hôpital Sainte-Anne s'est vu confier un rôle de leadership clinique national en 2005 pour tout ce qui a trait aux traumatismes liés au stress opérationnel, les TSO.

Aujourd'hui, le Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel de l'Hôpital Sainte-Anne comporte trois secteurs.

La clinique pour TSO emploie des psychologues, des psychiatres, des travailleurs sociaux et des infirmières. Elle offre des services externes spécialisés à plus de 300 anciens combattants de la nouvelle génération. Il y a aussi le secteur d'expertise clinique, dont le rôle est surtout d'élaborer et de promouvoir des pratiques exemplaires à travers le pays et de fournir des services conseils, surtout par l'intermédiaire de nos autres cliniques pour TSO. Enfin, le secteur de la coordination et du développement du réseau, qui est plus de nature administrative, est responsable du développement et de la coordination des services cliniques en santé mentale à l'échelle du pays, afin de s'assurer que tous les clients, peu importe où ils habitent, puissent recevoir les services cliniques dont ils ont besoin.

Anciens Combattants Canada a le mandat bien spécifique d'offrir des soins et des services aux personnes qui ont servi dans les Forces canadiennes et qui sont maintenant des anciens combattants, alors que la Défense a la responsabilité des militaires actifs. Bien que nos mandats soient différents, nous déjà pour développer, coordonner et harmoniser les soins et les services dans des domaines d'intérêt commun, par exemple en santé mentale.

À cette fin, Anciens Combattants Canada, le ministère de la Défense nationale et la Gendarmerie royale du Canada ont signé un protocole d'entente il y a quelques années. Ce protocole définit un cadre pour mettre en place un réseau conjoint de cliniques. Anciens Combattants a actuellement six cliniques et en aura bientôt dix. Le ministère de la Défense nationale a aussi ses propres cliniques. Je crois qu'elles sont au nombre de cinq. Ce travail de synergie et de partenariat est très bien vu; il s'agit d'un engagement de deux ministères en vue d'aider cette clientèle.

C'était une très brève introduction pour vous dire qui nous sommes et ce que nous faisons. Je donne maintenant la parole à M. Doug Clorey, qui vous parlera de son domaine d'expertise.

[Traduction]

**M. Doug Clorey (directeur, Direction des politiques sur la santé mentale, Anciens Combattants Canada):** Merci, Rachel.

Comme Rachel et le président l'ont mentionné, je m'appelle Doug Clorey. Je suis le directeur de la Direction des politiques sur la santé mentale. Je suis, à ce titre, chargé de surveiller la mise en oeuvre de la stratégie du ministère en matière de santé mentale. Certains aspects de cette stratégie figurent dans votre document et nous pourrions peut-être parler de certaines diapositives au cours de notre discussion.

La stratégie comprend essentiellement quatre éléments. Le premier consiste à veiller à ce que les membres actuels de Forces canadiennes ainsi que les anciens combattants aient accès aux services de santé mentale dont ils ont besoin. Cela couvre tous les services, depuis la promotion de la santé jusqu'à l'évaluation, le traitement, la réadaptation et les soins continus.

Le deuxième élément de la stratégie consiste à renforcer notre capacité. Ce renforcement consiste à prendre des mesures pour pouvoir disposer des ressources lorsque les ressources existantes ne sont pas suffisantes, en particulier dans les collectivités où résident les anciens combattants.

Nous pensons que nous avons également un leadership à assumer dans ce domaine, et cet élément fait donc partie de notre stratégie.

Enfin, nous savons qu'aucun d'entre nous ne peut effectuer seul ce travail et qu'il est donc essentiel d'établir des partenariats pour le réaliser.

Voilà donc les quatre éléments de notre stratégie. Nous pourrions en parler davantage dans le courant de l'après-midi.

J'assume également, avec mon équipe, la responsabilité générale d'élaborer les processus opérationnels et les politiques associées à la prestation des services de santé mentale destinés aux anciens combattants et aux autres clients du ministère. Tout cela pour dire que je suis tout à fait désireux de vous parler cet après-midi de la stratégie du ministère en matière de santé mentale, du cadre des services de santé mentale qui précise la façon dont nous fournissons ces services à nos clients ainsi que des leçons que nous avons apprises au cours des dernières années.

Enfin, je tiens à mentionner que nous estimons que le travail qu'effectue votre comité fait partie de ce que nous faisons en partenariat. Nous avons vraiment hâte de connaître les recommandations que formulera le comité, parce que nous estimons que nous avons tous le souci d'assurer la santé mentale et le bien-être des anciens combattants et de ceux qui ont servi notre pays.

Merci.

• (1550)

**Le président:** Merci de ces commentaires. Nous les avons appréciés.

Nous allons commencer un tour de sept minutes avec M. Coderre.

**L'hon. Denis Coderre (Bourassa, Lib.):** M. Lalonde aimerait répondre.

**Le président:** Excusez-moi, monsieur. Vous avez tout votre temps. Nous allons demander à M. Coderre de patienter. Ce ne sera pas facile, mais nous allons essayer.

**L'hon. Denis Coderre:** Prenez votre temps.

[Français]

**M. Raymond Lalonde (directeur, Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel, Anciens Combattants Canada):** Merci beaucoup.

Comme Mme Gravel l'a dit, le Centre national pour TSO que je dirige fait partie de l'Hôpital Sainte-Anne. Notre mandat comporte trois volets: offrir des services cliniques à l'hôpital pour les TSO, offrir de l'expertise au ministère et à l'externe en matière de TSO, et développer l'accès aux services dans tout le pays.

Une des caractéristiques importantes de ce dernier volet est l'établissement d'un réseau de cliniques. Le ministère des Anciens Combattants, outre l'Hôpital Sainte-Anne, n'offre aucun service direct à sa clientèle. Les services couverts par Anciens Combattants sont offerts par l'intermédiaire des services provinciaux de santé et des fournisseurs de services privés, dont les frais sont remboursés par le ministère.

On a également partout au pays des réseaux de fournisseurs de services privés qui offrent des programmes spécialisés, comme des programmes de comorbidité pour le SSPT et l'abus de substances. En ce qui concerne les cliniques pour TSO, outre celle de Sainte-Anne, on a établi des ententes avec des institutions sous responsabilité provinciale. En vertu de ces ententes, nous donnons du financement aux institutions provinciales pour qu'elles établissent des cliniques destinées à notre clientèle, les anciens combattants. Cependant, ces cliniques sont aussi accessibles aux membres des Forces canadiennes et à ceux de la GRC.

Donc, la seule clinique pour TSO du ministère est située à l'Hôpital Sainte-Anne. Nos autres cliniques ont été établies à la suite d'ententes conclues avec des institutions provinciales. Je pense qu'il s'agit là d'une différence importante, compte tenu du fait que les Forces canadiennes sont responsables de leurs propres cliniques, lesquelles sont exploitées par leur personnel.

Je voulais m'assurer d'apporter cette clarification.

• (1555)

[Traduction]

**Le président:** Merci.

Monsieur Coderre.

[Français]

**L'hon. Denis Coderre:** J'aimerais qu'on sorte des sentiers battus. En entendant parler de leadership, de *partnership* et d'offre de services, j'avais l'impression — cela dit bien respectueusement — de revivre les années où j'étudiais pour obtenir mon MBA. C'était bien beau, mais j'aimerais qu'on sorte un peu des sentiers battus. Je sais que vous n'êtes pas des experts cliniques, mais on essaie de bien comprendre l'environnement dans lequel est confinée la personne, qui la plupart du temps, se sent seule et doit vivre des moments éprouvants. De plus, il n'y a pas tellement longtemps que tout ce qui s'appelle santé mentale est pris au sérieux. Vous avez sûrement souvent prêché dans le désert.

Quand quelqu'un est dans le besoin, comment cela se passe-t-il, concrètement? Vous offrez des services, etc. Travaillez-vous avec d'autres organismes? Un autre organisme offre du soutien par les pairs. Il essaie d'atteindre ceux qui ont vécu les mêmes problèmes, afin de les encadrer, etc. Je sais que vous faites un travail assez exceptionnel à l'Hôpital Sainte-Anne, mais c'est un travail dur et difficile et il faut l'agencer avec les autres cliniques. Comment cela se passe-t-il? Comment allez-vous chercher les gens ou comment les gens vous abordent-ils quand ils sont dans le besoin?

**Mme Rachel Corneille Gravel:** Je vais commencer, et Raymond ou Doug pourra compléter.

Les gens dans le besoin peuvent être référés à l'Hôpital Sainte-Anne, par exemple, de différentes façons. Ce peut être par le bureau de district de Montréal. Normalement, l'admissibilité fait partie de toutes les règles. Ces gens sont référés par le système d'aide aux anciens combattants afin qu'ils reçoivent des soins et services, par exemple, à l'Hôpital Sainte-Anne. Ce peut aussi très bien être par des pairs aidants. On travaille de très près avec le groupe appelé Soutien social aux victimes de stress opérationnel. Il s'agit d'un groupe de pairs aidants, de gens qui ont souffert de différents troubles de santé mentale et qui établissent des liens solides avec leurs compagnons des forces armées. Une personne dans le besoin nous sera référée. Le délai pour voir cette personne est très court pour nous, entre autres à la clinique de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel. Il faut s'assurer qu'il y ait un plan d'évaluation et de traitement. Il sera vu par l'infirmière, par le travailleur social et, au besoin, par le psychologue ou le psychiatre, parce que souvent un diagnostic a déjà été émis. Évidemment, on enclenchera un plan de traitement. Il y a différents types de traitements — des thérapies de groupe, des thérapies individuelles —, et il se fait aussi beaucoup de travail avec les familles puisque la famille fait partie intégrante de la vie de cette personne. Il ne faut surtout pas l'oublier dans le processus de traitement. Il est possible qu'on les réfère à un traitement de désintoxication parce qu'on travaille en partenariat avec d'autres groupes, d'autres institutions. La personne doit être référée au bon endroit, selon la situation qu'elle vit.

Il est certain que quelqu'un vivant dans un centre urbain, près d'une clinique de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel, a un meilleur accès que quelqu'un qui vit en région éloignée. En général, je crois qu'on répond à la plupart des besoins des gens partout au pays. Évidemment, on est en développement. On a des contacts et on travaille à bâtir un réseau. Certains fournisseurs de services peuvent rencontrer ces gens là où ils sont. De plus, on est en train de développer un système de télémédecine afin de mettre les gens en contact avec des spécialistes à distance, d'une autre façon.

Raymond veut peut-être ajouter quelque chose.

**L'hon. Denis Coderre:** Après avoir parlé à certains soldats en privé — et on en recevra d'autres —, il semble que l'un des

problèmes soit que ces gens, bien souvent, se sentent un peu pris dans le système. Le système peut être bénéfique et les aider — quand ils seront rendus chez vous, ils seront peut-être sauvés —, mais il y a un problème de confidentialité. Ils ont peur que les choses se sachent. Évidemment, cela dépend aussi s'ils ont été relevés de leurs fonctions ou non. On a aussi le sentiment qu'il y a beaucoup de bureaucratie, car souvent les gens abandonnent à un moment donné.

