



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## **Comité permanent des anciens combattants**

---

ACVA



NUMÉRO 038



1<sup>re</sup> SESSION



41<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mardi 5 juin 2012**

**Président**

**M. Greg Kerr**



## Comité permanent des anciens combattants

Le mardi 5 juin 2012

• (1605)

[Traduction]

**Le président:** Nous reprenons nos travaux. Je vous remercie de votre patience. Nous avons plusieurs questions internes à régler.

Comme vous le savez, nous poursuivons notre examen des initiatives de transformation à Anciens Combattants Canada.

Aujourd'hui, nous accueillons des représentants des ministères des Anciens Combattants et de la Défense nationale. Je vous souhaite la bienvenue et vous remercie tous les quatre de prendre la peine de venir témoigner. Vous connaissez la procédure: dix minutes pour chaque groupe de témoins, et ensuite on passe aux questions des membres du comité.

Madame Pellerin, est-ce que c'est vous qui commencez aujourd'hui? Vous avez la parole.

**Mme Anne-Marie Pellerin (directrice, Gestion de cas, réadaptation et santé mentale, ministère des Anciens Combattants):** Merci, monsieur le président.

Bonjour, et merci de nous avoir invités à participer à vos travaux.

Je m'appelle Anne-Marie Pellerin et je suis la directrice de la gestion de cas, de la réadaptation et des services de santé mentale. Je suis accompagnée de mes collègues Lina Carrese, directrice scientifique au Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel; Raymond Lalonde, directeur général du Réseau national pour les traumatismes liés au stress opérationnel; et Nathalie Pham, gestionnaire d'équipe des services aux clients, à Montréal.

Nous sommes heureux d'être ici pour appuyer l'étude de ce comité relative à la transformation à Anciens Combattants Canada (ACC). Nous sommes conscients que nous n'avons pas beaucoup de temps et que nous devons traiter d'un grand nombre de sujets; je vais donc commencer immédiatement.

[Français]

Anciens Combattants Canada a récemment fait face à un virage sans précédent en ce qui concerne le profil démographique des anciens combattants et vétérans. Les anciens combattants traditionnels nous quittent malheureusement en grand nombre, tandis qu'augmente la population des vétérans de l'ère moderne.

Nous avons également constaté qu'un bon nombre de vétérans de l'ère moderne qui sont libérés des Forces canadiennes ont des besoins plus complexes en matière de santé et de réintégration à la vie civile.

[Traduction]

Ces facteurs nous ont obligés à réexaminer ce que nous faisons et la façon dont nous fournissons les services en tant que ministère, afin de répondre à ces besoins et à ces attentes en pleine évolution. Les résultats de cet examen nous ont menés dans ce processus de la transformation qui a été conçu pour améliorer la qualité, la rapidité d'exécution et l'efficacité des services et pour nous assurer de

répondre en tous points aux besoins différents et évolutifs des personnes que nous servons.

Les services de gestion de cas d'ACC permettent aux vétérans et à leur famille d'établir des objectifs convenus d'un commun accord et de les atteindre grâce à un processus organisé, dynamique et de collaboration. Ce processus interactif de résolution de problèmes est coordonné par le gestionnaire de cas d'ACC et comprend six fonctions principales: l'engagement et l'établissement de liens, qui est un processus de création ou d'établissement de la confiance; l'évaluation exhaustive, qui est la collecte de renseignements et l'établissement des besoins de la personne; l'analyse, c'est-à-dire le résumé des renseignements provenant de multiples sources; la planification de cas et la consultation, c'est-à-dire l'établissement d'objectifs convenus d'un commun accord avec le vétéran et sa famille, de concert avec les professionnels de la santé et d'autres spécialistes; la surveillance et l'évaluation, qui consistent à déterminer si le plan fonctionne et à l'adapter au besoin; et enfin le désengagement, c'est-à-dire mettre fin à la gestion de cas en place lorsque les objectifs sont atteints. Il est important de noter que si la situation du vétéran devait changer dans l'avenir, celui-ci pourrait y être réadmis dans un processus de gestion de cas.

Le modèle de gestion de cas d'ACC se concentre sur une approche axée sur les besoins globaux et fondée sur les déterminants de la santé établis par l'Organisation mondiale de la Santé. Le modèle dépend de la consultation interdisciplinaire à l'appui d'une planification efficace des interventions.

Au cours des deux dernières années, nous avons réalisé d'importants progrès par rapport à nos initiatives de transformation, ce qui a permis d'améliorer nos services de gestion de cas.

Par exemple, nous avons amélioré la rapidité avec laquelle nous rendons les décisions, grâce à une réduction du temps de traitement des décisions relatives à l'admissibilité dans le cadre du Programme de réadaptation, ce qui permet aux participants du programme d'avoir accès plus rapidement aux avantages dont ils ont besoin.

Nous avons élaboré et mis en place des outils sur la gestion de l'intensité de la charge de travail, qui évaluent les risques, les besoins et la complexité des clients faisant l'objet d'une gestion de cas. Ces outils permettent d'évaluer la charge de travail en se basant non seulement sur le nombre de cas actifs, mais également sur le niveau de complexité et d'intensité lié à chaque cas.

Nous avons élaboré une stratégie nationale d'apprentissage en gestion de cas axée sur le perfectionnement des compétences et des connaissances.

Nous avons établi des lignes directrices et des protocoles à l'échelle nationale qui permettent d'assurer l'uniformité des pratiques de gestion de cas.

La mise en place de ces outils et de ces mesures de soutien permet d'améliorer la prestation de services aux clients, de renforcer les normes et les pratiques exemplaires et d'aider à déterminer les besoins de formation et l'affectation des ressources.

Les universités et d'autres organisations qui possèdent de l'expertise dans le domaine de la gestion de cas nous ont appris énormément de choses.

● (1610)

Plus précisément, nous avons établi un partenariat avec l'Université McMaster et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies en ce qui concerne l'élaboration du profil de compétences pour les gestionnaires de cas. Ce partenariat nous a permis de tirer parti de l'expertise, des outils et des pratiques exemplaires élaborés par ces organisations.

Nous sommes également affiliés au Réseau national de gestion de cas, ce qui nous permet d'échanger des connaissances, de l'expertise et des pratiques exemplaires avec des organisations dans l'ensemble du pays. L'année dernière, ACC a été invité à présenter un exposé orienté sur son profil de compétences fondamentales lors de la conférence nationale du Réseau.

Au 31 mars 2012, il y avait quelque 250 gestionnaires de cas d'ACC dans l'ensemble du Canada. Notre norme nationale impose qu'il y ait un gestionnaire de cas pour 40 vétérans, et à l'heure actuelle nous avons largement atteint cet objectif.

[Français]

Nos gestionnaires de cas possèdent une formation universitaire variée. Leurs qualifications exigent qu'ils détiennent un diplôme d'une université reconnue avec une spécialisation en service social, en soins infirmiers, en psychologie, en gérontologie, en sociologie ou dans un autre domaine lié au poste.

Près des deux tiers des gestionnaires de cas d'ACC possèdent au moins cinq années d'expérience dans le domaine de la gestion de cas. Ces critères sont la preuve d'une main-d'oeuvre variée et chevronnée, dont nous sommes très fiers.

[Traduction]

Avant que mon collègue poursuive la présentation, j'aimerais vous parler brièvement de certaines des initiatives de réadaptation d'ACC qui constituent un élément important pour les vétérans et les gestionnaires de cas. En effet, plus de 70 p. 100 de nos clients qui font appel à la gestion de cas ont recours à notre programme de services de réadaptation et d'assistance professionnelle.

Ce programme vise à s'assurer que les vétérans malades, blessés ou souffrant d'une invalidité et leur famille aient accès à des services de réadaptation professionnelle conçus pour faciliter leur retour à la maison, dans la collectivité et dans les milieux de travail civils. Du financement est offert pour des services qui ne sont généralement pas offerts par l'entremise d'autres systèmes de soins de santé.

Divers services sont offerts pour satisfaire les besoins de réadaptation en matière de santé mentale et physique, notamment des traitements psychiatriques ou psychologiques et des services de counselling, de la physiothérapie, de l'ergothérapie, des services interdisciplinaires de soulagement de la douleur et des consultations en matière de toxicomanie.

Finalement, le processus de la transformation que je viens tout juste de vous décrire est considéré comme un investissement dans la gestion de cas, et cet investissement rapporte déjà. Nous sommes maintenant en mesure de déterminer les risques que présentent nos clients et de réaffecter les ressources appropriées afin d'atténuer

rapidement ces risques. Nous avons renforcé la prestation de services aux clients et, au bout du compte, nous avons amélioré leur situation.

Merci, monsieur le président.

[Français]

**Mme Lina Carrese (directrice scientifique, ministère des Anciens Combattants):** Merci, madame Pellerin.

Merci, monsieur le président.

La santé mentale et le bien-être des vétérans et de leur famille constituent sans conteste l'une des priorités de notre ministère. Nous reconnaissons la gravité des répercussions des blessures de stress opérationnel sur les membres des Forces canadiennes, les vétérans et leur famille. À cette fin précise, nous nous efforçons d'avoir en place des services reposant sur les preuves scientifiques visant à aider les vétérans atteints de problèmes de santé mentale et leur famille, tant pour leur rétablissement que pour leur réintégration à la vie civile.

Nos initiatives se fondent sur la Stratégie en matière de santé mentale d'Anciens Combattants Canada, une stratégie offrant un continuum de programmes et de services axés sur les facteurs déterminants de la santé, notamment les circonstances économiques, sociales et physiques, les pratiques de santé personnelles, les capacités d'adaptation, etc., tout cela dans le but de répondre aux besoins globaux des vétérans et de leur famille.

La Stratégie en matière de santé mentale vise également à sensibiliser les collectivités aux besoins des vétérans et de leur famille, ainsi qu'à développer la capacité des programmes d'Anciens Combattants Canada, des organismes provinciaux et communautaires, et des fournisseurs de soins de manière à traiter adéquatement les vétérans et à assurer des services sans faille.

