



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent des anciens combattants

ACVA • NUMÉRO 007 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 14 avril 2016

Président

M. Neil Ellis

Comité permanent des anciens combattants

Le jeudi 14 avril 2016

• (1105)

[Traduction]

Le président (M. Neil Ellis (Baie de Quinte, Lib.)): Bonjour à tous. Je déclare la séance ouverte.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement et à la motion adoptée le jeudi 25 février 2016, le Comité reprend son étude de la prestation de services aux anciens combattants.

Aujourd'hui, durant la première heure, nous recevons M. Ferguson, vérificateur général du Canada. Nous accueillons également M. Martire, directeur principal au Bureau du vérificateur général du Canada, et Mme Campbell, directrice au Bureau du vérificateur général du Canada.

Bonjour à vous tous. Je vous remercie d'être ici aujourd'hui.

Vous disposez de 10 minutes.

M. Michael Ferguson (vérificateur général du Canada, Bureau du vérificateur général du Canada): Monsieur le président, je vous remercie de nous donner l'occasion de discuter avec vous de nos travaux d'audit relatifs à l'étude du Comité portant sur la prestation de services aux anciens combattants.

Je suis accompagné du directeur principal, Joe Martire, et de la directrice, Dawn Campbell, responsables des audits d'Anciens Combattants Canada, de la Défense nationale et des Forces armées canadiennes.

À titre d'information pour les nouveaux membres, je vais expliquer brièvement le type d'audit que nous vous présentons aujourd'hui, c'est-à-dire l'audit de performance.

Lors d'un audit de performance, nous déterminons si les programmes gouvernementaux sont gérés de manière à accorder toute l'importance voulue à l'économie, à l'efficacité et aux effets sur l'environnement. Nous examinons également si des moyens sont mis en place pour mesurer l'efficacité des programmes. Or, même si nous formulons des commentaires sur la mise en oeuvre d'une politique précise, nous ne faisons pas de commentaires sur le bien-fondé de la politique elle-même.

Depuis 2012, nous avons réalisé deux audits de performance portant sur certains services et avantages offerts aux vétérans. Anciens Combattants Canada a aussi fait partie d'un troisième audit qui examinait la prestation de services offerts en ligne par des organisations fédérales.

[Français]

À l'automne 2012, nous avons présenté un rapport sur la façon dont la Défense nationale et Anciens Combattants Canada géraient certains programmes, services et avantages pour aider les membres des Forces canadiennes et les vétérans malades ou blessés admissibles à faire la transition vers la vie civile. Nous n'avons pas vérifié si les membres des Forces canadiennes et les vétérans avaient bénéficié de tous les services et prestations auxquels ils

avaient droit. Nous n'avons pas non plus examiné le caractère équitable des services et des avantages offerts par les ministères ou la qualité des traitements et des soins médicaux prodigués.

Il existe de nombreux programmes, avantages et services visant à aider les militaires malades ou blessés à faire la transition vers la vie civile. Toutefois, nous avons constaté que le processus pour comprendre le fonctionnement des programmes et la façon d'y accéder étaient souvent complexes, lents et difficiles.

Le manque d'information claire sur les programmes et les services offerts, la complexité des critères d'admissibilité et la dépendance à l'égard d'un système fondé sur les dossiers papier faisaient partie des difficultés exprimées par les clients et le personnel.

[Traduction]

Nous avons aussi constaté qu'il y avait des incohérences dans la façon dont les cas étaient gérés ainsi que des problèmes de partage de l'information entre les deux ministères. Cela veut dire que les membres des Forces canadiennes et les vétérans ne recevaient pas toujours, en temps opportun, des services et des avantages et parfois même qu'ils n'en recevaient pas du tout.

Nous avons constaté qu'il était nécessaire de renforcer le cadre interministériel de gouvernance mis en place pour coordonner, harmoniser et faire connaître les divers programmes, services et avantages offerts aux membres des Forces canadiennes et aux vétérans malades ou blessés.

La Défense nationale et Anciens Combattants Canada ont accepté nos 15 recommandations, y compris celle proposant de simplifier leurs processus pour améliorer l'accès aux programmes pour les membres des Forces canadiennes et les vétérans malades ou blessés.