Comment vivez-vous cela? Vous avez dit avoir travaillé avec l'organisme qu'on a rencontré, qui fait un travail assez exceptionnel, d'ailleurs. Comment assurez-vous le suivi? Comment vous assurez-vous qu'on puisse traiter ces personnes de façon humaine et non comme des statistiques ou dans un cadre trop bureaucratique? Je dis cela respectueusement, évidemment.

• (1600)

**Mme Rachel Corneille Gravel:** Les gens que nous rencontrons ont reçu leur congé des Forces armées canadiennes. Une partie de leur vie, avec ses conséquences émotives, a été prise en charge par le ministère de la Défense. Quand ils sont licenciés de l'armée, ils font partie de notre clientèle.

Je pense que l'approche est très humaine. Le travail qui se fait de très près avec les pairs aidants et les professionnels de la santé consiste à essayer de leur rendre leur dignité et un sens d'appartenance à une communauté. L'un des objectifs est d'ailleurs de pouvoir tout faire pour qu'ils retrouvent leur place dans la société. Parmi les suivis que nous faisons, il y a des suivis cliniques dont les cliniciens sont responsables. Cependant, nous faisons également des suivis auprès de ces gens et de leur famille par l'entremise de sondages et de rencontres individuelles. Nous avons une façon de tâter le pouls pour voir s'ils sont satisfaits. Nous avons tout un système de contrôle de la qualité pour trouver des indicateurs qui nous donneront une fidèle représentation d'un certain succès. Ce système est évidemment en évolution.

**L'hon. Denis Coderre:** Constatez-vous que les patients sont de plus en plus jeunes? À Sainte-Anne-de-Bellevue, il y a des patients de la Seconde Guerre mondiale et de la guerre de Corée. Les missions auxquelles nous participons vous donnent-elles le sentiment qu'il y a de plus en plus de jeunes?

**Mme Rachel Corneille Gravel:** Oui, la clientèle est beaucoup plus jeune. C'est une clientèle externe, non hospitalisée. Nous n'admettons à l'hôpital que les anciens combattants qui ont servi outre-mer, dans le cadre d'une guerre. La clientèle vraiment beaucoup plus jeune, âgée entre 30 et 50 ans, est celle que nous voyons en clinique externe.

[Traduction]

**Le président:** Je vous remercie.

Monsieur Bachand.

[Français]

**M. Claude Bachand (Saint-Jean, BQ):** Merci, monsieur le président.

Bienvenue parmi nous. Ma première question s'adresse à vous, madame Corneille Gravel. Êtes-vous directrice générale de l'Hôpital Sainte-Anne depuis longtemps?

**Mme Rachel Corneille Gravel:** Oui, je le suis depuis 1996. Je travaille à l'Hôpital Sainte-Anne depuis 1974.

**M. Claude Bachand:** Votre figure me dit quelque chose. Les membres du Comité permanent des anciens combattants ont visité l'hôpital il y a quelques années. Nous avons été très impressionnés.

**Mme Rachel Corneille Gravel:** Voilà.

**M. Claude Bachand:** Je me souviens même avoir pris un dîner...

**Mme Rachel Corneille Gravel:** ... un dîner pour dysphagiques...

**M. Claude Bachand:** ... avec des carottes en bouillie mais en forme de carottes.

**Mme Rachel Corneille Gravel:** Ce projet a été commercialisé il n'y a pas très longtemps.

**M. Claude Bachand:** Cela vous rapporte-t-il des profits?

**Mme Rachel Corneille Gravel:** Pas à nous, non, pas du tout. Nous avons accordé une licence au concepteur.

**M. Claude Bachand:** C'est très bien.

Je vais parler un peu plus d'administration. Vous nous avez parlé d'un protocole d'entente, d'un réseau conjoint de cliniques. Ce protocole est-il accessible? Pouvez-vous l'envoyer au greffier du comité afin que nous puissions en prendre connaissance?

**M. Raymond Lalonde:** Si vous me le permettez, je vais répondre, parce que c'est moi qui suis responsable de ce protocole au ministère des Anciens Combattants.

Le protocole d'entente signé entre le ministère de la Défense nationale, la GRC et Anciens Combattants Canada dresse le cadre en vertu duquel nous allons établir un réseau de cliniques dont l'objectif sera d'offrir une suite de services similaires dans toutes les cliniques du pays accessibles tant aux anciens combattants qu'aux militaires et aux membres de la GRC. Ce réseau est actuellement en développement. Le ministère des Anciens Combattants doit ouvrir de nouvelles cliniques. Nous devons en ouvrir encore quatre pour nous assurer d'avoir une couverture nationale. Nous sommes en train d'établir les règles de fonctionnement dans les domaines financier et administratif, pour les indicateurs de performance de qualité et les standards financiers. Cela permettra de s'assurer que les trois clientèles auront accès à toutes les cliniques du Canada: celle de Sainte-Anne-de-Bellevue, celles qui se trouvent sous notre responsabilité et que nous avons négociées avec les provinces, et celles de la Défense nationale.

• (1605)

**M. Claude Bachand:** J'ai justement une autre question sur l'uniformité des services. Si je comprends bien, le Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel établit, par exemple, le type de traitements qui seront dispensés dans l'ensemble des TSO. En passant, les lettres « CS » dans l'acronyme « CSTSO » servent-elles à identifier celles qui relèvent directement des militaires?

**Mme Rachel Corneille Gravel:** C'est exact.

**M. Raymond Lalonde:** Les CSTSO sont celles des militaires.

**M. Claude Bachand:** Bon. Vous nous dites qu'il y a une coordination et un protocole avec tout ce monde.

**M. Raymond Lalonde:** Il y a un protocole qui établit qu'on va travailler ensemble afin de développer et d'harmoniser... Ce n'est pas encore complété. Dans certains cas, les anciens combattants ont accès à la clinique de la Défense, et dans d'autres cas, c'est différent. Par exemple, il y a une clinique à Winnipeg, et nous avons une entente avec l'hôpital Deer Lodge, qui accepte beaucoup de militaires de la base de Shilo. Cela fonctionne déjà, on est en train de développer les mécanismes, parce qu'il n'y a pas assez de

cliniques au pays, et de définir les détails des services qui seront offerts.

**M. Claude Bachand:** Peut-on parler de l'uniformité des services? Y a-t-il les mêmes services à Montréal et sur la côte ouest, par exemple à Esquimalt?

**M. Raymond Lalonde:** Quand on parle de services en santé mentale, le mandat des cliniques de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel est d'abord de faire des évaluations. On utilise les meilleures pratiques, celles qui sont reconnues par les chercheurs, autant dans les cliniques du ministère de la Défense nationale que dans celles du ministère des Anciens Combattants. Il peut y avoir des modalités différentes pour les militaires, mais elles sont quand même assez similaires. Pour les approches de traitement, les cliniciens se sont assis ensemble. Les professionnels de la santé se sont assis avec ceux du ministère de la Défense et ceux du ministère des Anciens Combattants pour établir quelles devraient être les meilleures pratiques. Une fois cela fait, le professionnel de la santé se sert de son jugement professionnel pour utiliser, à l'intérieur des meilleures pratiques reconnues, celles qu'il considère le mieux adaptées au client ou au patient qu'il est en train de traiter.

**M. Claude Bachand:** Comment faites-vous pour agencer cela, puisque la santé est de compétence provinciale? Vous gardez, bien sûr, une certaine responsabilité envers les soldats, les anciens combattants, etc., mais le protocole établit-il une norme qui doit être respectée de la Colombie-Britannique au Québec, ou les protocoles d'entente sont-ils plutôt fractionnés par province?

**M. Raymond Lalonde:** Même si je dirige le Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel du ministère des Anciens Combattants, on a établi des ententes avec les provinces et on travaille en collaboration. On n'a pas toute la connaissance, toute l'expérience et l'expertise dans ce domaine, puisqu'il est quand même nouveau et en évolution. On travaille avec tous les gestionnaires et les professionnels des cliniques pour établir les meilleures pratiques.

Ainsi, cette année, nous avons travaillé à établir conjointement quel devrait être le meilleur outil d'évaluation ou formulaire d'évaluation, celui qui devrait être utilisé dans l'ensemble des cliniques. On travaille beaucoup en collaboration et par consensus plutôt que d'imposer des normes, parce que c'est un domaine où on a besoin de l'apport de tous. Souvent, on dit qu'on n'est pas le centre d'expertise puisque le centre d'expertise est l'ensemble du réseau des cliniques qui travaillent ensemble.

**M. Claude Bachand:** Cela englobe-t-il le protocole budgétaire aussi? L'hôpital Deer Lodge relève du gouvernement du Manitoba.

**M. Raymond Lalonde:** Oui, mais nous finançons les cliniques à 100 p. 100. Selon l'entente que nous avons conclue avec les institutions, elles utilisent notre modèle. Il s'agit d'un modèle interdisciplinaire de troisième niveau, très spécialisé, qui comprend les meilleures pratiques, la gestion de cas, etc. On demande donc de respecter certains critères. En contrepartie, on finance entièrement le fonctionnement de la clinique.

**M. Claude Bachand:** Ma prochaine question s'adresse à M. Clorey.

Monsieur Clorey, vous avez le titre de directeur des politiques sur la santé mentale. Cela veut-il dire que vous établissez entièrement le programme de santé mentale du ministère des Anciens Combattants? Autrement dit, êtes-vous le cerveau de tout le système qui est ensuite mis en oeuvre dans les TSO? Comment travaillez-vous?

•(1610)

[Traduction]

**M. Doug Clorey:** Comme Raymond l'a déjà dit, nous travaillons toujours en collaboration avec les intéressés dans tout ce que nous faisons dans le domaine de la santé mentale. Je n'assume donc pas la responsabilité de tout ceci, ni même avec mon équipe. Le ministère a constitué un groupe de personnes qui apportent une expertise acquise dans les différents services du ministère et il l'a chargé d'élaborer ces politiques. Mais vous avez raison, dans la mesure où la Direction des politiques sur la santé mentale élabore des politiques et des processus opérationnels sur la façon d'offrir des services à nos clients qui souffrent de troubles de santé mentale.

[Français]

**Mme Rachel Corneille Gravel:** J'aimerais ajouter quelque chose. Il s'occupe de la stratégie, donc il s'assure que tous les morceaux sont bien imbriqués les uns dans les autres. Cependant, c'est vraiment le centre d'expertise de l'Hôpital Sainte-Anne — avec l'aide des cliniciens et de l'interaction avec les cliniciens des autres cliniques — qui a la responsabilité d'élaborer et d'influencer les politiques. Il envoie ça dans la boîte de Doug, en quelque sorte.

[Traduction]

**Le président:** Merci.

Madame Black.

**Mme Dawn Black (New Westminster—Coquitlam, NPD):** Merci.

Merci d'être venus devant le comité. Nous avons entendu ici mardi des gens qui travaillaient dans ce domaine et qui étaient des conseillers du soutien par les pairs. J'ai trouvé très intéressant d'entendre leurs points de vue.