● (1615)

[Traduction]

Au fil des années, les services de santé mentale d'Anciens Combattants Canada ont considérablement pris de l'expansion. En 2006, la Nouvelle Charte des anciens combattants a inauguré une gamme complète de programmes et de services de transition qui ont renforcé la capacité du ministère à offrir du soutien aux vétérans aux prises avec des problèmes de santé mentale, ainsi qu'à leur famille.

Depuis, nous avons également doublé le nombre de cliniques pour traumatismes liés au stress opérationnel (TSO) et intégré avec succès les services de télésanté mentale dans toutes nos cliniques. Ce faisant, nous nous sommes assurés que tous les vétérans ayant besoin de services de santé mentale, y compris ceux qui vivent dans des régions éloignées et ceux qui ne peuvent pas se rendre facilement à une clinique de TSO, parviennent à recevoir ces services en temps opportun. À l'heure actuelle, si l'on compte celles d'ACC et du MDN, on retrouve dix-sept cliniques spécialisées partout au pays où les membres des Forces canadiennes et les vétérans souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel peuvent recevoir des services d'évaluation et des traitements.

De plus, on compte au pays environ 4 000 professionnels autorisés en santé mentale, y compris 200 gestionnaires de soins cliniques, qui offrent du soutien intensif quotidien aux vétérans ayant des besoins de santé mentale complexes. Pour les vétérans aux prises avec des problèmes de toxicomanie et de stress opérationnel, il existe au Canada plusieurs programmes hospitaliers spécialisés dans le traitement de l'état de stress post-traumatique, aggravé par une ou plusieurs toxicomanies.

Soulignons aussi qu'Anciens Combattants Canada et les Forces canadiennes ont mis au point un programme de soutien par les pairs reconnu à l'échelle internationale, qui comprend des pairs spécialement formés mais aussi des coordonnateurs qui ont une expérience personnelle du stress opérationnel et qui sont en mesure d'aider les familles. Ces gens offrent un soutien vital aux membres des Forces canadiennes, aux vétérans et à leur famille. Le ministère permet aux vétérans et à leur famille d'accéder jour et nuit à des services de consultation et d'aiguillage en matière de santé mentale, grâce à la ligne d'écoute téléphonique d'ACC. Enfin, Anciens Combattants Canada offre des services de pastorale, avec un réseau de plus de 200 aumôniers qui fournissent des conseils d'ordre spirituel et du soutien aux vétérans et à leur famille qui en expriment le besoin.

Notre approche est axée sur les clients et sur les familles. Elle repose sur les toutes dernières données probantes scientifiques ainsi que les facteurs sociaux déterminants de la santé, en plus de s'appuyer sur plusieurs partenariats. Nous travaillons en étroite collaboration avec nos partenaires des collectivités et du gouvernement, dont le ministère de la Défense nationale, afin de favoriser une transition réussie à la vie civile pour les membres des Forces canadiennes et de rester au courant des tendances dans le domaine de la santé mentale des militaires et des vétérans.

Pour résumer, les vétérans qui ont des besoins de santé mentale ont accès à des services spécialisés à la grandeur du pays, y compris pour l'évaluation, les interventions précoces, le traitement, la réadaptation et les soins continus, tout cela par l'entremise d'ACC, des fournisseurs de services communautaires et du réseau de cliniques d'ACC et du MDN pour le traitement des traumatismes liés au stress opérationnel.

[Français]

Nous croyons que notre approche fonctionne. Aujourd'hui, Anciens Combattants Canada vient en aide à plus de 15 300 vétérans et membres de leur famille qui connaissent des problèmes de santé mentale. Au fur et à mesure qu'évoluent les besoins des vétérans et de leur famille, nous revoyons notre Stratégie en matière de santé mentale, de sorte que nous puissions toujours apporter notre aide suivant un processus de rétablissement fondé sur les déterminants de la santé.

La stratégie continuera à : favoriser une transition réussie à la vie civile; accroître la sensibilisation aux besoins des vétérans et de leur famille dans leur collectivité; faciliter la réadaptation des vétérans; améliorer le plus possible leur bien-être personnel et familial; établir d'importants partenariats avec des organismes et des fournisseurs provinciaux et communautaires, pour assurer un soutien sans faille aux vétérans et à leur famille.

Je vous remercie de votre temps, monsieur le président, et je serai ravie de répondre à vos questions, si vous en avez.

• (1620)

[Traduction]

**Le président:** Merci beaucoup, madame Carrese.

Nous allons maintenant passer au colonel Bernier.

[Français]

**Colonel Jean-Robert Bernier (médecin-chef adjoint, ministère de la Défense nationale):** Monsieur le président, mesdames et messieurs, je suis le colonel Jean-Robert Bernier, médecin-chef adjoint des Forces canadiennes. Je suis accompagné du colonel Gerry Blais, commandant de l'Unité interarmées de soutien du personnel et directeur de la Gestion du soutien aux blessés.

Cela me fait grand plaisir d'être ici aujourd'hui et d'avoir l'occasion de vous présenter le programme de gestion des cas des Forces canadiennes.

[Traduction]

Le Programme national de gestion de cas des Services de santé des Forces canadiennes a été mis en oeuvre lorsqu'on a constaté des lacunes dans le système des soins de santé, touchant particulièrement les membres des FC effectuant une transition de la vie militaire à la vie civile. Depuis le début du programme, des infirmières et des infirmiers autorisés sont employés à titre de gestionnaires de cas en vue d'aider des milliers de membres des FC à coordonner la multitude de services avec lesquels ils doivent composer, malgré des difficultés physiques et mentales.

Même si de nombreux obstacles ont eu un effet sur l'évolution du programme au cours de la dernière décennie, les infirmiers dévoués continuent de donner des services professionnels de grande qualité aux militaires. Les commentaires reçus dans le cadre des sondages sur la satisfaction à l'égard de la gestion de cas révèlent que le programme est extrêmement utile, tant aux membres des FC qu'à leurs familles.

[Français]

Le programme compte présentement 57 gestionnaires de cas qui continuent de relever les nombreux défis découlant de la complexité médicale des besoins de leur clientèle. Quoique l'environnement de travail et les demandes soient en constante transformation, le mandat du programme demeure le même, à savoir aider nos membres à réintégrer le service ou à effectuer une transition vers la vie civile.

[Traduction]

Les infirmiers gestionnaires de cas des Services de santé des FC sont responsables de la coordination des soins de santé et du soutien offerts aux militaires en service, en partenariat avec l'Unité interarmées de soutien du personnel (UISP) et ses centres intégrés de soutien du personnel (CISP) dont est responsable le colonel Blais. Membres de l'équipe des soins de santé des FC, ces infirmiers sont chargés d'élaborer un plan d'action intégré de concert avec leurs patients, des membres des FC, le personnel des CISP, des partenaires, tels que les gestionnaires de cas d'Anciens Combattants Canada (ACC), et des organismes externes.

Le plan favorise le rétablissement des militaires en assurant la continuité dans la surveillance et la coordination des soins dispensés à l'hôpital et à domicile. Les gestionnaires de cas des Services de santé des FC continuent d'apporter un soutien et des conseils même lorsque le militaire a repris du service. Si ce dernier quitte les FC, ils facilitent son accès aux services d'ACC, au besoin, et sa transition de la vie militaire à la vie civile. Le programme privilégie le client et la famille et offre des traitements fondés sur l'expérience clinique et les pratiques exemplaires. Parce qu'il fait partie intégrante de notre système de soins de santé, le programme assure la continuité des soins et sert de passerelle entre les services de santé et les autres éléments et services des FC.

[Français]

Toujours soucieux d'améliorer le programme de gestion de cas, nous évaluons présentement un nouvel outil de travail, l'Intermed, qui sert à déterminer la complexité de la transition des clients. De plus, nos gestionnaires de cas sont en communication continue avec nos partenaires du ministère des Anciens Combattants, que ce soit dans le cadre de groupes de travail bilatéraux ou, au jour le jour, dans les Unités interarmées de soutien du personnel. Le but est d'assurer la mise en commun des outils de travail et la meilleure communication possible entre nos organisations.

[Traduction]

Anciens Combattants Canada et nous-mêmes collaborons à de nombreuses initiatives afin de faciliter la transition entre la vie militaire et la vie civile. Mentionnons notamment les formulaires d'aiguillage, un outil d'évaluation des essais, des outils électroniques et informatiques communs ainsi qu'un nouveau processus de communication des renseignements sur la santé à ACC qui comporte un suivi et un transfert électroniques. Lorsque le projet pilote en cours à Edmonton, à Valcartier et à Trenton sera terminé, le processus sera mis en oeuvre à l'échelle nationale.

Voici d'autres initiatives: l'échange d'information sur les processus et les structures du programme dans le cadre de séances communes de formation du personnel, des ateliers et colloques conjoints visant à renforcer les partenariats, l'harmonisation du programme et des politiques afin d'améliorer la continuité des soins tout au long de la transition, la formation en ligne sur des sujets communs à l'intention des gestionnaires de cas, des groupes de travail et des comités conjoints, et la mise au point d'un processus commun d'examen de la gestion de la qualité en vue d'évaluer le processus de transition et de renforcer la continuité des soins.

Dans le but de l'améliorer encore, nous demanderons l'agrément du Programme de gestion de cas, au cours de notre prochain cycle d'examen, à Agrément Canada, autorité nationale d'évaluation des soins de santé. De plus, en collaboration avec ACC, nous entendons être à l'affût des occasions permettant d'accroître le bagage de connaissances des dirigeants du programme; d'étendre le réseautage au moyen d'une formation commune sur la prestation de soins destinée aux gestionnaires du programme; de faire appel au comité national d'intervenants; d'augmenter les activités de sensibilisation; d'établir des liens avec d'autres organismes, notamment les réseaux et organismes d'apprentissage en gestion de cas provinciaux et internationaux comme le Réseau national de gestion de cas; et enfin de trouver des modèles de prestation de services plus novateurs. Nous comptons également mettre à la disposition de nos partenaires notre information et notre formation sur l'amélioration de la qualité, définir les indicateurs de résultats et examiner notre prestation de services pour en améliorer l'efficacité et l'efficience.

[Français]

Les problèmes de santé mentale représentent une grande part de la charge de travail de nos gestionnaires de cas et contribuent de façon très importante à la complexité des cas.