Dans notre rapport de l'automne 2014, nous avons examiné les services de santé mentale offerts aux vétérans. En mars 2014, environ 15 000 vétérans étaient admissibles aux services de soutien en santé mentale d'Anciens Combattants Canada par l'entremise du Programme de prestations d'invalidité. La proportion de la clientèle du ministère ayant un trouble de santé mentale et recevant des prestations est passée de moins de 2 % en 2002 à près de 12 % en 2014.

[Français]

Notre audit avait pour objectif de déterminer si Anciens Combattants Canada avait facilité l'accès en temps opportun aux services et aux prestations auxquels ont droit les vétérans aux prises avec une maladie mentale. Nous avons vérifié si les décisions relatives à l'admissibilité avaient été prises par le ministère en temps opportun. Nous n'avons évalué ni le caractère approprié des décisions rendues ni la qualité des soins reçus.

Pour les vétérans admissibles, le ministère assume le coût de divers services en santé mentale que le régime provincial de soins de santé ne couvre pas. Ces services comprennent les soins psychologiques spécialisés, les traitements en établissement et certains médicaments d'ordonnance.

Nous avons constaté qu'Anciens Combattants Canada avait mis en place d'importants services de soutien en santé mentale. Il s'agit notamment de cliniques pour traumatismes liés au stress opérationnel, d'un service téléphonique 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, et du programme Soutien social; blessures de stress opérationnel. Cependant, le ministère n'en faisait pas assez pour faciliter aux vétérans l'accès, en temps opportun, aux prestations et aux services en santé mentale.

Le programme de réadaptation donne accès à des services de soutien en santé mentale aux vétérans qui éprouvent des difficultés à se réinsérer dans la vie civile. Les conditions d'admissibilité à ce programme sont moins contraignantes que celles du programme de prestations d'invalidité. Toutefois, les traitements et les prestations prennent fin lorsque le vétéran termine le programme. Nous avons constaté qu'Anciens Combattants Canada respectait ces normes de services régissant l'accès, en temps opportun, aux services de santé mentale offerts dans le cadre du programme de réadaptation.

[Traduction]

Le Programme de prestations d'invalidité donne accès à des prestations à vie. Pour y être admissibles, les vétérans doivent fournir la preuve qu'ils sont aux prises avec un trouble de santé mentale chronique qui a été causé ou aggravé par le service militaire.

Nous avons constaté que, selon la perspective des vétérans, environ 20 % d'entre eux avaient dû attendre plus de huit mois, à partir du premier contact, pour que le ministère confirme leur admissibilité à des services spécialisés en santé mentale payés par le ministère.

En 2012, nous avons constaté que la complexité du processus de demande, les retards pour obtenir des dossiers médicaux de la Défense nationale et des Forces armées canadiennes, et les longs temps d'attente avant de pouvoir consulter un professionnel en soins de santé mentale dans les cliniques pour traumatismes liés au stress opérationnel continuaient de faire partie des facteurs qui ralentissaient la prise de décisions relatives à l'admissibilité au soutien offert par le Programme de prestations d'invalidité.

En outre, nous avons remarqué que 65 % des vétérans qui ont contesté la décision relative à leur admissibilité aux prestations d'invalidité avaient obtenu une décision favorable. Anciens Combattants Canada savait que la plupart des révisions et des appels favorables étaient fondés sur de nouveaux renseignements ou témoignages. Or, le ministère n'a pas analysé comment le processus pourrait être amélioré afin d'obtenir ces renseignements avant de rendre sa décision à la suite de la première demande.

Monsieur le président, Anciens Combattants Canada a accepté nos recommandations et, après le dépôt de notre rapport, a dressé un plan d'action assorti d'échéances pour la mise en oeuvre, allant de décembre 2014 à mars 2016.

● (1110)

[Français]

Enfin, à l'automne 2013, nous avons déterminé si les services offerts en ligne par certaines organisations fédérales, notamment Anciens Combattants Canada, étaient axés sur les clients et ancrés dans des stratégies de prestation de services qui présentent des

avantages définis et mesurés. Nous n'avons pas audité les normes de service.