Vous dites que votre établissement, l'Hôpital Sainte-Anne, est le centre national. Ma question est reliée à celle qu'a posée M. Bachand au sujet de la répartition des centres de soins au Canada. Lorsque je regarde votre diapositive, je vois quelque chose pour Esquimalt, mais c'est tout ce que je vois pour la Colombie-Britannique, ma province.

Il y a déjà eu des hôpitaux pour anciens combattants en Colombie-Britannique, mais il n'y en a plus. Que doivent faire les anciens combattants de la Colombie-Britannique pour avoir accès au même niveau de service que celui qu'offre votre établissement de Montréal?

**M. Raymond Lalonde:** Tous les anciens combattants ont accès aux services offerts par les systèmes provinciaux de santé. Il y a également toute une série de fournisseurs de services et de programmes privés.

**Mme Dawn Black:** Sont-ils financés par les Anciens combattants ou par la province?

**M. Raymond Lalonde:** Si le client a droit aux services qu'il demande, nous en assumons le coût. Nous avons en Colombie-Britannique deux organismes qui offrent des programmes reliés à la comorbidité sur l'île de Vancouver. L'un se trouve à Nanaimo et l'autre à Victoria. Nous offrons donc des services.

Le budget de 2007 a autorisé des fonds pour la création de cinq nouvelles cliniques au Canada. Nous recherchons des hôpitaux qui sont prêts à établir des partenariats avec nous pour mettre sur pied des cliniques pour les traumatismes liés au stress opérationnel, de façon à ce qu'il y en ait davantage dans l'Ouest.

**Mme Dawn Black:** Si je vous ai bien compris, ce serait un programme à coûts partagés, mais la province serait tenue de vous

facturer ou de vous demander un remboursement pour recevoir des fonds pour les anciens combattants. Est-ce bien cela?

**M. Raymond Lalonde:** Dans le cas des cliniques pour traumatisme lié au stress opérationnel, nous payons intégralement la facture. De leur côté, les fournisseurs privés facturent directement leurs services aux Anciens combattants.

**Mme Dawn Black:** Cela se fait donc en fonction de chaque individu.

**M. Raymond Lalonde:** Oui.

**Mme Dawn Black:** Les soldats qui reviennent d'Afghanistan et qui ont quitté l'armée relèvent d'Anciens combattants Canada, n'est-ce pas?

**M. Raymond Lalonde:** Oui.

**Mme Dawn Black:** S'ils habitent à Kelowna, dans le centre de la Colombie-Britannique, seraient-ils obligés de se rendre à Esquimalt ou à Nanaimo sur l'île de Vancouver pour avoir accès à ces services, ou êtes-vous en mesure de leur offrir ces services en les sous-traitant à des fournisseurs de soins de santé mentale qui se trouvent dans leur communauté? Les soldats qui reviennent d'Afghanistan et qui relèvent maintenant des Anciens combattants ont-ils de la difficulté à avoir accès à ces services dans les différentes régions du Canada?

Vous avez dit que vous alliez mettre sur pied cinq nouvelles cliniques. Où seront-elles situées?

**M. Raymond Lalonde:** Il y a au Canada 900 fournisseurs de services qui répondent à nos normes et qui sont agréés par notre ministère. Il y a donc dans la région de Kelowna des fournisseurs de services thérapeutiques pour les traumatismes destinés aux clients des Anciens combattants. Cela n'est pas un problème.

L'emplacement des cliniques n'a pas encore été fixé de façon définitive. Le ministre des Anciens combattants fera une annonce à ce sujet dès qu'il le pourra, dans un proche avenir.

•(1615)

**Mme Dawn Black:** Ma prochaine question porte sur le tableau qui figure dans votre document. Il parle du nombre de vos clients. À Charlottetown, vous traitez 42 clients pour des troubles de stress post-traumatique et 89 clients pour des troubles psychiatriques. Est-il exact que ce tableau concerne des personnes qui reçoivent, à l'heure actuelle, des services d'Anciens combattants Canada après avoir fait l'objet d'un diagnostic?

**M. Doug Clorey:** Ce tableau reprend les tableaux antérieurs qui montrent comment se répartissent nos clients. Si vous regardez le tableau de la page 4, en 2006-2007 — et ces chiffres vont jusqu'à la fin du mois de mars 2007, de sorte qu'ils ont presque un an — 10 250 clients avaient reçu une décision favorable pour des troubles psychiatriques.

**Mme Dawn Black:** Cela veut-il dire qu'ils ont fait l'objet d'un diagnostic en ce sens?

**M. Doug Clorey:** Ils souffrent d'une affection qui donne droit à pension, aux termes du règlement sur les anciens combattants, qu'il s'agisse d'une affection psychiatrique ou de troubles mentaux.

**Mme Dawn Black:** Merci.

**M. Doug Clorey:** Le tableau de la page 6 donne la répartition géographique de ces clients. La deuxième colonne concerne l'ensemble des affections, ce qui donne un total de 10 250, le chiffre précédent. La première colonne montre le nombre réel de clients qui ont obtenu une pension d'invalidité pour TSPT, après diagnostic et évaluation.

**Mme Dawn Black:** Et le total cumulatif représente les autres affections psychiatriques, ce qui comprends les TSPT, n'est-ce pas?

**M. Doug Clorey:** C'est exact. Il s'agit d'affections comme la dépression, l'anxiété, les phobies sociales, les dépendances — n'importe laquelle de ces autres affections.

**Mme Dawn Black:** S'agit-il de personnes qui ont maintenant quitté l'armée ou qui sont encore dans l'armée?

**M. Doug Clorey:** C'est une combinaison des deux.

**Mme Dawn Black:** Très bien.

Les chiffres augmentent donc rapidement.

**M. Doug Clorey:** Ils ont augmenté.

**Mme Dawn Black:** Cela me paraît une augmentation importante.

**M. Doug Clorey:** Si vous regardez ce diagramme à barres, vous voyez qu'il y a eu une augmentation considérable entre 2001 et 2007.

**Mme Dawn Black:** On m'a parlé de cas — ou des gens m'en ont parlé et je sais qu'ils ont également parlé de ces choses à d'autres membres du comité ou à d'autres députés — de gens qui ont maintenant quitté l'armée et doivent maintenant relever des Anciens combattants mais qui ont de la difficulté à passer du MDN aux Anciens combattants.

Quels sont d'après vous les problèmes qui se posent dans ce domaine? Ai-je raison? Il y a des gens qui m'en ont parlé. Cherchez-vous à apporter des solutions aux difficultés que connaissent les gens qui quittent l'armée?

J'aimerais en fait savoir s'il y a des améliorations à apporter?

**M. Doug Clorey:** Je vais commencer et mes collègues complèteront ma réponse.

Nous appelons cela la transition entre la vie militaire et la vie civile. Oui, bien sûr, cela pose de nombreux défis. Il y a des défis qui découlent du simple fait que ces gens quittent une culture et un style de vie particulier pour se retrouver dans un milieu très différent.

Sur le plan de la santé mentale, nous avons privilégié la période au cours de laquelle le soldat fait encore partie de l'armée mais est sur le point d'être libéré. Nous avons essayé, et il est toujours possible d'améliorer les choses, de faire intervenir nos conseillers de secteur, qui sont pour l'essentiel des gestionnaires de cas, dans les bases militaires pour que les gens qui quittent l'armée, en particulier ceux qui sont libérés pour des raisons médicales, possèdent cette information.

Ils ont donc un lien avec le ministère par l'intermédiaire des conseillers de secteur avant même qu'ils aient quitté l'armée. Nous essayons de leur fournir autant de renseignements que possible au sujet des programmes offerts. Bien souvent ces difficultés surviennent un peu plus tard mais ils ont au moins une idée de ce que le ministère peut leur offrir et cela facilite la transition.

Notre but est d'éviter toute interruption de service. Nous ne l'avons pas encore atteint, mais c'est ce que nous visons.

**Le président:** Merci.

Nous n'avons plus de temps pour ce tour, nous devons donc revenir plus tard sur ce sujet.

Nous allons maintenant passer à M. Blaney.

[Français]

**M. Steven Blaney (Lévis—Bellechasse, PCC):** Merci beaucoup, monsieur le président.

J'aimerais souhaiter la bienvenue à nos témoins. J'espère que la route a été belle à l'aller et qu'elle va l'être au retour. On annonce une

tempête. Je m'excuse d'avoir manqué votre témoignage. Quoi qu'il en soit, j'ai sept questions, et nous disposons de sept minutes. J'ose espérer être capable de faire le tour du sujet.

Madame Black, en regardant votre graphique, je me suis demandé quelle distinction il y avait entre les membres des FC et ceux du Service de guerre?

• (1620)

**M. Raymond Lalonde:** Les gens qui font partie de la catégorie Service de guerre sont ceux qui ont combattu pendant les guerres mondiales et la guerre de Corée. Ceux qui figurent dans la catégorie CF sont ceux qui ont servi de 1945 jusqu'à maintenant, à l'exception de ceux qui ont participé à la guerre de Corée.

**M. Steven Blaney:** J'ai cru comprendre que ces statistiques portaient sur des militaires des forces régulières, autrement dit, des membres actifs de la GRC et des vétérans. Est-ce exact?

**M. Doug Clorey:** C'est exact.

**M. Steven Blaney:** Y a-t-il une répartition entre les gens actifs et les vétérans?

[Traduction]

**M. Doug Clorey:** Si vous regardez le tableau de la page 4, vous verrez qu'il montre la répartition entre les anciens combattants du service de guerre, les anciens combattants de l'armée canadienne et la GRC. La barre bleue du milieu montre l'augmentation du nombre des vétérans des Forces canadiennes. La barre supérieure de couleur verte représente les anciens combattants du service de guerre et la GRC se trouve en bas. Voilà comment se répartissent les chiffres.

Si nous examinons les années 2006 et 2007, parmi les clients qui reçoivent une pension d'invalidité pour troubles psychiatriques, il y a 3 125 anciens combattants du service de guerre — cela concerne la Seconde Guerre mondiale et la Corée, essentiellement —, 5 872 anciens combattants des Forces canadiennes qui reçoivent des prestations pratiquement comme en temps de paix en Afghanistan et 1 253 clients de la GRC.

**M. Steven Blaney:** Très bien, ce sont des anciens combattants. Ils ne font donc plus partie des forces armées. Aucun d'entre eux n'est encore dans l'armée?

**M. Doug Clorey:** Certains le sont. Nous n'avons pas cette répartition sur ce tableau. Je peux en fait vous donner la répartition pour l'Afghanistan, si cela vous intéresse.

**M. Steven Blaney:** Oui, certainement.

**M. Doug Clorey:** Cela ne figure pas dans vos diapositives. Cela va vous donner une idée de cette répartition.

Les chiffres datent de la fin du mois de février 2008, et comprennent donc la plus grande partie de l'exercice 2007-2008. Nous avons eu au total 3 500 clients dans notre ministère qui ont été affectés à une zone de service spécial en Afghanistan, dont 2 150 sont toujours dans l'armée et 1 350 ont été libérés.