• (1625)

Cependant, comme elle est intégrée à notre système de santé, l'équipe de santé mentale a accès au programme de gestion de cas. De cette façon, nos militaires profitent d'un accès et d'une intervention rapides, ce qui permet une prise en charge complète et un accès à un maximum de services, le plus rapidement possible.

[Traduction]

En plus d'aider quotidiennement les membres des FC, les responsables du Programme national de gestion de cas des Services de santé des Forces canadiennes travaillent depuis longtemps en collaboration avec la Direction de la gestion du soutien aux blessés et avec ACC, en vue d'offrir les meilleurs services et avantages qui soient pour répondre aux besoins des militaires.

Le plus grand défi que pose la transition de la vie militaire à la vie civile est d'aider les militaires à trouver un médecin de famille et des fournisseurs de soins de santé mentale dans les systèmes de santé civils des provinces. Même si elles ne nous refusent jamais leur appui, les autorités médicales civiles, locales et régionales, dont l'Association médicale canadienne, les directeurs d'études des facultés de médecine familiale et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, ont très peu d'influence à cet égard étant donné que ces professionnels de la santé sont très peu nombreux à l'échelle nationale et qu'il est difficile d'accéder à leurs services.

[Français]

En résumé, malgré l'augmentation de la demande et de la complexité des cas liés aux missions opérationnelles des Forces canadiennes et l'avènement de nouvelles politiques ainsi que de nouveaux partenariats, les gestionnaires de cas des Services de santé des Forces canadiennes continuent à faire preuve d'engagement en relevant les défis quotidiens. Ils contribuent ainsi à perpétuer le succès du programme de gestion de cas.

[Traduction]

Je vous remercie de votre attention, et c'est avec plaisir que je répondrai à vos questions.

**Le président:** Merci à vous, colonel, ainsi qu'aux autres témoins.

Nous allons commencer la ronde des questions de 5 minutes avec M. Stoffer.

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

Je vous remercie tous de comparaître devant notre comité aujourd'hui.

Colonel Bernier, vous venez de nous expliquer combien il est difficile, pour les militaires qui quittent l'armée, de trouver de l'aide dans le civil. Comme vous le savez, vingt militaires se sont suicidés l'an dernier, deux fois plus que l'année précédente. Malgré tous les efforts que le MDN et ACC déploient pour les aider, ces hommes et ces femmes pleins de courage décident, pour une raison ou pour une autre, de mettre fin à leurs jours, et c'est vraiment une tragédie.

Dans ces conditions, et vu les graves difficultés que connaissent ceux qui souffrent d'ESPT et de problèmes mentaux, ainsi que leur famille, ne serait-il pas souhaitable que, même après leur départ, ils continuent d'avoir accès aux services du MDN jusqu'à ce qu'un organisme privé ou provincial prenne la relève? Je parle de ceux qui obtiennent une libération 3B ou de ceux qui quittent l'armée pour raison médicale, même si ce ne sont pas des anciens combattants. À l'heure actuelle, quand ils quittent le MDN, ils rompent tous les liens. Il leur faut alors trouver de l'aide et un autre médecin. Mais cinq millions et demi de Canadiens n'ont pas de médecin, alors c'est aussi très difficile pour le MDN de leur en trouver un. Ne pensez-vous pas qu'on pourrait faire ça, pour mieux les aider?

Je m'adresse maintenant à Anne-Marie Pellerin. Vous avez parlé d'un ratio de 40 pour 1. Avez-vous atteint cet objectif?

**Mme Anne-Marie Pellerin:** Monsieur le président, en fait, nous le dépassons.

**M. Peter Stoffer:** Parfait. Je suis ravi. Donc, à l'heure actuelle, ACC offre des services à 215 000 anciens combattants.

Dans cette brochure, Mme Carrese dit que les services de santé mentale s'occupent de 15 300 anciens combattants. Je suppose que ces 15 300 personnes sont prises en charge par les 250 gestionnaires de cas. Cela fait donc 60 cas par gestionnaire. Pouvez-vous m'expliquer la différence, parce qu'avec 250 gestionnaires qui ont 40 cas chacun, ça fait un total de 10 000 anciens combattants, donc s'il y en a 15 300, ça doit faire à peu près 60 cas par gestionnaire? Je voudrais simplement que vous m'expliquiez la différence.

Pour terminer, je ferai un bref commentaire qui n'appelle pas nécessairement une réponse de votre part. Ça m'amuse toujours un peu d'entendre des fonctionnaires comme vous nous dire qu'ils ont constaté que les anciens combattants plus âgés meurent en plus grand nombre ces derniers temps. Nous nous en sommes tous rendu compte depuis pas mal de temps.

C'était simplement un commentaire. Merci.

**Col Jean-Robert Bernier:** Merci de votre question.

J'aimerais simplement répondre au sujet du taux de suicide.

Chaque suicide est une véritable tragédie pour nous parce que ce sont des membres de notre famille militaire. Vous savez, l'armée est une société très différente, avec des liens très étroits entre les membres, qui se considèrent comme des frères et sœurs. Et ça touche les personnels soignants tout autant que les autres membres. C'est un très grave problème pour nous.

Cela dit, nous continuons, malgré ces années de guerre... Nous nous attendions à une augmentation du taux de suicide, à cause du stress opérationnel, mais cela ne s'est pas encore produit. Nous sommes toujours à peu près 20 p. 100 en dessous de la moyenne nationale établie selon l'âge et le sexe.

L'an dernier, 19 hommes se sont suicidés. Même si, chaque fois, c'est une véritable tragédie, les cas de suicide sont, heureusement, relativement rares, il n'en faut pas moins chercher à éviter tout risque d'augmentation. Nous suivons donc de très près l'évolution des taux de suicide depuis 1995.

Nous les analysons par périodes de cinq ans, afin d'avoir des résultats statistiquement significatifs. Les 19 de l'an dernier se sont produits pendant la première année d'une nouvelle période de cinq ans. Il se peut que ça annonce une tendance à la hausse, à la suite des opérations en Afghanistan. Toutefois, même si nous avions eu 19 suicides chaque année pendant cinq ans, ou même 20, nous serions encore en dessous de la moyenne nationale.

Depuis 1995, le taux a baissé, en fait, mais il se situe au même niveau. Nous avons soigneusement analysé chaque cas de suicide survenu depuis l'an dernier, pour déterminer s'il y avait un lien avec le déploiement. Nous avons fait appel à des spécialistes en psychiatrie, pour faire un audit psychologique de chaque individu. Jusqu'à présent, aucune tendance particulière ne semble se dessiner, et il n'y a pas de lien direct avec le déploiement. Jusqu'à l'an dernier, la majorité des suicides concernaient des personnes n'ayant jamais été déployées.

Nous ne sommes pas absolument certains, mais nous sommes prudents, car nous avons anticipé cette hausse. Nous ne pouvons pas encore affirmer qu'il s'agit d'une hausse. Statistiquement, ce serait irresponsable de notre part de l'affirmer, car les chiffres sont très faibles.

Pour ce qui est de la transition à la vie civile des militaires qui ont besoin de soins permanents, l'an dernier, le ministre de la Défense nationale a annoncé qu'un plan de transition intégré serait préparé

pour chaque soldat libéré pour raison médicale. Ce plan prévoit jusqu'à trois années de transition, le temps, pour le militaire, de trouver non seulement les soins appropriés dans le système provincial et les autres avantages offerts par le ministère des Anciens Combattants, mais aussi la formation professionnelle, les services sociaux et diverses aides qui lui permettront de réussir sa transition vers la vie civile.

Ce ne sera jamais parfait parce qu'il y a une pénurie de professionnels de la santé au niveau national, surtout dans certaines spécialités. La Constitution prévoit que les Forces canadiennes ont pour mandat d'entreprendre des opérations militaires, et que les autres institutions — les provinces et les systèmes de santé provinciaux, complétés par les services du ministère des Anciens Combattants — ont pour mandat de fournir des soins aux soldats une fois qu'ils sont libérés.

Mais, par exemple, ils continuent d'avoir accès à nos cliniques spécialisées en santé mentale et à nos centres de soutien pour trauma et stress opérationnels, et aux 10 cliniques du ministère des Anciens Combattants qui sont spécialisées dans le traitement des traumatismes liés au stress opérationnel. Selon un protocole d'entente, nous pouvons continuer de nous occuper de nos patients respectifs même après qu'ils ont été libérés. Autrement dit, nous pouvons nous occuper des anciens combattants et eux, des soldats en service, si cela est plus commode d'un point de vue logistique ou autre. Nous le faisons dans toute la mesure du possible, mais nous nous heurtons quand même à des difficultés qui ne sont pas propres aux membres des Forces canadiennes puisqu'elles se posent à l'ensemble de la population canadienne.

• (1630)

**Le président:** Merci beaucoup, colonel.

Je vais vous demander, pour la prochaine fois, d'essayer de répondre dans les limites du temps imparti au député NPD, car nous avons pris du retard.

Madame Adams, vous avez cinq minutes.

**Mme Eve Adams (Mississauga—Brampton-Sud, PCC):** Je vous remercie de comparaître devant notre comité aujourd'hui.

Pourriez-vous nous décrire le rôle du gestionnaire de cas et dans quelle mesure il a évolué avec les initiatives de transformation?

**Mme Anne-Marie Pellerin:** Volontiers. Au ministère des Anciens Combattants, le gestionnaire de cas intervient dans le processus de transition à partir de l'un des 24 Centres intégrés de soutien du personnel, où nous partageons des locaux avec le personnel de la Défense nationale. Le gestionnaire de cas rencontre le militaire avant sa libération, afin de déterminer ses besoins en matière de soins médicaux ou de réinsertion. Le gestionnaire est ainsi en mesure de préparer un plan, en collaboration avec le militaire et sa famille, afin qu'à sa libération, le militaire ne connaisse pas d'interruption de service, ou en tout cas un minimum.

Le plan définit non seulement les besoins en matière de soins médicaux et psychologiques, mais aussi les besoins en matière de réinsertion, c'est-à-dire les aides dont le soldat pourra avoir besoin pour trouver un emploi civil.

Nous adoptons donc une approche globale pour ce qui est des besoins en matière de réinsertion.