Nous avons constaté que le gouvernement avait mis en place des services qui permettaient aux Canadiens d'accéder de façon sécuritaire aux services en ligne offerts par les ministères. Toutefois, il fallait plusieurs étapes pour d'abord créer un compte sécurisé, puis pour s'inscrire à des programmes. Par exemple, un vétéran à la retraite qui veut consulter ses prestations et déclarer ses impôts en ligne doit d'abord créer un compte sécurisé, puis accomplir différentes démarches pour s'inscrire auprès de Ressources humaines et Développement des compétences Canada, d'Anciens Combattants Canada et de l'Agence du revenu du Canada.

Même si cette personne peut accéder immédiatement à son compte d'Anciens Combattants Canada, elle doit compter de 5 à 10 jours avant de recevoir par la poste les codes de sécurité de Service Canada et de l'ARC.

[Traduction]

Monsieur le président, nous espérons que les constatations contenues dans ces rapports d'audit seront utiles à l'étude menée par le Comité. Je dois toutefois préciser que nous n'avons pas effectué d'autres travaux d'audit depuis le dépôt de nos rapports au Parlement. Nous ne pouvons donc pas formuler de commentaires sur les progrès accomplis par les ministères depuis. Nous encourageons votre comité à demander aux responsables des ministères de l'information sur l'état d'avancement de la mise en oeuvre de nos recommandations.

En dernier lieu, le Comité serait peut-être intéressé d'apprendre que le 3 mai, nous déposerons un rapport au Parlement sur le programme de prestations pharmaceutiques offert par Anciens Combattants Canada.

Voilà qui conclut ma déclaration d'ouverture. Nous serons heureux de répondre aux questions des membres du Comité.

Merci.

Le président: Je vous remercie.

La parole est d'abord à M. Kitchen pour six minutes.

M. Robert Kitchen (Souris—Moose Mountain, PCC): Je vous remercie, monsieur le président.

Je vous remercie, monsieur Ferguson, d'être avec nous aujourd'hui. J'espère que vous serez indulgent à mon égard, car lorsque j'entends le terme « vérificateur », je pense toujours à l'aspect financier. Je vais essayer de faire en sorte que mes questions n'aient pas tendance à porter sur l'aspect financier.

Vous avez recommandé notamment que le ministère mette à jour sa stratégie de sensibilisation pour y inclure les médecins de famille. Auriez-vous des commentaires à formuler au sujet de l'organisation d'ateliers avec les médecins de famille et les omnipraticiens afin de transmettre l'information aux praticiens? Je présume que ce genre de service serait offert partout au pays.

Outre les médecins de famille, d'autres praticiens s'occupent des anciens combattants. Il y a des chiropraticiens, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des thérapeutes. Est-ce que cette recommandation implique que ces ateliers s'adressent également à ces praticiens pour qu'ils puissent obtenir l'information nécessaire pour aider les anciens combattants?

M. Michael Ferguson: Je vais demander à Mme Campbell de fournir des détails, mais je vais d'abord expliquer que, fondamentalement, nous devons comprendre que le ministère s'est rendu compte qu'il devait faire de la sensibilisation et qu'il devait communiquer avec les membres de la famille et d'autres intervenants afin de pouvoir déterminer quels vétérans étaient aux prises avec un problème de santé mentale. Je crois que nous avons déterminé qu'il devait mieux évaluer l'efficacité de ces activités de sensibilisation. Il devait également s'interroger sur le type de personnes auprès desquelles il devait faire la sensibilisation.

Je vais demander à Mme Campbell d'en dire un peu plus long.

Mme Dawn Campbell (directrice, Bureau du vérificateur général du Canada): Au paragraphe 3.52 du rapport sur la santé mentale, nous précisons que la raison pour laquelle nous mettons l'accent sur les médecins de famille... je vais vous lire une phrase qui est très pertinente :

Selon la Commission de la santé mentale du Canada, « la population est plus susceptible de consulter un médecin de famille en raison d'un trouble mental ou d'une maladie mentale que tout autre professionnel de la santé. »

Cela ne signifie pas que les autres professionnels ne sont pas importants. Je crois probablement...