**M. Steven Blaney:** Très bien.

**M. Doug Clorey:** Il y en a 1 350. Je peux vous dire, si vous le souhaitez le nombre de ces soldats libérés qui souffrent de troubles psychiatriques.

Sur les 3 500 clients de notre ministère qui ont servi en Afghanistan, seulement 681 reçoivent à l'heure actuelle des prestations d'invalidité pour affection psychiatrique, dont 412 sont toujours dans l'armée et 269 ont été libérés pour raison médicale.

**M. Steven Blaney:** Oh. Ce sont des chiffres importants.

Comme vous l'avez mentionné, vous pensez que ces chiffres vont augmenter d'ici cinq ans. Avez-vous fait des prévisions? Parce que vous êtes sans doute obligé de prévoir une augmentation.

[Français]

**M. Raymond Lalonde:** J'aimerais répondre.

Il est certain que si on se fie au tableau de l'augmentation au cours des dernières années, on peut penser que cela va continuer à augmenter. Il est très difficile de faire des prévisions, compte tenu du fait qu'on ne sait pas combien de temps nos militaires vont être déployés, d'une part. D'autre part, il faut aussi tenir compte de l'amélioration des services en santé mentale au sein des Forces canadiennes. Beaucoup plus de dépistage est fait avant, pendant et au retour. Les Forces canadiennes ont augmenté de façon importante leurs ressources en santé mentale. On espère que cette amélioration aura un impact qui fera en sorte que le nombre d'anciens combattants ayant des problèmes de santé mentale diminuera. Il est donc difficile de faire des prévisions.

**M. Steven Blaney:** Quelle est la durée moyenne d'un séjour? Quand quelqu'un vous est référé et qu'il est pris en charge, combien de temps profite-t-il de vos services psychiatriques?

**M. Raymond Lalonde:** Il peut en bénéficier toute sa vie. Cela dépend des clients. Les phases intensives de stress post-traumatique, par exemple, peuvent durer un an ou deux. Par contre, beaucoup de nos clients auront besoin de services tout au long de leur vie et demeureront nos clients. Ce n'est pas le cas de la majorité d'entre eux mais, contrairement aux membres des Forces canadiennes, certains sont à l'hôpital depuis la guerre.

•(1625)

**Mme Rachel Corneille Gravel:** Ce qu'on espère — et c'est ce à quoi on travaille —, c'est qu'ils puissent retourner dans la communauté, avoir un travail rémunéré et retrouver leur dignité et leur autonomie. Cela n'empêche pas qu'ils peuvent avoir besoin, de temps à autre, de venir à l'Hôpital Sainte-Anne, par exemple. Idéalement, une clinique pour traumatismes liés au stress opérationnel travaille à donner leur congé aux gens, quitte à ce qu'il y ait un suivi dans la communauté ou, au besoin, avec un psychologue. Cela pourrait se faire à l'hôpital Sainte-Anne, pour ceux qui vivent dans la région.

**M. Steven Blaney:** D'accord.

**Mme Rachel Corneille Gravel:** C'est encore nouveau, nous sommes à établir les bases.

**M. Steven Blaney:** Ces gens ne sont pas placés dans une institution, n'est-ce pas?

**Mme Rachel Corneille Gravel:** Aucun ne l'est.

**M. Steven Blaney:** D'accord.

Vous arrive-t-il de décider de retirer quelqu'un des forces actives? Est-ce vous qui prenez une telle décision médicale?

**Mme Rachel Corneille Gravel:** Pas du tout.

**M. Steven Blaney:** Ce n'est pas vous qui prenez cette décision.

**M. Raymond Lalonde:** Non.

**M. Steven Blaney:** Vos statistiques tiennent-elles compte de ceux qui reçoivent un traitement à l'extérieur et qui ne font pas appel aux Forces canadiennes? J'imagine que vos statistiques ne tiennent pas compte de ceux qui vont voir leur médecin de famille ou qui vont dans un hôpital civil pour recevoir des traitements psychologiques.

**M. Raymond Lalonde:** Faites-vous référence à des militaires ou à des anciens combattants?

**M. Steven Blaney:** Je fais référence aux deux.

**M. Raymond Lalonde:** Notre mandat ne couvre pas les militaires. Nous ne les suivons pas. Nous nous occupons des anciens combattants. Ces chiffres font état de ceux qui ont fait une demande de compensation pour une invalidité reconnue liée à leurs services. Cela ne touche que ceux qui sont venus nous voir et dont on a reconnu l'invalidité. Par la suite, certaines de ces 10 000 personnes recevront les services d'un psychologue ou d'un psychiatre, ou recevront des médicaments. Il y en a d'autres qui recevront simplement les services de leur médecin de famille, parce que leur état est moins grave.

[Traduction]

**Le président:** Désolé, Steven.

[Français]

**M. Steven Blaney:** Merci beaucoup. C'est tout un monde.

Merci, monsieur le président.

[Traduction]

**Le président:** Merci.

Voilà qui termine le premier tour. Nous allons maintenant passer à un tour de cinq minutes, en commençant par M. Rota.

**M. Anthony Rota (Nipissing—Timiskaming, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Merci d'être ici aujourd'hui.

Je vais simplement vous parler d'un cas particulier. Un jeune homme est venu dans mon bureau. Il revenait d'Afghanistan et il recevait des soins. Il était allé voir le psychologue auquel il avait été référé. Il relève maintenant des Anciens combattants. Il ne fait plus partie de l'armée. Il s'est assis dans le bureau du psychologue; celui-ci l'a regardé et lui a dit: « Eh bien, je ne sais pas vraiment comment traiter les troubles de stress post-traumatique, mais nous allons voir ce que nous pouvons faire ensemble. » Cela m'amène à la page 3 du chapitre 4 du rapport de la vérificatrice générale, dans lequel elle déclare que les services de santé mentale sont donnés à contrat à des travailleurs civils qui n'ont pas l'expérience ni les connaissances nécessaires pour traiter ces personnes. Cela concerne l'armée, le MDN. Je suis sûr que cela touche également votre ministère. Je ne sais pas très bien où se trouve la limite. Voilà une question que je voulais poser.

Je voudrais en fait savoir comment vous choisissez vos fournisseurs de soins de santé. Quels sont les critères que vous utilisez pour évaluer leurs capacités? Par qui les psychologues, les psychiatres ou les fournisseurs de soins de santé mentale sont-ils formés? Est-ce principalement par leur école? Vérifiez-vous la formation qu'ils ont reçue par la suite? Ou est-ce une combinaison de tout ceci?

[Français]

Vous pouvez répondre en français si vous le voulez.

**M. Raymond Lalonde:** Comme je l'ai expliqué plus tôt, 900 fournisseurs de services dans l'ensemble du pays répondent à nos critères. Le client est libre d'aller voir le fournisseur de services de son choix, en autant que celui-ci réponde à nos critères. Nous remboursions alors les frais de thérapie. Dans un sens, c'est très différent de ce qui se fait dans les Forces canadiennes. En effet, dans leur cas, des contrats sont établis avec des fournisseurs de services, et des membres des forces leur sont référés. Dans notre cas, il s'agit d'un libre choix.

Pour être fournisseur de services, ils faut répondre à des critères en matière d'études et d'expérience. Nous n'avons pas de relations contractuelles avec ces fournisseurs. Nous ne pouvons pas imposer de pratiques. Notre rôle est de nous assurer que les clients sont satisfaits, ainsi que d'améliorer la formation et l'encadrement de ces fournisseurs. Étant donné que nous n'avons pas d'autorité, la pratique de ces fournisseurs relève de leur ordre professionnel, dans la province où ils se trouvent. Nous nous employons présentement à améliorer la formation des fournisseurs de services. D'ailleurs, les cliniques de traitement des TSO ont un rôle à jouer en matière de formation.

Notre rôle est également d'améliorer nos liens avec les fournisseurs de services afin qu'ils puissent travailler avec les spécialistes des cliniques de traitement des TSO. L'objectif est de leur permettre d'améliorer leur pratique. Pour ce faire, ils peuvent discuter avec les professionnels et les experts de la meilleure approche à adopter. Nous visons également à normaliser davantage les rapports et l'information que nous voulons recevoir lorsque nous sommes appelés à approuver une série de traitements.

Le client peut consulter le thérapeute de son choix, mais il doit nous demander une pré-autorisation lorsqu'il dépasse un certain nombre de traitements. À cet égard, nous travaillons à améliorer notre politique et nos outils en vue, notamment, d'offrir les bonnes réponses et de poser les bonnes questions au thérapeute et de nous assurer que le traitement va dans la bonne direction.

**M. Anthony Rota:** Je ne comprends pas. L'individu choisit où il veut aller, mais j'imagine que des critères ont été mis en oeuvre à ce sujet.

**M. Raymond Lalonde:** En effet, le fournisseur doit répondre à nos critères en matière d'études et d'expérience dans le domaine de la thérapie.

• (1630)

**M. Anthony Rota:** Si quelqu'un veut essayer quelque chose de différent, par exemple l'acupuncture ou un autre traitement non officiel, votre système a-t-il une certaine flexibilité ou est-il rigide?

**M. Raymond Lalonde:** Les traitements que nous remboursions sont ceux offerts par des professionnels de la santé.

**M. Anthony Rota:** Ce n'est qu'un exemple. C'est la première idée qui m'est venue à l'esprit. S'il y a quelque chose de nouveau, une nouvelle thérapie...

**M. Raymond Lalonde:** Elle doit faire l'objet d'une étude et être reconnue par le domaine de la recherche. Nous n'acceptons pas n'importe quelle thérapie, surtout lorsqu'elle n'est pas offerte par des professionnels de la santé. C'est un critère vraiment important. De fait, on nous a déjà demandé d'approuver un traitement offert par des gens qui n'étaient pas des professionnels de la santé. Dans ce genre de cas, on ne donne pas notre approbation, on ne rembourse pas les traitements.

**Mme Rachel Corneille Gravel:** L'ancien combattant peut choisir d'aller voir qui il veut de son propre chef. Par contre, ses traitements ne seront pas remboursés par Anciens Combattants Canada s'ils ne font pas partie du protocole que nous appliquons.

Pour ce qui est de votre client, c'est une situation malheureuse. Nous n'en avons jamais entendu parler. C'est le genre de situation qui peut se produire, j'imagine. Il peut s'agir de gens qui en remplacent d'autres, mais il reste que c'est inacceptable. Le fait qu'un client censé voir une personne expérimentée dans le domaine du TSPT se retrouve face à une personne inexpérimentée en la matière devrait

immédiatement être porté à notre attention. En effet, ce n'est pas acceptable.

[Traduction]

**Le président:** Merci.

Monsieur Hawn.

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

Merci à tous d'être venus.

Vous avez adopté une approche interdisciplinaire et les gens que vous traitez sont parfois toxicomanes en plus d'avoir subi des traumatismes liés au stress opérationnel. Comment faites-vous dans ce genre de situation? Avez-vous le nombre des cas dont vous vous occupez qui concernent à la fois la toxicomanie et les blessures liées au stress? Avez-vous une idée?