Comme je l'ai dit, l'intervention du gestionnaire de cas commence avant la libération du soldat, et une relation durable et efficace s'établit alors entre les deux personnes, jusque après la libération du soldat. Comme je l'ai laissé entendre, nous encourageons la famille à participer au processus, car elle joue un rôle important, et il est essentiel que nous comprenions la dynamique familiale pour faciliter la réintégration à la vie civile.

• (1635)

**Mme Eve Adams:** De quels nouveaux pouvoirs les gestionnaires de cas disposent-ils pour prendre des décisions au nom des anciens combattants? Autrement dit, les décisions sont-elles prises désormais par des gens qui sont plus proches des anciens combattants, de façon à réduire les délais d'attente?

**Mme Anne-Marie Pellerin:** Monsieur le président, je vais donner quelques exemples qui montrent bien que nous avons délégué les pouvoirs décisionnels à ce que nous appelons des gestionnaires de première ligne, ceux qui sont les plus proches des anciens combattants, alors que dans le passé, ces décisions relevaient d'un bureau régional ou central.

Pour ce qui est du programme de réadaptation, c'est le gestionnaire de cas qui décide de l'admissibilité des candidats et qui décide aussi des avantages à accorder.

Ces nouvelles délégations permettent au gestionnaire de cas de prendre des mesures très rapidement, et aux anciens combattants, de recevoir les avantages dont ils ont besoin beaucoup plus vite que lorsque les décisions étaient prises à des niveaux plus élevés.

**Mme Eve Adams:** Vous avez habilité le gestionnaire de cas à prendre davantage de décisions. De cette façon, c'est celui qui est en contact direct avec l'ancien combattant et qui connaît bien ses capacités qui prend les décisions; avant, cette personne devait se limiter à constituer un dossier et c'était ensuite un autre fonctionnaire, qui se trouve peut-être dans un autre bureau et qui n'a jamais rencontré l'ancien combattant, qui prenait la décision finale.

C'est bien ça?

**Mme Anne-Marie Pellerin:** C'est exact.

**Mme Eve Adams:** Avez-vous des statistiques démontrant que ces nouvelles délégations de pouvoirs ont réduit les temps d'attente pour les anciens combattants?

**Mme Anne-Marie Pellerin:** Oui.

Monsieur le président, en ce qui concerne les décisions relatives à l'admissibilité au programme de réadaptation, nous avons récemment fait passer la norme de service de 4 à 2 semaines, mais les nouvelles délégations de pouvoirs n'y sont peut-être pas pour grand-chose. Autrement dit, les anciens combattants qui demandent à être admis au programme de réadaptation...

**Mme Eve Adams:** Excusez-moi, vous avez amélioré la norme de service en réduisant les temps d'attente, c'est ça?

**Mme Anne-Marie Pellerin:** Oui, nous avons amélioré la norme de service — disons ça comme ça — en réduisant les temps d'attente pour ces décisions importantes.

De cette façon, l'ancien combattant a accès aux avantages bien plus vite qu'avant.

**Mme Eve Adams:** Les temps d'attente ont diminué de moitié, c'est ça?

**Mme Anne-Marie Pellerin:** Oui, par rapport à ce qu'ils étaient avant.

**Mme Eve Adams:** C'est assez remarquable.

**Mme Anne-Marie Pellerin:** Et nous respectons cette norme 85 p. 100 du temps.

Autrement dit, à partir du moment où les anciens combattants ont soumis les papiers nécessaires, les décisions sont prises très rapidement.

**Mme Eve Adams:** Le renouvellement est automatique, n'est-ce pas? Pourriez-vous nous en dire quelques mots? Est-ce que le renouvellement se fait plus rapidement?

**Mme Anne-Marie Pellerin:** Le renouvellement automatique — je suppose que vous voulez parler des avantages médicaux. Auparavant, il fallait obtenir des autorisations préalables pour renouveler les avantages médicaux. Maintenant, cette autorisation préalable n'est plus nécessaire.

**Mme Eve Adams:** Bien, merci beaucoup.

Les anciens combattants vous ont-ils dit ce qu'ils pensaient de cette nouvelle façon de faire?

**Mme Anne-Marie Pellerin:** On a appris de différentes sources qu'ils étaient satisfaits du nouveau système, et des interventions plus rapides, mais nous n'avons pas fait d'étude précise là-dessus. Nous savons, de plusieurs sources, qu'ils sont satisfaits d'être pris en charge plus rapidement et d'avoir accès plus vite aux avantages auxquels ils ont droit.

**Mme Eve Adams:** Merci.

**Le président:** Merci beaucoup, madame Pellerin.

Je vais maintenant donner la parole à M. Casey, pour cinq minutes.

**M. Sean Casey (Charlottetown, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Je vais poser ma première question au colonel Bernier.

Je m'intéresse tout particulièrement aux grandes difficultés que vous rencontrez pour aider les membres des Forces canadiennes à réintégrer la vie civile et à se trouver un médecin de famille.

Notre comité a entendu au moins deux témoins sur le sujet — la Dre Heather MacKinnon, à cette fameuse réunion du 27 février à Halifax, et aussi la Dre Alice Aitken. Comme vous le savez, elle est directrice de l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans, et elle a comparu devant notre comité le 14 février dernier. Voici ce que nous a dit, entre autres, cette spécialiste de la question:

Le plus difficile pour moi a été de faire la transition vers le régime provincial de soins de santé où on m'a indiqué que j'aurais droit au même traitement que celui réservé aux détenus. Mon époux a ensuite été réformé pour des raisons médicales après avoir servi en Bosnie et en Afghanistan. Les incidences sur notre famille ont été atténuées du fait que nous étions tous deux militaires et savions à quoi nous en tenir.

Pour lui, le plus difficile a aussi été le passage au régime civil de soins de santé où l'on ne comprenait pas ses besoins... Il y a également le fait que les services de première ligne offerts par Anciens Combattants Canada... sont souvent assortis d'importantes tracasseries administratives qui compliquent la vie de l'ancien combattant.

Voilà ce que nous a dit une ancienne militaire qui fait maintenant de la recherche à plein temps sur la santé des militaires et des anciens combattants. C'est ce qu'elle a vécu personnellement.

Je comprends qu'il y ait des difficultés, étant donné ce qui se passe dans les systèmes de santé provinciaux. Pouvez-vous me dire ce que vous pensez de la suggestion suivante, si elle est réalisable et ce qu'il faudrait faire pour qu'elle le soit: un membre des Forces canadiennes serait chargé de veiller à ce que l'individu continue d'être soigné par le personnel des Forces canadiennes jusqu'à ce qu'un médecin civil accepte de le prendre comme patient. C'est vrai que cela augmente la charge de travail des employés du MDN, mais il me semble que c'est une priorité qui vaut la peine qu'on investisse davantage.

Qu'en pensez-vous?

• (1640)

**Col Jean-Robert Bernier:** Je vous remercie de votre question. Je connais très bien Alice Aitken. Elle était physiothérapeute dans les services médicaux des Forces canadiennes. Elle est actuellement professeure agrégée en réadaptation, à l'Université Queen's, et elle nous aide à coordonner les recherches sur la santé des militaires et des anciens combattants.

Les choses ont beaucoup changé depuis qu'elle a pris sa retraite des Forces canadiennes, ainsi que son mari, que je connais très bien aussi.

Obliger le personnel médical des Forces canadiennes à continuer de soigner les militaires même après leur libération serait une solution idéale. Mais ça exigerait soit une augmentation considérable de nos ressources, car ça s'ajouterait à la mission principale de nos services médicaux, qui est de servir au sein de missions et d'opérations militaires, soit une nouvelle répartition des responsabilités constitutionnelles, afin de renforcer la capacité des services de santé provinciaux de traiter des patients civils et afin d'augmenter les ressources du ministère des Anciens Combattants. Les provinces sont en train de prendre toutes sortes de mesures pour accroître l'accès aux soins de santé primaires, notamment en créant de nouvelles catégories de personnel soignant comme les auxiliaires médicaux, en développant les écoles de médecine et en faisant davantage appel à des infirmières et infirmiers praticiens. Ce sont là des exemples de ce que font les provinces pour mieux s'acquitter de leur responsabilité constitutionnelle à l'égard des anciens militaires.

J'ai dit tout à l'heure que le ministre avait annoncé, il y a quelque temps, la mise en oeuvre d'un plan de transition intégré, qui prévoit jusqu'à trois ans de transition pour faciliter la réinsertion des soldats.

Nous nous adressons également à d'autres instances, comme l'Association médicale canadienne ou les doyens des facultés de médecine, pour essayer d'obtenir de l'aide. Des projets pilotes ont été mis en place, avec succès, et des équipes médicales civiles se sont engagées à réserver un certain nombre de places dans leurs cliniques à des anciens militaires et à leur famille.

Tout récemment, le chef d'état-major de la défense a rencontré, à la Conférence canadienne sur l'éducation médicale, à Banff, les doyens des facultés de médecine familiale qui sont en train de mettre en oeuvre ce genre d'initiative.

J'ai parlé du système américain, et j'ajouterai que le Congrès américain a donné le mandat aux forces armées américaines de fournir des soins aux soldats et à leur famille, même après leur libération, jusqu'à ce qu'ils soient pris en charge par le système Medicare. Aux États-Unis, l'énorme budget que le département de la Défense consacre aux soins de santé, lequel dépasse le budget total de l'Ontario... il y a quelques années, plus de 70 p. 100 du budget que la Défense alloue aux soins de santé a servi à financer des soins médicaux à des soldats non opérationnels. Autrement dit, seulement 30 p. 100 de ce budget a été dépensé dans le cadre du mandat premier des forces armées, qui est de faire la guerre et de mener des

opérations militaires. Bref, votre suggestion se traduirait par une facture importante.

• (1645)

**Le président:** Merci beaucoup, colonel Bernier.

Je vais maintenant donner la parole à M. Chisu, pour cinq minutes.

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

Je vous remercie de comparaître devant nous aujourd'hui.

Madame Pellerin, vous avez dit dans votre déclaration liminaire, et cela a piqué ma curiosité, qu'un grand nombre d'anciens combattants de l'ère moderne qui sont libérés des Forces canadiennes ont des besoins plus complexes en matière de santé et de réintégration à la vie civile. Pourriez-vous nous donner des précisions?