• (1115)

M. Robert Kitchen: Non, je comprends, mais souvent, particulièrement dans les collectivités rurales, le médecin de famille n'est peut-être pas la première personne qu'ils peuvent consulter. En tant que chiropraticien qui a traité de nombreux anciens combattants au fil des ans, j'ai souvent reçu dans ma clinique des vétérans qui avaient des problèmes physiques, mais ils me parlaient souvent de certaines choses qui m'étaient utiles en tant que praticien, car j'étais peut-être le seul professionnel qu'ils pouvaient consulter.

À une époque, à Estevan, en Saskatchewan, il y avait cinq médecins, alors je m'occupais de problèmes d'ordre médical qui ne relevaient pas de mon domaine de compétence, mais les gens s'adressaient à moi parce que je pouvais les aider.

Dans de nombreuses collectivités rurales, les praticiens, qu'ils soient ergothérapeutes ou physiothérapeutes, possèdent cette expérience et une formation qu'ils peuvent mettre à profit. S'ils bénéficiaient aussi des activités de sensibilisation, cela serait très profitable pour nos anciens combattants puisqu'ils pourraient peut-être leur venir en aide.

Je me demande si cela a fait l'objet de discussions ou si c'est quelque chose qui pourrait être examiné.

M. Michael Ferguson: Monsieur le président, je crois encore là que c'est une très bonne discussion à avoir avec le ministère.

Nous nous sommes intéressés principalement à leur approche concernant la sensibilisation des intervenants, qui s'adressait surtout aux membres de la famille et aux gens très proches des anciens combattants. Évidemment, il est extrêmement important que les membres de la famille soient en mesure de reconnaître les signes de maladie mentale.

Nous avons ensuite déterminé qu'il faudrait mettre davantage l'accent sur les médecins de famille, car comme Mme Campbell l'a mentionné, les médecins de famille deviennent souvent des confidentiels.

Nous n'avons pas poussé l'exercice plus loin en désignant d'autres types d'intervenants, mais je crois que votre question pourrait certainement être posée au ministère, à savoir comment on détermine qui, parmi les personnes qui sont en contact avec les anciens

combattants, est en position de reconnaître les signes de maladie mentale et d'aiguiller ceux qui en ont besoin.

M. Robert Kitchen: Je suis d'accord, merci. Nous devons pousser la réflexion plus loin, car dans les régions qui n'offrent pas ces services, il y a tout de même des gens qualifiés qui sont en mesure d'aider.

Selon le plan d'action sur la santé mentale d'AAC, on prévoyait ouvrir de nouvelles cliniques de traitement des blessures de stress opérationnel. Savez-vous combien de ces cliniques ont été ouvertes?

M. Michael Ferguson: Encore une fois, cela ne faisait pas partie de notre vérification. Je crois que le ministère serait mieux placé pour vous répondre.

Nous nous sommes penchés sur leur fonctionnement pendant la période visée; nous n'avons pas cherché à savoir si d'autres cliniques avaient été ouvertes.

M. Robert Kitchen: Merci.

Ce qui ressort des discussions que nous avons eues au cours des derniers mois, c'est que lorsqu'il est question de blessures, on pense surtout à un membre de l'artillerie, par exemple, qui souffre de problèmes auditifs, ou encore à un parachutiste dont les genoux ont subi trop de chocs et qui est aux prises avec des blessures orthopédiques chroniques, aux genoux ou aux disques lombaires, ou bien à un cavalier qui se blesse au dos à force de sauter des véhicules blindés.

Le président: Désolé, votre temps est écoulé.

M. Bratina est notre prochain intervenant.

M. Bob Bratina (Hamilton-Est—Stoney Creek, Lib.): Merci.

Je crois que je vais poursuivre dans la même veine. Pour 65 % des cas d'anciens combattants qui ont contesté le refus de leur demande d'admissibilité, le ministère savait que les contestations qui avaient le plus de chance de réussir étaient celles qui s'appuyaient sur de nouveaux faits ou témoignages. Est-ce que ces nouveaux faits pourraient en réalité être des faits antérieurs, comme M. Kitchen l'indiquait? Par exemple, mes genoux sont mal en point parce que j'ai fait 400 sauts en parachute. Cette information ne figurait peut-être pas dans la demande initialement rejetée.