**M. Raymond Lalonde:** Les chiffres sont très élevés. Les études montrent que la personne qui souffre de TSPT a une chance sur deux d'être également toxicomane. Pour le traitement, nous considérons que la toxicomanie de nos clients découle des traumatismes liés au stress. La première chose à faire est de les identifier, parce que la plupart de nos clients n'admettent pas qu'ils sont toxicomanes; il est donc très important de faire du dépistage. Cela veut dire former le personnel des Anciens combattants dans ce domaine, les cliniques TSO. C'est une chose.

Il y a ensuite le cas où le client a un problème mais ne veut pas essayer de le régler. Nous avons des fournisseurs de services et nous pouvons donc leur référer nos clients et payer pour les séances de thérapie que leur donnent les fournisseurs de service. Nous avons six fournisseurs de service au Canada qui offrent des services dans des cliniques internes pendant une durée maximale de deux mois pour les programmes de lutte contre la toxicomanie et de comorbidité liée aux TSPT. Nous en avons dans différentes régions et ils sont très efficaces. Ils obtiennent d'excellents résultats.

• (1635)

**M. Laurie Hawn:** Dites-vous — à la page 5 — que 50 p. 100 des 6 500 personnes que vous traitez ont un problème de dépendance en plus de traumatisme lié au stress?

**M. Raymond Lalonde:** Le chiffre de 6 500 est celui des clients qui souffrent d'affections reconnues. Cela ne veut pas dire que nous les traitons tous, parce que certains souffrent d'une affection mais ne veulent pas utiliser nos services. Selon les études, la personne qui souffre de TSPT a une chance sur deux...

**M. Laurie Hawn:** C'est donc une hypothèse raisonnable, très bien.

Les cliniques des AC et du MDN offrent-elles toutes le même genre de services et ce genre de choses?

**M. Raymond Lalonde:** Elles sont assez semblables. Le contexte est très différent, mais l'évaluation, le traitement, l'approche interdisciplinaire et les programmes de groupe sont semblables, c'est exact.

**M. Laurie Hawn:** Dans votre document, vous parlez de défis en matière de capacité, un problème que vous avez manifestement, qui découle de la simple augmentation du nombre de clients. Que faites-vous à ce sujet? Vous devez établir des priorités, dresser des listes de priorité pour les patients. Quels sont les problèmes auxquels vous vous heurtez dans ce domaine? Êtes-vous relativement certains de pouvoir offrir des services aux clients prioritaires?

**M. Raymond Lalonde:** Bien entendu, c'est le personnel des cliniques qui décide de la priorité à accorder à chaque client; nous n'appliquons pas le principe premier arrivé, premier servi. Nous nous sommes donnés comme objectif pour les cliniques de faire passer l'entrevue initiale à 80 p. 100 des patients dans les 15 jours ouvrables. Nous avons des contacts par téléphone et les choses vont plus vite si l'organisme d'orientation nous fait savoir qu'un client donné a un besoin urgent de soins.

Pour ce qui est de la question de la capacité, le budget de 2007 nous autorise à ouvrir cinq nouvelles cliniques, ce qui va donc doubler notre capacité au Canada. Dans le cas où une des cliniques a des besoins supplémentaires, nous augmentons la capacité de la clinique en donnant à la province de nouvelles ressources.

**M. Laurie Hawn:** Nous sommes peut-être en mesure d'ouvrir cinq nouvelles cliniques mais avons-nous suffisamment de fournisseurs de services dans ces cinq nouvelles cliniques? Est-ce un problème?

**M. Raymond Lalonde:** Vous voulez parler du personnel des cliniques?

**M. Laurie Hawn:** Oui.

**M. Raymond Lalonde:** Le personnel est embauché par les provinces. Jusqu'ici, tout se passe bien. Ce n'est pas très facile, mais jusqu'ici nous obtenons les ressources humaines dont les cliniques ont besoin.

**M. Laurie Hawn:** Je sais que vous ne pouvez pas me fournir une réponse définitive à ce sujet, mais pour ce qui est de l'augmentation générale du nombre des nouveaux clients, je pense qu'une grande partie de cette augmentation est due à une sensibilisation plus grande et une autre, bien évidemment, à un accroissement de nos activités.

Pouvez-vous me donner une idée de l'importance relative de la sensibilisation par rapport à l'augmentation de nos activités?

**M. Doug Clorey:** Une des difficultés que nous connaissons, en particulier avec l'Afghanistan, est que cela prend jusqu'à deux ans pour qu'un militaire soit libéré, c'est-à-dire avant qu'il ne devienne notre client. Nous savons que cela va causer des difficultés dans un avenir pas très éloigné, parce qu'il y aura de plus en plus de soldats qui vont finir cette période de deux ans et être libérés. Nous essayons d'évaluer ce nombre. Nous n'avons pas encore de nombre précis, parce que nous ne connaissons pas le nombre des soldats qui seront libérés. Nous savons toutefois qu'actuellement, nous ne voyons que la partie supérieure de l'iceberg, c'est ce que je dirais, pour ce qui est du nombre des clients dont nous allons nous occuper parce qu'ils ont servi en Afghanistan.

Je ne pense pas pouvoir dire grand-chose d'autre sur cette question.

**Le président:** C'est tout, Laurie, désolé. Le temps est écoulé.

**M. Laurie Hawn:** Merci.

**Le président:** M. Bouchard et ensuite, M. McGuire.

[Français]

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

Je vous remercie de venir témoigner au comité.

D'après les tableaux des pages 4 et 5, on peut facilement constater une tendance à la hausse. Cependant, il arrive que des statistiques disent également autre chose. Peut-on dire que le besoin existait et qu'il s'est développé, ou si les gens étaient d'abord gênés et ont ensuite manifesté la volonté de se faire traiter? Est-ce la cause

principale de l'augmentation? Sinon, s'agit-il d'une véritable tendance à la hausse?

De plus, s'agit-il de gens qui sont tous traités en clinique externe? Y a-t-il des cas d'hospitalisation? Passent-ils une matinée, un jour ou deux dans une clinique externe? Comment ces chiffres ont-ils été répartis?

• (1640)

**M. Raymond Lalonde:** Il est extrêmement difficile d'attribuer l'augmentation à un facteur en particulier. La connaissance qu'on a du syndrome de stress post-traumatique s'est accrue grâce au général Dallaire. Le soutien des pairs aidants et l'information ont incité davantage d'anciens combattants à demander des services. Mais il y a également une augmentation des besoins liée aux types de missions auxquelles les Forces canadiennes sont confrontées. Il est donc très difficile de faire la part des choses.

Les clients peuvent se présenter dans une clinique externe pour obtenir une évaluation, laquelle peut prendre une, deux ou trois heures. Ce n'est pas une journée complète ou une demi-journée; en général, il s'agit de périodes plus courtes. Les clients se rendent à une clinique externe pour rencontrer un intervenant, soit dans le cadre d'une séance individuelle, soit avec leur conjoint ou pour participer à différentes techniques de thérapie dans un groupe constitué de huit à dix anciens combattants.

Les anciens combattants qui sont en crise, qui ont besoin d'être hospitalisés, ont accès à tous les lits et à toutes les urgences des services publics de tout le Canada. On répond donc à ce volet des besoins. On a également des programmes à l'interne qui sont offerts par des fournisseurs privés à qui on rembourse les coûts encourus. Par exemple, en ce qui concerne le programme sur le syndrome du stress post-traumatique et les abus de substances, on va rembourser les fournisseurs qui soignent nos clients à l'interne pendant deux mois. Dans la région de Québec, on réfère des clients à CASA. On a également quelques lits de stabilisation à l'Hôpital Sainte-Anne. Nous espérons démarrer un nouveau programme à l'hôpital, pour augmenter la capacité.

[Traduction]

**M. Doug Clorey:** J'ajouterais que je pense que vous avez tout à fait raison de dire que le TSPT est, de façon générale, devenu un problème plus acceptable et qu'il est maintenant plus facile d'en parler. Il y a des membres des Forces armées et mêmes des anciens combattants du service de guerre ainsi que ceux de la guerre de Corée qui déclarent souffrir des symptômes du TSPT et qui se font traiter pour cette raison.

Si vous comparez la diapo précédente avec celle-ci, vous constaterez une chose intéressante, à savoir que les TSPT viennent au quatrième rang des affections psychiatriques au sein des Forces canadiennes, mais que les deux tiers de nos clients qui souffrent d'affections psychiatriques ont des TSPT. Là encore, il s'agit uniquement de la partie visible de l'iceberg. Je ne pense pas que nous avons eu la dépression, qui est le trouble numéro un. La dépendance à l'égard de l'alcool est la plupart du temps associée à la comorbidité et nous n'avons pas encore vu de phobie sociale. Je ne pense pas que la société et l'armée en soient arrivées au point où il est aussi acceptable de parler de ces autres affections que des TSPT. C'est un autre facteur qui joue dans cette situation.

**Le président:** Merci, Doug.

J'aimerais obtenir une précision avant de donner la parole à M. McGuire. Les deux tableaux qui figurent aux pages 4 et 5 mentionnent qu'il s'agit de chiffres cumulatifs. Cela veut-il dire que le chiffre de 1 760 qui figure dans la deuxième colonne de la page 4 est compris dans celui de 5 872 qui se trouve dans la dernière colonne?

• (1645)

**M. Doug Clorey:** Oui.

**Le président:** Il me semble que s'il y en avait 1 760 en 2002 et que ce chiffre a augmenté de...

Il n'y en a pas davantage chaque année; vous traitez à peu près le même nombre de personnes mais vous ajoutez ces nombres.

**M. Doug Clorey:** C'est une remarque intéressante parce que, en général...

**Le président:** M. McGuire va poser cette question. Il va devoir utiliser ces cinq minutes pour quelque chose d'autre. Excusez-moi.

**M. Doug Clorey:** En général, au cours de cette période de cinq ou six ans, nous avons admis 1 600 nouveaux clients ayant des affections psychiatriques. C'est le chiffre essentiel. Il y en a eu un peu moins au début et un peu plus par la suite. Ce qui est intéressant — et vous ne le voyez pas dans votre tableau, parce que ces données viennent d'être publiées ce matin — c'est qu'à la fin du mois de février, il semble que ce chiffre sera de 779 pour le dernier exercice financier, ce qui représente une diminution importante par rapport à ce que nous avons vu ces cinq ou six dernières années.

Je ne sais pas très bien comment interpréter cela. Nous espérons que cela vient du fait que les soldats ont récupéré et ont moins besoin de soins. Mais les chiffres de 2007-2008 sont une nette diminution.

**Le président:** Merci.

Je vais maintenant donner la parole à M. McGuire qui va poser la même question.

**Une voix:** Donnez-lui seulement deux minutes.

**L'hon. Joe McGuire (Egmont, Lib.):** Vous savez pourquoi le nombre des membres des Forces canadiennes a augmenté depuis cinq ans, mais dans le cas de la GRC, des anciens combattants de la Seconde Guerre et de la guerre de Corée, et peut-être les Casques bleus de Suez, n'est-ce pas plutôt parce que vous avez finalement commencé à traiter ces gens que leur nombre augmente? Est-ce que le mot se passe, en particulier chez les anciens combattants?