Cela m'amène à la question que je veux poser au colonel Bernier, au sujet des services de santé des Forces canadiennes, et plus précisément le programme national de gestion de cas. Dans votre déclaration liminaire, vous avez dit que vous aviez 57 gestionnaires de cas, et que le programme de santé mentale représente une grande part de la charge de travail des gestionnaires de cas et augmente beaucoup la complexité des cas.

J'aimerais vous poser des questions au sujet de la lutte contre la toxicomanie au sein des Forces canadiennes. Quand j'ai été déployé en Afghanistan, plus de cent militaires n'ont pas pu y aller parce qu'ils étaient toxicomanes. Ça a posé de graves problèmes aux responsables.

Voilà les deux questions que je voulais poser, pour l'instant.

**Mme Anne-Marie Pellerin:** Merci, monsieur le président.

Depuis quelques années, nous constatons que les anciens combattants de l'ère moderne qui sont libérés ont des problèmes de santé et des difficultés de réinsertion plus complexes que les anciens combattants traditionnels, ceux dont le ministère avait à s'occuper dans le passé. Ce que nous observons chez les anciens combattants de l'ère moderne, c'est une combinaison de troubles physiques et mentaux.

Par exemple, à l'heure actuelle, 55 p. 100 des participants à notre programme de réadaptation souffrent à la fois d'un problème physique et d'un problème mental. Vous pouvez imaginer les défis particuliers qu'une telle combinaison peut engendrer, non seulement pour l'ancien combattant mais aussi pour sa famille et pour sa réinsertion dans la vie civile. La complexité de leurs problèmes physiques, qui s'accompagnent souvent de douleurs, de troubles mentaux et d'une toxicomanie accrue, ne facilite pas la tâche, au contraire, des gestionnaires de cas du ministère des Anciens combattants.

La relation qui s'établit entre le gestionnaire de cas et l'ancien combattant revêt donc une importance cruciale pour faciliter l'accès de ce dernier aux services de la collectivité où il réside et pour soutenir la famille dans cette période de transition. Si l'ancien combattant est en bonne santé et qu'il a besoin d'aide pour se recycler, le gestionnaire de cas l'aiguille vers les services dont il a besoin pour trouver un emploi convenable dans le civil.

Dans certains cas, le rôle du gestionnaire de cas peut durer pas mal de temps.

C'est pour ces raisons que nous disons que les anciens combattants de l'ère moderne sont différents des anciens combattants traditionnels.

**M. Corneliu Chisu:** Serait-il possible pour le MDN d'assurer quelques services de plus avant de libérer un militaire et de transférer au ministère des Anciens combattants, pour que le dossier soit pour vous un peu moins lourd à gérer? Je veux simplement savoir s'il y a place pour une plus grande collaboration avec le MDN.

• (1650)

**Mme Anne-Marie Pellerin:** Oui.

**Le président:** Monsieur Chisu, j'allais vous signaler que nous n'avons presque plus de temps pour la réponse du représentant du MDN.

Colonel Blais, vous avez la parole.

**Colonel Gerry Blais (directeur, Gestion de soutien aux blessés, ministère de la Défense nationale):** Je suis heureux de pouvoir vous dire que c'est exactement ce que nous avons fait. Depuis à peu près six mois, nous préparons un plan de transition intégré pour chaque soldat libéré pour raison médicale. Ce plan nécessite la participation de tous les partenaires concernés: le ministère des Anciens combattants, le gestionnaire de cas des services de santé, et les gens qui s'occupent des besoins de formation et de placement de ceux qui vont être libérés, lesquels participent aussi au processus. Un plan de transition intégré est préparé pour chaque militaire, qui le signe avant d'être libéré, indiquant ainsi qu'il en connaît le contenu et qu'il en est satisfait.

Ce plan conserve une certaine flexibilité, au cas où les besoins deviendraient plus complexes, en matière de formation, par exemple. Nous pouvons assurer des services pendant un maximum de trois ans, afin que la transition se fasse en douceur.

**Le président:** Avez-vous quelque chose à ajouter, madame Pellerin? J'ai cru que vous vouliez intervenir.

**Mme Anne-Marie Pellerin:** Non.

Colonel Bernier, je ne sais pas si vous voulez répondre.

**Le président:** Soyez bref, s'il vous plaît.

**Col Jean-Robert Bernier:** Puis-je faire quelques commentaires au sujet de nos efforts de prévention des maladies mentales?

**M. Corneliu Chisu:** Et de la toxicomanie?

**Col Jean-Robert Bernier:** Et de la toxicomanie.

Dans les années 1990, la situation n'était guère reluisante. Depuis, nous l'avons considérablement améliorée. Aujourd'hui notre budget pour la santé mentale s'élève à près de 40 millions de dollars, chaque année — plus exactement 38 millions et des poussières —, et nous avons investi, depuis 2006, plus de 100 millions de dollars dans nos services de santé.

Nous faisons beaucoup de dépistage et d'éducation, et nous encourageons le soutien des pairs. Nous faisons le dépistage des maladies mentales dès l'enrôlement, des examens médicaux réguliers

avant et après le déploiement, des examens médicaux approfondis trois et six mois après le déploiement, la décompression dans un lieu tiers, avec accès à des professionnels en santé mentale et à des ateliers d'information, des contrôles médicaux exhaustifs après le déploiement et avant la libération, et la poursuite incessante de recherches sur le sujet, à un niveau général, pour essayer de mieux cerner le problème.

Pour ce qui est des ateliers d'information, nous avons mis en place le programme de promotion de la santé des Forces canadiennes, Énergiser les forces, qui couvre pratiquement tous les symptômes et les causes de la maladie mentale. Nous avons notamment des programmes sur la sensibilisation à la toxicomanie, pour aider les gens à reconnaître non seulement leurs propres symptômes mais aussi les difficultés que peuvent avoir leurs superviseurs et leurs collègues. Nous avons également des programmes de traitement en établissement, ainsi que des programmes civils où nous pouvons envoyer nos militaires.

Nous avons également le programme En route vers la préparation mentale, qui s'inspire d'un modèle international. C'est un programme très complet, qui permet d'offrir des séances d'information ainsi qu'une formation en résilience, et qui entraîne les soldats à repérer les symptômes de troubles mentaux sur leur propre personne, chez leurs collègues et chez leurs superviseurs. Cette formation commence pendant l'instruction de base et se poursuit pendant toute la carrière, avant, pendant et après une mission opérationnelle.

Enfin, nous avons mis en place un réseau de soutien des pairs très solide, composé de personnes qui ont souffert de troubles mentaux dans le passé et qui sont prêtes à aider ceux qui hésitent à parler de leurs propres problèmes ou qui ne veulent pas en reconnaître les symptômes, pour les encourager à se faire soigner, car c'est la meilleure chose que nous puissions faire pour qu'ils s'en sortent et qu'ils ne mettent pas fin à leurs jours.

**Le président:** Merci beaucoup, colonel.

Madame Mathyssen, vous avez cinq minutes.

**Mme Irene Mathyssen (London—Fanshawe, NPD):** Merci beaucoup, monsieur le président.

Je vous remercie de toutes ces informations.

J'aimerais revenir sur quelque chose que Mme Pellerin a dit tout à l'heure.

Vous avez dit qu'il y avait à peu près 250 gestionnaires de cas du MAC dans tout le Canada, et que l'objectif, ou la norme, était d'avoir 40 clients par gestionnaire de cas. Pouvez-vous nous expliquer pourquoi il est important ou nécessaire de rester dans cet ordre de grandeur?

**Mme Anne-Marie Pellerin:** Je vous remercie de votre question.

La gestion de cas est une fonction cruciale au ministère des Anciens combattants, et nous voulons que nos gestionnaires de cas aient une charge de travail raisonnable, conforme à une norme, pour qu'ils puissent consacrer suffisamment de temps à chaque ancien combattant, à la préparation du dossier, au suivi et aux contacts avec la famille. Pour cette raison, nous tâchons de nous assurer que chaque gestionnaire n'a pas plus de 40 cas à gérer. À l'heure actuelle, nous dépassons cet objectif, puisque nous avons une moyenne d'environ 30 cas par gestionnaire.

J'aimerais, si vous me le permettez, revenir sur la question que M. Stoffer a posée tout à l'heure pour dire que nous avons un peu plus de 15 000 anciens combattants qui ont accès à des avantages du ministère pour des problèmes de santé mentale. Ça peut être pour une invalidité, un avantage, ou un programme de réadaptation. Mais ces 15 000 n'ont pas tous besoin de services de gestion de cas, car la majorité de ceux qui ont des problèmes mentaux sont en fait tout à fait capables de fonctionner dans la société, et c'est ce qu'ils font d'ailleurs. Ce sont donc ceux qui ont les problèmes mentaux les plus complexes — et ils représentent à peu près 25 p. 100 de cette cohorte — qui sont pris en charge par un gestionnaire de cas.

• (1655)

**Mme Irene Mathyssen:** Je comprends tout à fait pourquoi vous limitez le nombre de clients par gestionnaire de cas.

Vous avez dit également que le nombre d'anciens combattants de l'ère moderne était en augmentation, et qu'à leur libération, ils étaient nombreux à avoir des problèmes plus complexes en matière de santé et de réinsertion.

La semaine dernière, l'ombudsman des vétérans a comparu devant notre comité et nous a donné quelques statistiques dont je vais vous faire part.

Les Études sur la vie après le service du ministère démontrent que deux tiers des membres de la Force régulière des Forces canadiennes libérés entre 1998 et 2007 ne reçoivent aucune prestation; par contre, 54 p. 100 ont rapporté au moins un problème de santé physique, 13 p. 100 ont rapporté au moins un problème de santé mentale, et beaucoup ont des problèmes de santé chroniques, qu'ils attribuent à leurs trois décennies de vie militaire intense.

J'en conclus qu'il y a beaucoup de gens qui risquent d'avoir besoin de vos services. Vous avez dit qu'il était important de limiter le nombre de cas par gestionnaire pour garantir l'efficacité de ces services.

L'ombudsman s'est dit inquiet qu'on ne puisse pas à répondre aux besoins des anciens combattants.