Est-ce que vous êtes satisfait des mesures prises à cet égard? Si je ne me trompe pas, cette remarque est tirée de votre rapport de 2012? Avez-vous fait un suivi là-dessus?

M. Michael Ferguson: La référence aux 65 % est en fait tirée du rapport de 2014 sur la santé mentale, mais cela ne fait rien, puisque c'est fondamentalement le même enjeu.

Le problème que nous avons soulevé est que lorsqu'une personne se voit refuser l'accès à des services prolongés de soins en santé mentale, elle conteste la décision puis finit par obtenir gain de cause. C'est parce que quelque part dans le processus d'appel, de nouveaux faits ont été présentés. Mais vous avez raison, il se peut très bien qu'il ne s'agisse pas vraiment de faits nouveaux, mais de faits qui n'avaient pas été examinés lors de la première évaluation.

Au fond, il faut se demander pourquoi 65 % des appels permettent d'avoir gain de cause. S'il y a une leçon à tirer de cela, c'est que si les gens avaient soumis ces informations dès le début, leur demande aurait été approuvée et ils n'auraient pas eu à porter la décision en appel.

C'est le problème qu'on soulève ici. Le ministère doit pouvoir comprendre pourquoi certains appels sont rejetés et revoir son processus initial de façon à ce qu'il soit plus efficace pour les anciens combattants qui cherchent à obtenir des services.

● (1120)

M. Bob Bratina: Souvent, quand on appelle quelque part, on entend « À des fins de contrôle de la qualité, cet appel peut être enregistré. » Ce qui m'inquiète, c'est que ce sont souvent des cas d'épuisement professionnel, alors je me demandais si vous aviez vérifié directement les appels reçus ou... De quelle façon avez-vous procédé pour analyser la façon dont le personnel traite avec les anciens combattants?

M. Michael Ferguson: Nous n'avons pas vérifié les interactions individuelles en tant que telles, mais plutôt le délai de traitement. Au départ, nous voulions savoir combien de temps s'écoulait entre le moment où une demande était soumise et celui où une première décision était rendue.

En fait, le ministère avait établi une norme déterminant le temps qu'il pourrait prendre pour rendre une première décision, à partir du moment où la demande est soumise. Cependant, nous avons constaté que cette norme ne tenait pas compte du temps qu'il fallait aux anciens combattants pour remplir la demande en premier lieu. Nous avons vu que la demande était complexe et qu'il était difficile pour les anciens combattants de la remplir.

Donc, le ministère, en mesurant le temps écoulé entre le moment où la demande est déposée et celui où la décision est rendue, pourrait très bien affirmer qu'il respecte la norme établie, mais l'ancien combattant n'en est pas moins contrarié, car il a dû consacrer bien du temps à la préparation de la demande. C'est le problème que nous voulons soulever.

Le président: Madame Lockhart.

Mme Alaina Lockhart (Fundy Royal, Lib.): Merci, et c'est justement de cela dont je voulais parler.

Premièrement, j'ai apprécié ma lecture du rapport. Cela m'a permis de voir des analyses approfondies concernant les nombreuses anecdotes que les anciens combattants m'ont racontées. Alors je vous en remercie.

Donc, au cours de cette période, sachant qu'il faut attendre jusqu'à 32 semaines avant qu'une décision, favorable ou non, soit rendue, est-ce que la personne qui en fait la demande reçoit des services intérimaires en santé mentale? Dans l'intermédiaire, y a-t-il un filet de sécurité pour ces personnes?

M. Michael Ferguson: Je suis heureux que vous ayez posé la question, car pour cette période, c'est le programme des prestations d'invalidité qui s'applique, soit l'accès à des services prolongés. Il y a également le programme de réadaptation, qui offre des services de courte durée et pour lequel une décision doit être rendue dans les deux semaines, si je ne me trompe pas.

Je ne sais pas si Mme Campbell veut ajouter quelque chose.