Ils ont souffert de ces affections pendant des dizaines d'années et tout d'un coup, ils arrivent et cela paraît dans les statistiques. Ils sont, en général, à la fin de leur vie. Je ne sais pas s'ils recevaient une pension avant qu'on ait reconnu qu'ils souffraient de troubles mentaux, mais il me paraît tout à fait injuste que ces personnes aient vécu pendant cinquante ans sans être traités et qu'elles apparaissent seulement maintenant.

J'aimerais aussi savoir à quoi vous attribuez l'augmentation vraiment considérable du chiffre concernant les membres de la GRC?

**M. Doug Clorey:** Pour ce qui est de votre première question, je dirais que votre remarque est tout à fait valide. J'aimerais faire quelques commentaires.

On a effectué récemment en Australie une étude qui a permis d'obtenir des chiffres très intéressants concernant les anciens combattants de la Corée. Il a été constaté que le nombre des anciens combattants de la Corée qui déclaraient souffrir de troubles mentaux avait augmenté considérablement près de 50 ans après la fin du conflit. Il s'agissait de personnes qui étaient revenues de Corée, qui

s'étaient mariées, qui avaient réussi sur le plan professionnel et familial, apparemment sans problème, mais qui en étaient arrivées à un point de leur vie où elles avaient commencé à réfléchir à ce qu'avait été leur vie et c'est alors que les TSPT sont apparus en grand nombre. C'est une remarque que je voulais faire.

La deuxième est que nous pensions que nos cliniques spécialisées en traumatismes dûs au stress verraient principalement des anciens combattants des Forces canadiennes. En fait, nous recevons un nombre assez important d'anciens combattants du service de guerre, ainsi que de Corée, qui souffrent de troubles mentaux très complexes, à une étape avancée de leur vie. C'est une réalité que nous vivons en ce moment.

Je ne sais pas, Raymond, si vous voulez ajouter quelque chose.

**M. Raymond Lalonde:** Il y a des anciens combattants qui ont vécu toute leur vie avec ces traumatismes et qui en n'ont parlé à personne. Mais un certain nombre d'anciens combattants, à mesure qu'ils prennent de l'âge et leur retraite, ont recommencé à avoir des cauchemars, vers 70 ou 80 ans. Ils étaient bien, mais cela est revenu. Comme vous le savez probablement, il y a beaucoup d'anciens combattants qui n'ont jamais parlé de ce qu'ils avaient vécu.

**L'hon. Joe McGuire:** Une bonne partie de ces gens ne recevaient pas de pension avant qu'on commence à traiter leur maladie mentale. Ils ont vécu des vies tout à fait normales.

**M. Raymond Lalonde:** Oui, tout à fait.

**L'hon. Joe McGuire:** Et la GRC? Cela vient-il du massacre qui s'est produit en Alberta et des jeunes membres de la GRC qui sont morts? Est-ce que cela explique en partie la situation?

• (1650)

**M. Raymond Lalonde:** C'est sans doute la sensibilisation qui est le principal facteur; c'est une raison pour laquelle nous travaillons en étroite collaboration avec la GRC depuis l'année dernière, pour être sûr que les membres connaissent notre programme. Il y a également le fait que, depuis les années 1990, les membres de la GRC ont été affectés dans différentes régions du monde — par exemple, en Haïti. Il y en a donc un certain nombre qui ont participé à ces opérations.

**M. Doug Clorey:** Les membres de la GRC qui figurent dans ce tableau sont des gens qui ont obtenu des prestations d'invalidité à la suite de leur séjour dans l'armée.

**L'hon. Joe McGuire:** Pour ce qui est des familles de la GRC, je connais en particulier la soeur d'un des officiers de la GRC qui a pratiquement été obligée de quitter un excellent emploi qu'elle avait à Queen's Park, chef du personnel d'un des ministres, parce qu'elle ne pouvait pas accepter la mort de son frère. Est-ce qu'elle a obtenu de l'aide dans vos cliniques? Y a-t-il des services destinés aux familles?

**M. Doug Clorey:** Je peux vous parler de façon générale des services que nous fournissons aux familles.

Les familles des personnes qui sont des clients de notre ministère ont accès à divers services. Nous offrons un service très confidentiel qui est une ligne d'appel gratuite qui permet de fournir du counselling confidentiel aux membres de la famille qui souffrent eux-mêmes de troubles mentaux ou qui vivent avec quelqu'un qui a des problèmes de santé mentale. Nous offrons également des services aux personnes qui ont demandé de participer à certains de nos programmes, particulièrement en matière de réadaptation. Le principe est que le membre de la famille fait également partie du traitement du client.

**L'hon. Joe McGuire:** Quant à la GRC, c'est à cette organisation de s'occuper de ce genre de chose.

**M. Doug Clorey:** Exact.

**Le président:** Parfait; vous avez terminé juste à temps. Merci.

M. Lunney et ensuite, M. Cannis.

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

J'ai bien aimé la discussion que nous avons eue jusqu'ici ainsi que les renseignements que vous avez fournis.

À titre de commentaire sur les chiffres que vous venez de mentionner, on semble constater une diminution, chose qui serait très encourageante s'il n'était pas un peu tôt pour tirer des conclusions. Il y a eu des changements importants ces dernières années, notamment la décompression, qui me semble être une mesure fort utile, ainsi que le nouveau programme de soutien par les pairs, et l'éducation, et même le seul fait que les soldats sachent qu'ils peuvent obtenir de l'aide et en parler à leurs collègues quand ils rentrent au Canada. Il est peut-être trop tôt pour tirer des conclusions mais cela vient-il du fait que ces programmes ont probablement eu un effet?

**M. Raymond Lalonde:** Il est très difficile de tirer une conclusion. En fait, c'est la première fois que je vois ces chiffres diminuer.

Dans le cas de la Bosnie, de la Croatie, de la Somalie et du Rwanda, nous avons connu une augmentation importante du nombre des demandes présentées aux Anciens combattants, cinq ans environ après la fin de ces conflits. Comme le disait Doug Clorey, pour l'Afghanistan, nous ressentirons les répercussions de ce conflit dans quelques années aux Anciens combattants. À l'heure actuelle, la plupart de ces gens sont encore dans les Forces canadiennes. Il y aura peut-être une diminution pendant quelques années, mais ensuite, une nouvelle augmentation, mais il est très très difficile... Il est toutefois positif de constater que la tendance ralentit. Les chiffres augmentent encore; il y en a près de 700 sur 1 100. Cela représente un bon pourcentage de notre augmentation.

**M. James Lunney:** Puis-je revenir en arrière et vous poser une question qui concerne le début de votre exposé, dans lequel vous avez dit, je crois, que les Anciens combattants avaient six cliniques, qu'il y allait bientôt en avoir dix et que le MDN en avait cinq? J'essaie de réfléchir à tout cela et de comparer la diapositive 17 avec le tableau qui est ici, qui montre le réseau des cliniques au Canada. Si je les additionne, je n'en vois que 11.

Toutes ces cliniques relèvent-elles des Anciens combattants? S'agit-il des cliniques existantes ou de celles qui vont être créées? Pourriez-vous m'expliquer tout cela?

**M. Raymond Lalonde:** Il y a une erreur sur la carte.

Les cliniques existantes comprennent celles de Québec, celle de Sainte-Anne-de-Bellevue; il y en a une à London en Ontario, une à Winnipeg, une à Calgary et nous avons signé un protocole d'entente pour mettre sur pied une clinique à Fredericton et nous voulons en créer quatre autres dans différentes régions; il y a aussi les cinq CSTSO du MDN. Il y a donc une erreur.

En fait, je ne suis pas sûr que nous ayons la même carte.

• (1655)

**M. James Lunney:** Elle se trouve à la page 17 du document que nous avons ici.

**M. Doug Clorey:** Je pense que le tableau qui figure à la page 17 a pour but de montrer que nous avions cinq cliniques TSO avant le budget de 2007. Ce sont les cliniques de Calgary, Deer Lodge, Parkwood et Sainte-Anne au Québec. C'était les cinq cliniques initiales. Les cinq qui sont mentionnées en bas sont les centres de soutien pour trauma et stress opérationnel des Forces canadiennes; ce

sont donc celles qui relèvent du MDN. Et vous voyez aussi que la clinique de Fredericton est la première des cinq cliniques supplémentaires prévues par le budget de 2007.

**M. Raymond Lalonde:** Oui, exactement, et nous allons en ouvrir quatre autres, probablement d'ici la fin du mois de mars l'année prochaine.

**L'hon. Denis Coderre:** Pouvez-vous nous dire où seront-elles situées?

**M. Raymond Lalonde:** Eh bien, le ministre annoncera l'emplacement de ces cliniques dès que nous aurons finalisé les ententes avec les établissements provinciaux.

**M. James Lunney:** Merci.

Pour revenir au début de votre exposé, je pense que Mme Gravel a parlé du fait qu'il y avait des cliniques qui utilisaient des pratiques exemplaires. Est-ce que ces commentaires touchent toutes les cliniques ou y a-t-il des cliniques qui s'intéressent particulièrement à ces pratiques en effectuant des études comparatives ou des études sur ce qui fonctionne le mieux?

**Mme Rachel Corneille Gravel:** Eh bien, je dirais que le centre d'expertise va assumer son rôle de leader en examinant ce qui se fait aux États-Unis, en Australie et en Californie. Il se fait beaucoup de recherche et les connaissances ont beaucoup augmenté dans ce domaine. Mais effectivement, nous avons des experts dans ces autres cliniques des Anciens combattants et le centre d'expertise travaillera en très étroite collaboration avec les experts qui oeuvrent dans les différentes cliniques.

**M. James Lunney:** Est-ce un centre physique, le centre d'expertise?

**Mme Rachel Corneille Gravel:** Le centre d'expertise est à Sainte-Anne.

**M. James Lunney:** À Sainte-Anne.

**Mme Rachel Corneille Gravel:** Oui, mais Sainte-Anne collabore étroitement avec les psychiatres, les collègues, les travailleurs sociaux et les autres cliniques qui figurent sur la carte pour parler de leur expertise et des pratiques exemplaires et tous ces intervenants vont travailler ensemble pour mettre au point des outils et des mesures d'évaluation.

**Le président:** Merci, monsieur Lunney. Vous avez épuisé votre temps de parole. Je suis désolé.

M. Cannis et ensuite, Mme Gallant.

**M. John Cannis:** Merci, monsieur le président.

Bienvenue à nos invités.

On vous a principalement posé des questions au sujet de l'expertise, des services, etc. Vous avez fourni des renseignements utiles, et nous vous en remercions tous. Mais dans toutes ces réponses, on a mentionné le mot « budget », c'est-à-dire celui de 2007, et j'aimerais l'aborder d'un autre point de vue.

Vous avez parlé dans votre exposé des cliniques provinciales, des services, des responsabilités qu'assument les différents gouvernements — je généralise un peu maintenant — et vous avez dit « nous finançons les cliniques », si je peux vous citer.