**Le président:** Pourriez-vous poser votre question, s'il vous plaît?

**Mme Irene Mathyssen:** Monsieur le président, il faut bien que je présente le contexte.

**Le président:** Vous le faites très bien.

**Mme Irene Mathyssen:** Est-ce que cela vous préoccupe également? Comment allez-vous faire pour répondre à tous ces besoins? Quels plans ont été mis en oeuvre? Il est évident qu'on ne peut pas laisser tous ces gens-là sans les services auxquels ils ont droit, et qu'ils ont bien mérités.

**Mme Anne-Marie Pellerin:** Je vous remercie de votre question.

Le ministère des Anciens combattants a adopté une stratégie de communication tout à fait adaptée aux études qui ont été faites sur le sujet et qui indiquent qu'un certain nombre d'anciens combattants n'ont pas accès aux services du ministère

Par cette stratégie de communication, le ministère essaie de sensibiliser les gens et de les encourager à prendre contact avec ceux de ses services qui sont susceptibles de les aider; ensuite, le ministère s'emploie à déterminer leur admissibilité et, le cas échéant, à leur offrir ces services.

Nous poursuivons cette stratégie de communication, qui s'est traduite par une légère augmentation du nombre d'anciens combattants qui s'adressent à nos services.

L'autre aspect du problème, que nous surveillons de très près avec nos collègues de la Défense nationale, concerne les soldats qui vont

être libérés. Le colonel Blais a dit qu'on pouvait les maintenir en poste dans les Forces canadiennes pendant un maximum de trois ans jusqu'à leur libération. Ce délai permet au ministère des Anciens combattants de se montrer proactif et de prendre les mesures nécessaires pour se préparer à servir ceux qui sont libérés par les Forces canadiennes.

Nous estimons être relativement bien préparés pour répondre aux besoins d'un plus grand nombre d'anciens combattants, ne serait-ce que parce que nous dépassons la norme pour l'instant, et pour mettre en place les services nécessaires, par l'intermédiaire de nos gestionnaires de cas, de nos professionnels de la santé et des personnels externes que nous utilisons.

**Le président:** Merci beaucoup, madame Pellerin.

Je vais maintenant donner la parole à M. Storseth, pour cinq minutes.

**M. Brian Storseth (Westlock—St. Paul, PCC):** Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie les témoins de comparaître devant nous aujourd'hui.

Colonel Bernier et colonel Blais, je suis ravi de vous revoir.

J'ai plusieurs questions à poser, et je vais le faire sans plus tarder.

Lorsque des membres des Forces canadiennes sont sur le point de prendre leur retraite pour des raisons médicales, je suppose, d'après les échanges que nous venons d'avoir et d'après ce que vous avez dit dans votre déclaration liminaire, qu'un plan de transition intégré a été préparé pour chacun d'entre eux au cours des six mois précédents.

• (1700)

**Col Gerry Blais:** Oui, ça doit être fait dans les six derniers mois. Surtout au début du processus, nous nous intéressons davantage à ceux qui ont des besoins complexes. Nous prévoyons que, d'ici à la fin de l'année, tous ceux qui sont libérés pour raison médicale auront un plan de transition intégré.

**M. Brian Storseth:** Qui rencontrent-ils?

**Col Gerry Blais:** Pardon?

**M. Brian Storseth:** Qui rencontrent-ils pour préparer le plan?

**Col Gerry Blais:** Ça se fait en présence d'un représentant du ministère des Anciens combattants, qui travaille au Centre intégré de soutien du personnel; du gestionnaire de cas, des services de santé; de représentants des Centres intégrés de soutien du personnel, qui sont responsables des programmes de retour au travail, des programmes d'emploi et des programmes d'éducation; de représentants des services des finances et d'assurance du RARM; du soldat en personne et d'un membre de sa famille, s'il ou elle le veut, et pratiquement de tous ceux qui peuvent faciliter la transition.

**M. Brian Storseth:** Combien de fois tous ces gens-là se rencontrent-ils, en général, avant d'en arriver à un plan?

**Col Gerry Blais:** C'est un processus en évolution, car lorsqu'un soldat est officiellement informé qu'il va être libéré pour raison médicale, il le sait généralement depuis un certain temps, et le processus a déjà commencé — en ce sens que nous avons déjà pensé à des programmes de formation, à des services d'accès à l'emploi, etc.

Tous ces gens-là se rencontrent aussi souvent que c'est nécessaire, et quand on en arrive au plan de transition lui-même, il suffit généralement d'une réunion pour le finaliser.

**M. Brian Storseth:** Vous avez dit que le système avait une certaine flexibilité. Pourriez-vous nous en dire davantage?

**Col Gerry Blais:** Comme l'a dit le colonel Bernier, nous avons un outil qui permet d'analyser la complexité des besoins d'un individu. Si on estime qu'un soldat aura une transition difficile, soit parce qu'il faut apporter des modifications à long terme à sa résidence — pour des raisons de santé ou pour lui permettre d'exercer un emploi —, soit parce qu'il a des problèmes de santé mentale qui l'empêcheront d'occuper un emploi pendant quelques années, à ce moment-là, nos médecins peuvent recommander une période de maintien en poste pouvant aller de six mois à trois ans. Nous veillons donc, à l'intérieur de ces paramètres, à ce que chaque militaire soit libéré dans les meilleures conditions.

**M. Brian Storseth:** Que voulez-vous dire par « maintien en poste »?

**Col Gerry Blais:** Cela signifie que le soldat continue de porter l'uniforme, qu'il n'est pas libéré par les forces armées.

**M. Brian Storseth:** Supposons que je sois à quelques mois à peine des 10 ans d'ancienneté qui me donnent droit à une pension de retraite et à des prestations, est-ce que le programme est assez flexible pour que j'ai 9 chances sur 10 d'être maintenu en poste jusqu'à cette date-là?

**Col Gerry Blais:** Ça ne fait pas partie des critères de complexité. Toutefois, nous voulons libérer les gens dans les meilleures conditions, et on leur donne le bénéfice du doute... Si une personne est à quelques mois du seuil des 10 ans d'ancienneté, normalement, à moins de circonstances très particulières, on la maintient en poste jusque-là.

**M. Brian Storseth:** Merci beaucoup. Je vois que c'est un bon système.

Des cliniques de TSO ont été organisées dans certaines bases que je représente, et je sais qu'elles ont très bien marché, notamment parce qu'elles ont été données dans des régions très éloignées, ce que certains de nos militaires ont beaucoup apprécié.

Vous avez parlé du projet pilote d'Edmonton. Pourriez-vous nous en donner des détails et nous dire pourquoi vous considérez que c'est un succès, colonel Bernier?

**Col Jean-Robert Bernier:** Le projet pilote ne fait que commencer, et il consiste seulement à suivre, numériser et transférer électroniquement au ministère des Anciens combattants tous les dossiers médicaux des soldats qui sont libérés pour raisons médicales, afin d'accélérer le processus de détermination des avantages auxquels ils ont droit. Ce projet pilote ne fait que commencer. Nous espérons qu'il sera terminé d'ici à septembre de cette année, pour que nous puissions l'étendre à toutes les cliniques des forces armées d'ici à septembre 2014.

**M. Brian Storseth:** Je crois que c'est un progrès important pour nos soldats qui quittent l'armée et qui deviennent anciens combattants. Bien souvent, comme vous l'avez dit, le système bloque parce qu'on n'a pas accès aux dossiers médicaux et qu'il faut les transférer d'un service à l'autre. C'est vraiment très important.

Combien de temps me reste-t-il, monsieur le président?

**Le président:** Plus du tout, mais j'attends votre question.

**Des voix:** Oh, oh!

• (1705)

**M. Brian Storseth:** Merci beaucoup. Je remercie le président de son indulgence à mon égard.

**Le président:** Avez-vous une dernière question?

**M. Brian Storseth:** Non, ça va.

**Le président:** C'est vous qui aurez été le plus bref aujourd'hui, monsieur Storseth, je suis très impressionné.

Monsieur Lobb, vous avez la parole pour cinq minutes.

**M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC):** J'aimerais être sûr d'avoir bien compris, madame Pellerin. D'autres témoins ont parlé des gestionnaires de cas. Vous dites, à la page 3 de votre déclaration liminaire, que vous avez « amélioré la rapidité avec laquelle nous rendons les décisions, grâce à une réduction du temps de traitement des décisions relatives à l'admissibilité dans le cadre du Programme de réadaptation », etc. Est-ce que vous estimez que c'est grâce aux pouvoirs que vous avez délégués aux gestionnaires de cas? C'est bien ça?

**Mme Anne-Marie Pellerin:** C'est notamment grâce à la simplification du processus décisionnel et à une plus grande rapidité des décisions. Il y a aussi le fait que les gestionnaires de cas se sont vus déléguer, il y a à peu près un an, les pouvoirs de prendre des décisions sur les avantages et les services dont les anciens combattants ont besoin pour leur plan de réadaptation.

**M. Ben Lobb:** Ce sont des améliorations qui ont été apportées dans le cadre de l'initiative de transformation?

**Mme Anne-Marie Pellerin:** C'est exact.

**M. Ben Lobb:** J'aimerais maintenant m'adresser aux colonels. Au bas des pages 1 et 2, il est question d'Intermed, le nouvel outil de travail pour les gestionnaires de cas. Est-ce que le ministère des Anciens combattants utilise le même logiciel? Avez-vous le même programme ou utilisez-vous deux logiciels différents?

**Col Jean-Robert Bernier:** Ce programme nous aide à évaluer leurs besoins médicaux. Tant qu'ils sont dans les forces armées, nous les maintenons en poste. Comme l'a dit le colonel Blais, il arrive que, lorsque nous estimons qu'il est nécessaire de préparer un plan de transition intégré, les services médicaux aient déjà décidé de maintenir le soldat en poste jusqu'à un maximum de trois ans, pour lui donner toutes les chances de réussir sa réadaptation. C'est seulement lorsque nous constatons qu'il est impossible de le garder dans les forces armées que nous renonçons à cette solution et que nous préparons un plan de transition intégré pour son retour dans le civil.