Comment cela fonctionne-t-il? D'autres témoins ont comparu devant le comité, dont certains tout récemment, et qu'ils nous ont parlé des difficultés de financement qu'ils connaissaient à cause du rapport du comité sénatorial — je crois, monsieur le président, que cela a été mentionné hier — et du report du financement. Vous êtes financé par le MDN ou par les Anciens combattants? Pourriez-vous nous expliquer quels sont les rapports entre les Anciens combattants et le MDN? Est-ce que les Anciens combattants rencontrent les obstacles à cause de problèmes de compétence entre les ministères et sur le plan de l'aiguillage?

Vous avez également dit que, lorsque vous n'aviez pas l'expertise nécessaire, vous sous-traitez certains services. Où cela se fait-il? Il y a bien sûr des témoins qui nous ont dit que les Forces canadiennes, nos militaires, avaient un autre programme de santé. Ce n'est pas comme si j'étais couvert, par exemple, par l'Association des hôpitaux et des médecins de l'Ontario.

Pourriez-vous nous montrer comment tout cela est relié, dans le peu de temps qui nous reste, et nous donner un aperçu général des services, du financement et du budget?

**M. Raymond Lalonde:** Les services fournis aux anciens combattants qui ont le droit de recevoir des services en raison de troubles mentaux sont financés par notre programme de santé. Il faut y avoir droit. Si un ancien combattant a droit à ces services, le coût des services fournis par un fournisseur privé lui sera remboursé.

La plupart de nos clients obtiennent leurs services auprès des 900 fournisseurs de services qui existent au Canada. Il faut simplement avoir droit à ces services. Si vous avez des troubles mentaux, vous avez droit à dix séances par an. Au-delà, il faut obtenir une autorisation préalable pour les séances supplémentaires si l'on veut se les faire rembourser. Au moment d'accorder l'autorisation préalable, nous examinons si le traitement est approprié et donne de bons résultats, etc.

Nous finançons nos cliniques avec le programme de santé des Anciens combattants, et nous finançons donc intégralement ces cliniques. Ce que nous essayons de faire...

• (1700)

**M. John Cannis:** Cela vient donc du budget accordé aux Anciens combattants.

**M. Raymond Lalonde:** Oui. Chaque année, nous rencontrons les responsables des cliniques et examinons leurs demandes; nous approuvons chaque année le budget opérationnel des différentes cliniques.

Le problème que nous connaissons actuellement vient du fait que nous avons besoin de plus de cliniques. Nous avons été très heureux de constater que nous pourrions, grâce au budget 2007, doubler le nombre de cliniques de façon à couvrir l'ensemble du pays.

**M. John Cannis:** De combien s'agit-il, monsieur Lalonde?

**M. Raymond Lalonde:** Il y avait neuf millions de dollars pour cinq nouvelles cliniques et l'appui aux Anciens combattants...

**M. John Cannis:** Neuf millions de dollars, donc pour les cliniques. Était-ce le budget global?

**M. Raymond Lalonde:** Non, c'était seulement pour les cliniques TSO.

**M. John Cannis:** Mais cette somme était-elle attribuée pour les différents services?

**M. Raymond Lalonde:** Pour les Anciens combattants?

**M. John Cannis:** Oui.

**M. Raymond Lalonde:** Oh, cette somme était bien supérieure. Je n'ai pas le chiffre exact, mais c'était à l'époque autour de 30 millions de dollars.

**M. John Cannis:** Très bien.

**M. Raymond Lalonde:** Je ne sais pas si j'ai répondu à votre question.

**M. John Cannis:** J'en ai une autre.

Vous avez parlé des responsabilités des différents gouvernements. Si un ancien combattant a besoin d'un service particulier et qu'il vit en Ontario, au Québec ou à l'Île-du-Prince-Édouard, rencontrez-vous des obstacles pour lui fournir ce service? En fait, l'essentiel est de fournir à tous les services dont ils ont besoin. Rencontrez-vous parfois des obstacles? Si c'est le cas, comment les surmontez-vous?

**M. Raymond Lalonde:** Je ne pense pas que la question des compétences provinciales fasse problème. Les provinces offrent à tous les vétérans, y compris aux vétérans qui ont des troubles mentaux, les services de santé qu'elles offrent à leur population en général. Cela se fait. S'ils doivent aller dans une urgence, ils sont acceptés. Il n'y a vraiment pas de problème.

Ils sont donc couverts de cette façon dans l'ensemble du pays.

**M. John Cannis:** Merci, monsieur le président.

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

Nous allons passer du côté du gouvernement, avec M. Lunney.

**M. James Lunney:** Merci.

Je vais peut-être revenir à ce dont nous parlions il y a quelques instants. Vous avez mentionné dans vos remarques qu'il y avait près de 900 fournisseurs de services au Canada — je crois que c'était en réponse à des commentaires formulés plus tôt par M. Rota et que bien sûr, ces fournisseurs de services devaient être agréés, notamment.

Je remarque que vous avez parlé, dans vos commentaires, de psychiatres, de psychologues, de sociologues, de thérapie de groupe, de thérapie familiale, de désintoxication et, je crois que je vous ai également entendu mentionner, madame Gravel, les aidants naturels. Si je me reporte à la diapositive 13, « Continuum global de services et de politiques en matière de santé mentale », je constate qu'elle parle d'« approche holistique... visant tous les déterminants de la santé » et le reste. À qui pensez-vous lorsque vous parlez d'aidants naturels et qu'entendez-vous par approche holistique?

**M. Doug Clorey:** Je pourrais peut-être commencer par l'approche holistique. Je vous invite à regarder la diapositive 14 qui présente notre cadre conceptuel de la santé mentale. C'est une diapositive très complexe, ou du moins, elle en a l'air.

Holistique pour nous se rapporte au cas où notre personnel de première ligne rencontre une personne qui a des troubles mentaux et qui doit examiner ces cinq domaines, pas uniquement l'environnement des services de santé, mais également les facteurs personnels. Bien souvent, ces gens sont malades, ils souffrent, ils ont parfois des maladies ou des incapacités qui viennent s'ajouter à leurs problèmes de santé mentale. Nous devons tenir compte de leur environnement social, essayer d'accorder un soutien à leur famille et examiner les liens qu'ils ont avec leurs pairs. On vous a déjà parlé du réseau de soutien social pour les traumatismes liés au stress opérationnel.

L'environnement économique fait également partie de l'équation — ont-ils suffisamment d'argent pour vivre, ont-ils un travail? Tout comme l'environnement physique, le logement dans lequel ils vivent et leur environnement.

Lorsque nous disons holistique, c'est à cela que nous pensons.

**M. James Lunney:** Très bien. Merci.

Madame Gravel, voudriez-vous faire un commentaire? Je pense que c'était vous qui aviez parlé...

**Mme Rachel Corneille Gravel:** Les soignants sont en fait la famille, la personne qui fournit des soins à la maison...

**M. James Lunney:** Le réseau de soutien personnel, c'est donc de cela dont vous parlez.

**Mme Rachel Corneille Gravel:** Oui.

Oh, non, j'ai parlé du support par les pairs, ce qui est différent.

● (1705)

**M. James Lunney:** Non, je le sais.

Vous savez probablement que le budget 2008 prévoyait d'accorder 110 millions de dollars pour qu'on effectue quatre ou cinq études sur la question des sans-abri, des problèmes de santé mentale et de leur rapport avec la toxicomanie. Il y a des rapports étroits entre la toxicomanie — comme vous l'avez mentionné ici, l'alcoolisme et le reste — et les troubles mentaux.

Pour ce qui est du centre d'expertise et de bonnes pratiques, nous savons que pour lutter contre la dépression, qui, comme vous le savez, n'est pas l'affection que mentionnent au début les personnes qui se présentent dans les cliniques, mais plutôt les TSPT — mais il y a souvent une relation, et ces diagnostics parallèles ou coexistants sont bien souvent regroupés — les ISRS, en tant que thérapie médicamenteuse, font l'objet d'études détaillées à l'heure actuelle qui montrent qu'ils ne donnent pas des résultats à peine meilleurs que les placebos.

Pour ce qui est des traitements sans médication offerts à Sainte-Anne, nous avons entendu beaucoup parler de l'approche appelée EMDR. Est-ce une thérapie qui est offerte à l'heure actuelle? « Eye movement desensitization and reprocessing » (désensibilisation et réactivation des mouvements oculaires) est je crois l'expression dont est tiré l'acronyme anglais. Cette technique est-elle offerte à Sainte-Anne et dans les autres centres?

**M. Raymond Lalonde:** Elle l'est; elle est également offerte dans les centres de soins pour trauma et stress opérationnel du MDN. Toutes les cliniques ont du personnel qui ont reçu une formation en thérapie EMDR.

**M. James Lunney:** Vous n'êtes sans doute pas médecins; je crois que cela nous a été signalé au début. Il ne serait peut-être pas souhaitable de vous demander vos commentaires sur les aspects... Je ne le ferai pas.

Mais sur toute la question de la santé mentale, il y a des aspects que nous ne voyons pas et il y a des lacunes. Je me demande si les gens qui travaillent dans les centres d'expertise examinent le genre de soutien qui est offert aux personnes qui souffrent de stress neurologique, pour ce qui est du soutien supplémentaire nutritionnel comme les vitamines B — et là, je reviens encore sur ce sujet...

**Une voix:** Nous savions que vous y viendriez tôt ou tard.

**M. James Lunney:** ... et toute une gamme de suppléments nutritionnels et de minéraux qui aident les gens qui souffrent de stress. La population s'intéresse beaucoup à ces aspects. Il y a beaucoup de gens qui prennent des additifs nutritionnels.

Y a-t-il des gens qui examinent la possibilité de fournir à nos soldats un soutien nutritionnel supplémentaire? Si ce n'est pas le cas, pourquoi pas?

**M. Raymond Lalonde:** Je n'en ai aucune idée.

**Mme Rachel Corneille Gravel:** Il ne se fait aucune recherche dans ce domaine au centre d'expertise.

Je ne peux donc pas vous en parler, mais nous pouvons faire une recherche.

**M. James Lunney:** Il semble que, dans le monde de la médecine orthomoléculaire, on s'intéresse beaucoup à identifier des facteurs qui contribuent au stress neurologique et à l'idée qu'une bonne partie de la population est en fait dépendante de certains additifs nutritionnels, que ce soit à cause d'un trait génétique, d'une attaque virale ou d'autres contacts avec des produits chimiques. Cette question soulève beaucoup d'intérêt.

Il me semble qu'étant donné que nous examinons les bonnes pratiques et que nous savons ce qui existe — je pense que M. Rota a donné l'exemple d'un thérapeute qui ne savait pas très bien comment aborder cliniquement... Il y a beaucoup à faire pour améliorer les résultats cliniques.

**M. Raymond Lalonde:** Un des domaines dans lequel il se fait de la recherche dans notre centre national est celui de la santé mentale et des traumatismes liés au stress opérationnel; nous avons donc beaucoup à faire. Nous avons créé ce centre il y a deux ans, et nous venons tout juste de démarrer notre programme de recherche.

En fait, cela influence la santé mentale de nos clients et il est possible que nous fassions de la recherche sur ce sujet plus tard, mais pour le moment, nous privilégions la recherche qui va nous aider à améliorer notre pratique clinique de EMDR et de traitement avec les familles, au sein des cliniques, en utilisant diverses thérapies.

Il est très possible que le ministère décidera par la suite d'étudier les questions nutritionnelles, mais le centre national va d'abord privilégier les façons d'améliorer notre pratique clinique.

**Le président:** Bien. Je vous remercie.

Voilà qui termine le deuxième tour. Nous allons commencer le troisième tour avec l'opposition officielle.

Ils sont gentils, de sorte que nous allons revenir au gouvernement. Très bien, s'ils sont gentils, alors nous allons passer au Bloc.

M. Bachand... Non? Très bien. Et Mme Black est partie. Eh bien, on dirait que cela termine la séance.

Avez-vous des commentaires à faire? Si vous avez vous-mêmes des recommandations à nous présenter, vous pouvez le faire maintenant ou nous les transmettre plus tard par écrit.

Nous ne sommes pas le comité des anciens combattants, mais celui de la défense; notre sujet d'étude est le service actif. La diversité des clients dont vous vous occupez me semble... Je ne sais pas très bien comment cela fonctionne; vous faites partis du ministère des Anciens combattants mais vous travaillez avec des soldats en activité. Vous pourriez peut-être nous expliquer un peu cet aspect et je vous invite ensuite à nous présenter des recommandations ou des commentaires sur une question qui vous paraît importante.

● (1710)

**M. Doug Cloney:** Je suis sûr que vous connaissez très bien une de nos activités à cause du travail qu'effectue votre comité. C'est toute la question des services aux familles. Un des aspects qui nous occasionne des difficultés dans ce domaine particulier vient du fait que les services sont en général offerts aux membres de la famille à la condition que leur partenaire ou leur conjoint soit un client du ministère.

Les études montrent que, bien souvent, le membre de la famille concerné, que ce soit le conjoint, le partenaire ou l'enfant, vit avec une personne qui souffre de traumatismes liés au stress opérationnel mais que celle-ci ne vient pas nous voir. L'ancien combattant ne s'est pas adressé à nous ou le membre des Forces canadiennes encore en activité n'est pas venu nous voir et cela limite d'autant ce que nous pouvons faire pour les membres de la famille. Il serait donc intéressant que votre comité approfondisse cet aspect. Nous pensons qu'il faudrait apporter certains changements législatifs ou réglementaires qui reconnaîtraient que les membres de la famille sont des clients à part entière dès que leur conjoint a servi dans l'armée.

Je ne sais pas si vous avez déjà eu cette discussion, mais il serait très utile que vous l'ayez. Du côté des Anciens combattants, les besoins sont différents de ceux du ministère de la Défense nationale en ce qui concerne les services aux familles, mais je pense qu'il faudrait reconnaître que, lorsque quelqu'un s'inscrit dans l'armée, il ne s'agit pas d'une responsabilité uniquement individuelle, mais d'une responsabilité envers l'unité familiale et que le gouvernement du Canada doit également être prêt à offrir des services plus efficaces aux membres de leurs familles.

Je vous invite tout simplement à examiner cette question.

**Le président:** Merci.

Madame Black, pendant que vous étiez sortie, nous avons épuisé la liste des intervenants. Si vous avez une question à poser, vous pouvez le faire maintenant.

**Mme Dawn Black:** Non, je m'intéresse à la recommandation et j'aimerais savoir si vous en avez d'autres à présenter au comité.

**M. Doug Clorey:** C'est évidemment celle qui me vient immédiatement à l'esprit. J'inviterais mes collègues à présenter d'autres recommandations s'ils en ont.

**Le président:** Eh bien, il est peut-être un peu difficile... mais si vous pensez à quelque chose dans les jours qui viennent, n'hésitez pas à nous le faire savoir. Nous serons heureux de recevoir vos commentaires.

**M. Doug Clorey:** Merci.

**Le président:** Nous sommes allés, il y a au moins un an, à Petawawa et à Edmonton. Nous avons été frappés par les commentaires que nous ont faits les familles des soldats. Il y a des choses qui paraissent tout à fait naturelles et qui causent en fait de graves problèmes.

Par exemple, le conjoint est à la maison et le réfrigérateur tombe en panne pendant qu'il parle à son conjoint qui participe à une opération. C'est un grave problème à la maison, mais on ne souhaite pas inquiéter le soldat avec ce genre de chose, et il commence à se sentir un peu mis de côté; cela fait parfois boule de neige.

À Petawawa, un élève, un jeune enfant, a été convoqué dans le bureau du directeur pour une raison liée à l'école. Lorsque l'enfant est arrivé dans le bureau du directeur, il était paniqué, parce qu'il pensait que cela concernait son parent qui était dans l'armée. Il y a tant de choses — nous n'y pensons pas souvent, mais elles sont très importantes.

Je vous remercie. Continuez votre excellent travail et merci.

Oh, excusez-moi; M. Cannis voulait poser une brève question.

**M. John Cannis:** J'aimerais la poser à M. Clorey, si je le peux, pour obtenir une précision.

On nous a dit que les services de santé fournis aux anciens combattants étaient différents de ceux qui sont fournis au conjoint ou au partenaire ou à la famille. Avez-vous dit, à travers la

recommandation que vous avez présentée, que, si les enfants ou le conjoint du militaire vivent une expérience difficile, ils ne peuvent pas demander de l'aide à titre personnel? Il faut que ce soit le militaire, le militaire de la famille, qu'il soit de sexe masculin ou féminin, qui le fasse — vous ai-je bien compris?

**M. Doug Clorey:** Je parlais en fait des anciens combattants. Je ne peux pas parler du ministère de la Défense nationale.

**M. John Cannis:** Il s'agit donc des anciens combattants.

**M. Doug Clorey:** Pour les Anciens combattants, à l'exception des services extrêmement particuliers destinés aux membres de la famille, le soldat qui a servi dans l'armée doit être un client du ministère avant que nous puissions offrir des services aux membres de sa famille. Je recommande ou propose, à votre intention, de trouver une façon d'aider les autres membres de la famille avant que le client s'adresse à nous ou lorsqu'il refuse de le faire. En fait, en aidant les membres de la famille, nous aidons également l'ancien combattant.

**M. John Cannis:** Monsieur Clorey, je ne peux pas vous remercier suffisamment. Comme le président l'a clairement mentionné, notre comité est celui de la défense nationale et comme le président l'a déjà également fait remarquer, il existe un comité des anciens combattants. Oui, nous avons des couleurs politiques, mais 99 p. 100 du temps, nous avons à coeur l'intérêt des hommes et des femmes qui font le travail que nous leur demandons de faire.

Je vous invite vivement, au nom de tous les membres du comité, si vous ne comparez pas devant le comité des anciens combattants ou si vous n'avez pas été invité à le faire, de lui présenter quelque chose de ce genre. Parce que je crois que c'est un problème.

Cheryl, dans votre coin, il y a une base militaire et je suis sûr que vous avez entendu certaines histoires. C'est un aspect qui devrait être porté à leur attention. Merci.

Merci, monsieur le président.

• (1715)

**Le président:** Bien sûr.

Nous avons sauté la période accordée au Bloc pendant que M. Bachand était sorti.

**M. Claude Bachand:** Vous ne m'avez pas donné la parole.

**Le président:** Oui, mais avant de partir, vous aviez mentionné que vous vouliez poser une question. Il nous reste quelques minutes. Allez-y.

[Français]

**M. Claude Bachand:** J'aurais besoin d'un éclaircissement au sujet de votre tableau de la page 6. Vous dites qu'il y aurait eu 64 cas de syndrome post-traumatique et 118 cas d'affection psychiatrique dans des pays étrangers. Qu'est-ce que cela signifie? Une dame nous a expliqué l'autre jour qu'il y avait une clinique commune à Kandahar et que parfois on y traitait des cas. Est-ce bien cela?

[Traduction]

**M. Doug Clorey:** Non, il s'agit principalement d'anciens combattants qui vivent à l'étranger.

[Français]

**M. Claude Bachand:** D'accord.

[Traduction]

**M. Doug Clorey:** La plupart de ces personnes vivent en Europe et en particulier, au Royaume-Uni.

[Français]

**M. Claude Bachand:** D'accord.

Voici maintenant ma question d'un million de dollars. Je l'avais posée à l'époque où le comité s'occupait des affaires des vétérans ainsi que de celles de la défense nationale. Vous êtes tous des anciens combattants. À l'époque, une école de pensée trouvait que le ministère de la Défense nationale ne faisait pas suffisamment de prévention. Il y a deux choses. Même les gouvernements provinciaux, quand ils octroient leurs services de santé, ont tendance à s'occuper de l'aspect curatif mais pas assez de la prévention. Ils se demandent ce qu'il faut faire pour guérir les gens.

Je ne veux pas déclencher de guerre interministérielle, mais cette école de pensée estimait que le ministère de la Défense nationale ne s'attardait pas assez à donner une formation qui mette en garde les soldats contre des affectations psychologiques comme celles dont on parle depuis le début. Autrement dit, le ministère de la Défense nationale envoyait les gens au front en se disant que si ça allait mal et que ces gens étaient relâchés par l'armée, le ministère des Anciens Combattants s'en occuperait. Cette école de pensée est-elle toujours présente? N'avez-vous pas parfois l'impression que la Défense nationale crée un problème et que c'est vous qui êtes obligés de le régler par la suite?

Peut-être devrions-nous siéger à huis clos pour entendre cette réponse, monsieur le président.

[Traduction]

Je blague.

**Le président:** Je le sais.

Allez-y. Répondez si vous le pouvez ou le souhaitez. C'est une affirmation.

**M. Doug Clorey:** Je ne vais pas répondre à la question directement. Je crois que si l'on veut que tous les soldats demeurent en bonne santé, tant au moment de leur service militaire qu'après leur libération quand ils deviennent des anciens combattants, il faut qu'ils soient résistants, non pas seulement sur le plan physique, mais aussi sur le plan mental. Je pense qu'il serait bon que nous soyons tous plus résistants dans ces deux aspects de nos vies.

Comme nous le savons tous, on insiste beaucoup dans l'armée sur la résistance physique. Il faut être en bonne forme physique. J'espère que nous en arriverons un jour à insister autant sur la résistance mentale des gens qui s'enrôlent dans l'armée, qui servent dans l'armée et qui quittent l'armée.

**Le président:** Je vous remercie. Nous avons apprécié vos témoignages.

Avant de partir, n'oubliez pas que lorsque nous reviendrons, nous allons tenir une séance au sujet de nos travaux futurs. Pensez donc aux endroits où vous voulez aller, aux bases militaires que vous voulez visiter et aux personnes que vous voulez voir de façon à ce que nous puissions aller de l'avant.

Merci.

La séance est levée.

---





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

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

**Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :  
Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address:  
<http://www.parl.gc.ca>**

---

**Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.**

**The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.**