L'Intermed nous permet à ce moment là de faire une évaluation des besoins médicaux de la personne, ainsi qu'une évaluation de ses besoins sociaux, professionnels et autres. Nous nous en servons pour préparer son plan de transition intégré vers la vie civile, et pour déterminer le délai et les services qu'il faudra lui accorder, avant sa libération, pour qu'elle ait toutes les chances de réussir cette transition.

**M. Ben Lobb:** Parfait.

Madame Pellerin, j'aimerais vous poser une autre question au sujet de ce que vous dites à la deuxième page de la page 3. Vous dites que vous avez « élaboré et mis en place des outils sur la gestion de l'intensité de la charge de travail », à l'intention des gestionnaires de cas. Où en avez-vous trouvé l'idée? Est-ce que ça se faisait déjà dans d'autres pays? Où avez-vous trouvé l'idée?

**Mme Anne-Marie Pellerin:** Nous avons mis en place un nouvel outil qui nous permet de mesurer le risque que présentent les anciens combattants qui sont en gestion de cas, et aussi ceux qui ne le sont pas, car ils ont peut-être besoin de ces services.

L'outil a été mis au point par des responsables de la santé de Regina, et ils ont autorisé le ministère des Anciens combattants à le modifier pour tenir compte des besoins non seulement de nos anciens combattants traditionnels mais aussi des plus jeunes, notamment en ce qui concerne leur réinsertion.

C'est un outil qui a été testé et validé par la région sanitaire de Qu'Appelle, à Regina. Comme je l'ai dit, ils ont autorisé notre ministère à le modifier pour nos propres besoins.

L'autre outil que nous utilisons se fonde sur les besoins et la complexité. C'est nous qui l'avons mis au point, à l'interne, avec l'appui de la direction de la recherche du ministère des Anciens combattants. Nous l'avons testé et il est aujourd'hui utilisé à l'échelle nationale. Nos gestionnaires de cas sont nombreux à l'utiliser car il leur permet d'avoir une meilleure idée de leur charge de travail et de se consacrer en priorité aux anciens combattants qui ont le plus besoin de services de gestion de cas.

• (1710)

**M. Ben Lobb:** Vous avez sans doute eu l'occasion de discuter avec vos homologues d'autres pays développés dont les ministères de la défense et des anciens combattants ont été réorientés d'une façon ou d'une autre. En tant que directrice, quelle est la position du ministère canadien des Anciens combattants vis-à-vis des gestionnaires de cas et de la santé mentale?

Dans le cadre de l'initiative de transformation, pensez-vous que vous allez réorienter votre action au cours des trois à cinq prochaines années?

**Mme Anne-Marie Pellerin:** Pour ce qui est de la position du ministère des Anciens combattants à propos des services et des programmes que nous offrons aux anciens combattants, je peux vous dire que nous avons, avec nos partenaires internationaux, une collaboration bien établie, notamment au niveau de la recherche. Nous sommes attentifs à ce qui se fait aux États-Unis, en Grande-Bretagne et en Australie, et nous avons participé à ce qu'on appelle un forum international des personnes âgées, aux niveaux du ministre et du sous-ministre. Il y a quelques années, nous avons été cités en exemple par nos partenaires internationaux en ce qui concerne nos programmes de réadaptation, les programmes de la Charte des anciens combattants et les services de gestion de cas qui accompagnent la prestation de ces programmes.

Bien entendu, nous n'entendons pas nous reposer sur nos lauriers, et nous nous employons, dans le cadre de l'initiative de transformation, à améliorer nos normes et nos pratiques exemplaires dans le domaine de la gestion de cas. C'est la raison pour laquelle nous investissons dans les outils qui nous aident à évaluer notre charge de travail et à gérer les cas de façon à ce que les anciens combattants reçoivent les meilleurs services possibles.

**Le président:** Merci beaucoup, Madame Pellerin.

Cela met un terme à la première ronde de questions.

Pour la deuxième ronde, chacun aura droit à quatre minutes. Monsieur Chicoine, vous avez la parole.

[Français]

**M. Sylvain Chicoine (Châteauguay—Saint-Constant, NPD):** Merci, monsieur le président.

Je remercie nos témoins pour leur mémoire et leur disponibilité à répondre à nos questions.

Ma première question s'adresse à Mme Pellerin. Dans votre mémoire, à la section des engagements, vous parlez de la possibilité de mettre fin à la gestion de cas en place lorsque les objectifs sont atteints et de réintégrer les anciens combattants dans le processus de gestion de cas.

Qui va décider du moment où il sera mis fin à la gestion de cas de l'ancien combattant?

**Mme Anne-Marie Pellerin:** Merci de la question.

[Traduction]

Les services de gestion de cas sont accessibles aux anciens combattants chaque fois qu'ils en ont besoin et aussi longtemps qu'ils en ont besoin.

Comme je l'ai dit dans ma déclaration liminaire, la relation qui s'instaure entre le gestionnaire de cas et l'ancien combattant vise à fixer des objectifs réalistes, que l'ancien combattant est susceptible d'atteindre compte tenu de sa santé physique et mentale et de sa capacité à occuper un emploi. Une fois que l'ancien combattant a atteint ses objectifs, l'intervention du gestionnaire de cas n'est généralement plus nécessaire. Les objectifs ont été atteints et l'ancien combattant réintègre la vie civile avec succès.

Si, par la suite, l'ancien combattant a des problèmes de santé ou des problèmes d'emploi, il peut reprendre contact avec le ministère des Anciens combattants. Et si on estime, à ce moment-là, que l'intervention d'un gestionnaire de cas serait utile, on rouvre alors le dossier.

Il y a désengagement, c'est le terme que nous employons, lorsque l'ancien combattant a atteint ses objectifs et qu'il ou elle est capable de vivre en parfaite autonomie. Mais comme je l'ai dit, il a la possibilité, si sa situation change, de reprendre contact avec le ministère. Nous l'encourageons même à le faire. Nous informons d'ailleurs les anciens combattants et leurs familles de cette possibilité.

[Français]

**M. Sylvain Chicoine:** Si je comprends bien, tant que l'ancien combattant n'a pas atteint ses objectifs, il peut avoir accès à un gestionnaire de cas. Ce n'est pas le gestionnaire de cas qui décide si l'ancien combattant a atteint ses objectifs et que c'est terminé. Cela se fait d'un commun accord.

• (1715)

[Traduction]

**Mme Anne-Marie Pellerin:** Les objectifs sont établis d'un commun accord entre l'ancien combattant et le gestionnaire de cas. Ce n'est pas le gestionnaire de cas qui impose ses objectifs. Il doit travailler avec l'ancien combattant pour fixer des objectifs réalistes, compte tenu de son état de santé et des qualifications qu'il a acquises pendant ses années de service dans l'armée, s'il peut les utiliser dans un emploi civil ou non. Parfois, il est nécessaire de lui offrir un programme de recyclage. Bref, les objectifs sont fixés d'un commun accord, et une fois qu'ils sont atteints, les deux parties s'entendent sur le fait qu'ils sont atteints.

[Français]

**M. Sylvain Chicoine:** Merci.

[Traduction]

**Le président:** Je vous demande d'être très bref.

**M. Sylvain Chicoine:** Ce n'est pas possible, car il faudrait trop de temps à M. Bernier pour me répondre. Tant pis.

**Le président:** Vous pouvez lui poser votre question, et il vous fera parvenir sa réponse par écrit.

[Français]

**M. Sylvain Chicoine:** Monsieur Bernier, j'ai déjà lu dans certains rapports qu'il y avait un grand manque de psychologues cliniques au sein des Forces canadiennes. Y a-t-il un plan pour en engager davantage, afin de diminuer la détresse psychologique des combattants, surtout ceux qui reviennent d'Afghanistan, chez qui cette détresse est catastrophique?

[Traduction]

**Le président:** Colonel Bernier, nous allons vous envoyer la question que vient de vous poser M. Chicoine, et nous vous demandons d'y répondre par écrit.

Je suis désolé, mais nous n'avons plus beaucoup de temps.

Je vais donner la parole à M. Harris, pour quatre minutes. Merci.

**M. Richard Harris (Cariboo—Prince George, PCC):** Merci, monsieur le président.

Je vous remercie de comparaître aujourd'hui.

Colonel Bernier, vous avez dit, dans votre déclaration liminaire, que vous allez demander l'agrément du Programme de gestion de cas. Pourriez-vous nous donner des précisions? Voulez-vous dire que vous allez mesurer le succès du programme?

**Col Jean-Robert Bernier:** Agrément Canada est l'organisme national qui atteste la qualité des systèmes de santé et des établissements de santé, surtout les hôpitaux, mais aussi d'autres établissements. Cet organisme est complètement indépendant. Il fait appel à des évaluateurs indépendants du Canada, qui sont des spécialistes de l'évaluation de la qualité des soins de santé dispensés par les différents systèmes. Son rayon d'action ne se limite pas au Canada, car d'autres pays lui demandent d'agrèer leur système de soins de santé, vu l'excellente réputation dont il jouit.

L'organisme a agréé la totalité des services de santé des Forces canadiennes, affirmant qu'ils comptent parmi les meilleurs. Par contre, nous n'avons pas encore fait agréer notre système de gestion de cas, et des évaluateurs indépendants, qui sont des spécialistes de la gestion de cas, vont venir évaluer la qualité de nos services et nous signaler les améliorations qui pourraient lui être apportées et auxquelles nous n'avions pas songé.

**M. Richard Harris:** Cela va-t-il vous aider à mesurer le succès de votre programme et à préparer éventuellement une feuille de route des améliorations nécessaires?

**Col Jean-Robert Bernier:** Tout à fait. Lorsque les spécialistes de cet organisme évaluent des hôpitaux ou des systèmes de santé, y compris le nôtre, même s'ils nous disent verbalement qu'il compte parmi les meilleurs au monde, ils ont pour mission de nous proposer des améliorations. Aucun système de santé n'est parfait, même si le nôtre n'en est pas loin. Il a été considérablement amélioré au cours des dernières années, parce qu'il y avait des problèmes à une certaine époque. Bref, ces spécialistes vont nous donner une feuille de route des améliorations à lui apporter pour qu'il soit encore meilleur.

**M. Richard Harris:** Merci.

Madame Carrese je vous remercie d'avoir fait taper votre document en gros caractères, ça facilite considérablement sa lecture.

Nous avons parlé de collaboration avec les partenaires de la collectivité, le gouvernement, etc. Qui sont vos partenaires au sein de la collectivité?

**Mme Lina Carrese:** Nous avons parlé tout à l'heure des grosses difficultés que nous avons, par exemple, pour obtenir des rendez-vous auprès des médecins de la collectivité. Nous multiplions nos efforts dans ce sens ainsi que les possibilités de réseautage avec les professions médicales. Nous avons eu l'occasion de collaborer avec l'Association des psychiatres du Canada et avec l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans, pour organiser, dans cinq grandes villes du Canada, lors de la conférence annuelle de l'APC, des modules consacrés spécifiquement au traitement du traumatisme lié au stress opérationnel chez les anciens combattants, condition qui, chez eux, peut avoir ses propres particularités.

Il est très important que les professionnels de la santé sachent que nous sommes là pour les aider. Nous avons 200 questionnaires de soins cliniques dans tout le pays, et il faudrait que tous ces professionnels très occupés dans leurs bureaux privés sachent que le ministère des Anciens combattants a beaucoup à leur offrir... nous aimerions bien pouvoir faire quelque chose pour désengorger le système de soins de santé. C'est un exemple.

Nous collaborons avec l'Association canadienne pour la santé mentale. Elle gère beaucoup de programmes, et ce n'est pas la peine que nous réinventions la roue. Bien sûr, nous devons les adapter aux besoins de nos anciens combattants. Mais c'est une association qui rassemble beaucoup d'expertise, et nous estimons que nous pouvons être plus efficaces et plus déficients en nouant des partenariats avec les différentes associations comme la Société pour les troubles de l'humeur du Canada, l'Association canadienne pour la santé mentale, etc. Cela nous permet vraiment de donner de meilleurs services.

Il en va de même au niveau international. Nous avons participé à des symposiums, avec l'International Society for Traumatic Stress Studies, où nous avons fait venir d'éminents experts du traumatisme lié au stress opérationnel, notamment des centres ACC du Canada, de façon à tirer des leçons des expériences des autres et à être ainsi en mesure d'améliorer les services que nous offrons.

• (1720)

**Le président:** Merci beaucoup, madame Carrese.

Madame Perreault, vous avez quatre minutes.

[Français]

**Mme Manon Perreault (Montcalm, NPD):** Bonjour, merci d'être ici. Je vous remercie beaucoup de prendre soin des blessés et des soldats handicapés.

Lors de sa présentation, le colonel Bernier, a parlé de suicide. J'aimerais faire un lien avec votre présentation, Mme Carrese, qui portait notamment sur les lignes téléphoniques.

**Mme Lina Carrese:** Oui.

**Mme Manon Perreault:** Cette ligne a-t-elle été mise en place il y a plusieurs années?

**Mme Lina Carrese:** C'est plutôt au niveau des services, mais je pense que cela date de 2002, comme M. Lalonde me le dit. Ça fait quand même un bon bout de temps.

**Mme Manon Perreault:** Avez-vous constaté une diminution des suicides depuis que la ligne a été mise en place? Avez-vous des données à cet égard?

**Mme Lina Carrese:** Chez Anciens Combattants Canada, ce n'est pas comme à la Défense nationale. Il nous est très difficile d'avoir des données ou des statistiques sur le nombre d'anciens combattants qui se suicident ou qui meurent à la suite d'un suicide, parce que ça dépend si c'est vraiment un suicide, malheureusement. Ça dépend de la famille. Va-t-elle choisir de nous informer? Il y a l'aspect de la confidentialité. On n'a donc pas ce type de données sur les suicides chez les anciens combattants. Par contre, on est actif sur le plan de la recherche. On a un peu de données.

**Mme Manon Perreault:** Au mois de mai dernier, une dame s'est plainte. Elle disait qu'il avait fallu beaucoup de temps avant d'avoir une réponse. Elle voulait savoir si son conjoint de longue date s'était donné la mort ou s'il était décédé de mort naturelle. Est-ce la même ligne téléphonique ou si ce sont deux choses complètement séparées?

**Mme Lina Carrese:** Je suis désolée, malheureusement je ne peux pas répondre, parce que je n'ai pas l'information spécifique par rapport à ce cas.

**Mme Manon Perreault:** Les gens de la famille qui appellent, mais qui ne sont pas des anciens combattants ou des soldats, ont-ils une ligne particulière où ils peuvent appeler, contrairement aux anciens combattants qui ont une ligne téléphonique permettant qu'on leur vienne venir en aide, qu'on leur donne le soutien nécessaire?

•(1725)

[Traduction]

**Mme Anne-Marie Pellerin:** Permettez-moi, monsieur le président, d'intervenir ici pour apporter quelques précisions.

Le service d'assistance d'ACC est ouvert 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, et le numéro 1-800 est accessible aux anciens combattants et aux membres de leur famille. Ces derniers peuvent donc utiliser ce service, où des conseillers sont là pour répondre en cas d'urgence et pour aiguiller les gens vers les services communautaires appropriés. Selon l'urgence de la situation, ils sont aiguillés vers une salle d'urgence ou vers d'autres types de services. Mais, je le répète, le service est accessible à la fois aux anciens combattants et aux membres de leur famille.

[Français]

**Mme Manon Perreault:** Très brièvement, j'aimerais savoir une chose. Cela a-t-il un lien avec le service des 200 aumôniers dont vous avez parlé lors de votre présentation? S'agit-il de deux choses complètement différentes?

**Mme Lina Carrese:** Ce sont deux choses différentes, ce sont deux services différents.

**Mme Manon Perreault:** Je vous remercie.

[Traduction]

**Le président:** Merci beaucoup.

Monsieur Lizon, vous avez quatre minutes.

**M. Wladyslaw Lizon (Mississauga-Est—Cooksville, PCC):** Merci beaucoup, monsieur le président. Je remercie tous les témoins qui comparaissent aujourd'hui, car ils font un travail formidable.

Je vais commencer par poser des questions, car on me dit toujours que mon temps de parole est écoulé. S'il n'en reste pas suffisamment pour que vous puissiez répondre aujourd'hui, nous ferons comme tout à l'heure, nous vous demanderons d'y répondre par écrit.

Ma première question s'adresse à Mme Pellerin, et la seconde, au colonel Bernier.

Madame Pellerin, au début de votre déclaration liminaire, vous avez décrit le processus de gestion de cas et vous avez énoncé six tâches importantes. Il y en a deux qui m'intéressent plus particulièrement: l'engagement et l'établissement de liens, d'une part, et la surveillance et l'évaluation, d'autre part.

Pour ce qui est de la première, des témoins nous ont dit, au cours des déplacements du comité, qu'il était parfois difficile d'établir un climat de confiance car certains anciens combattants ne voulaient parler à personne d'autre qu'à un militaire, en service ou à la retraite. Dans ce genre de situation, qu'est-ce que l'initiative de transformation vous permet de faire aujourd'hui que vous faisiez différemment auparavant?

Colonel Bernier, au cours de votre témoignage de la semaine dernière, vous avez parlé, entre autres, du projet pilote de suivi et de transfert électroniques des dossiers au ministère des Anciens combattants. Ma question est la suivante: ce suivi va-t-il concerner tous ceux qui sont libérés par les Forces canadiennes, et est-ce que vous allez le faire en collaboration avec AAC, afin de garder le contact avec les anciens combattants?

**Le président:** Je vous interromprai à 17 h 30, ce sera automatique, et les témoins nous enverront la suite de la réponse par écrit.

Madame Pellerin, vous avez la parole.

**Mme Anne-Marie Pellerin:** Les six tâches du processus de gestion de cas, notamment l'engagement et l'établissement de liens dès le début du processus et jusqu'à la fin, ne sont pas des tâches nouvelles. Ça fait partie de la gestion de cas depuis longtemps, assurément depuis que nous avons un système de gestion de cas au ministère des Anciens combattants. Cette relation est cruciale.

Ce qui est peut-être un peu différent, c'est que nous collaborons avec nos collègues de la Défense nationale, dans les centres intégrés de soutien du personnel, et que nous établissons un contact avec les soldats avant leur libération. Cette relation s'établit entre le gestionnaire de cas des FC, le gestionnaire de cas d'ACC et la famille du client, pour qu'au moment de la libération du soldat, elle puisse se poursuivre. C'est une relation qu'il est important d'entretenir d'un bout à l'autre du processus de gestion de cas.

**Col Jean-Robert Bernier:** Le projet pilote consiste simplement à faire le suivi des dossiers médicaux de ceux qui ont besoin des services du ministère des Anciens combattants. Autrement dit, il s'agit simplement de la numérisation et du transfert électronique des dossiers médicaux. Ce n'est pas un projet permanent... nous avons un dossier médical électronique pour chaque membre des Forces canadiennes, que nous pouvons consulter n'importe où au Canada ou dans le monde. Mais ça ne fait pas partie de ce projet pilote.

Nous faisons des études. Par exemple, l'an dernier, nous avons fait une étude sur le cancer et la mortalité dans les Forces canadiennes, qui nous a permis de recenser les causes de décès des militaires qui avaient servi entre 1972 et 2006. Maintenant, nous allons examiner de plus près les causes des cancers qui les ont frappés. Nous avons constaté, par exemple — pour en revenir à une question posée tout à l'heure —, que, dans une certaine cohorte d'anciens combattants, le taux de suicide était plus élevé de 1,5 p. 100.

Nous effectuons donc toutes ces recherches pour essayer de mieux comprendre tout ça. Mais le projet pilote dont je vous ai parlé ne porte que sur le suivi, la numérisation et le transfert électronique des

dossiers médicaux des soldats qui sont libérés et qui ont besoin des services du ministère des Anciens combattants.

● (1730)

**Le président:** Merci beaucoup.

Je n'ose pas lui redonner la parole. Il est pratiquement l'heure de lever la séance.

Je tiens à remercier vivement nos témoins, car ils nous ont communiqué beaucoup d'informations. Merci d'être venus.

Nous en avons terminé pour aujourd'hui. Merci beaucoup.

---







**POSTE  MAIL**

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

**Poste-lettre**

**Lettermail**

**1782711  
Ottawa**

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

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

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

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

### SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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