Mme Dawn Campbell: Bien sûr. Merci, monsieur Ferguson.

De plus, le ministère offre d'autres services, comme la ligne d'aide qui est en fonction 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, et qui est en fait administrée par Santé Canada. Il y a un programme de SSBSO, c'est-

à-dire de soutien social aux blessés de stress opérationnel. Et il y en a d'autres. Généralement, les gestionnaires de cas s'occupent de ceux qui ont été jugés admissibles à l'un de ces programmes, comme M. Ferguson le mentionnait.

Mme Alaina Lockhart: Dites-moi, est-ce qu'une personne libérée pour des raisons de santé mentale est automatiquement admissible à certains de ces programmes, ou doit-elle reprendre le processus du début?

● (1125)

Mme Dawn Campbell: Tous les programmes dont nous avons parlé ont des critères d'admissibilité à respecter. C'est vrai pour le programme de prestations d'invalidité et pour le programme de réadaptation. Pour le programme de réadaptation, les critères d'admissibilité ne sont pas aussi exigeants.

Le président: Madame Mathysen.

Mme Irene Mathysen (London—Fanshawe, NPD): Merci beaucoup.

Merci, monsieur le vérificateur, pour votre rapport. C'est du travail rigoureux qui nous sera certainement très utile.

J'ai quelques questions à vous poser, et j'aimerais revenir au Tribunal des anciens combattants (révision et appel). Vous avez dit que moins d'appels avaient été accueillis favorablement en 2015-2016 que l'année précédente. J'en ai déduit que la qualité des interactions entre les gestionnaires de cas d'ACC et les anciens combattants s'était légèrement améliorée. Il n'y avait pas autant de raisons de renverser les décisions du ministère. Est-ce bien cela?

Diriez-vous que les interactions entre les anciens combattants et ACC sont meilleures qu'elles étaient? Avez-vous été en mesure de le constater?

M. Michael Ferguson: Ce n'était pas du tout la nature de notre vérification. Nous nous sommes plutôt intéressés au processus d'appel, c'est-à-dire comment le ministère corrige le tir quand une de ses décisions est renversée afin d'améliorer le processus initial. Nous n'avons pas étudié la situation sous l'angle que vous avancez.

Mme Irene Mathysen: Peut-on conclure que le ministère a appris le moins de ses erreurs? Êtes-vous plus optimiste à l'égard de ce processus?

M. Michael Ferguson: Nous sommes optimistes, en ce sens que le ministère a pris toutes nos observations et recommandations très au sérieux. Lorsque nous avons présenté les résultats de nos vérifications à ses représentants et que nous en avons discuté avec eux, ils ont compris qu'ils devaient prendre des mesures correctives et changer leur façon d'administrer le programme.

Pour ce qui est de cette vérification, nous avons souligné la nécessité d'améliorer le processus de rétroaction afin de tirer des leçons des décisions d'appel, pour que le processus de demande initial soit plus efficace.

Mme Irene Mathysen: Ce qui m'inquiète entre autres à propos du processus d'appel, c'est le stress qu'il fait vivre aux anciens combattants. Lorsqu'ils se présentent devant le Tribunal des anciens combattants (révision et appel), ils doivent répondre à une foule de questions et c'est un exercice qui peut s'avérer assez intimidant. Je suis donc contente que vous vous y soyez intéressés et que vous ayez offert ces recommandations.

Dans la lettre que vous avez fait parvenir à notre président en février, vous avez indiqué que le ministère avait élaboré une stratégie en matière de santé mentale pour les anciens combattants, mais qu'il n'avait pas adopté de mesures de rendement.

Pourriez-vous nous expliquer pourquoi ces mesures sont si importantes? Qu'est-ce qu'elles permettent de faire? Pourquoi ACC devrait-il adopter de telles mesures?

M. Michael Ferguson: Qu'il s'agisse de ce programme à Anciens Combattants Canada ou d'un autre, les mesures de rendement sont importantes pour comprendre si on obtient ou non les résultats attendus. Il est primordial d'avoir un moyen de savoir si le programme remplit ses promesses.

Dans ce cas précis, ce qui posait problème, c'est que le ministère avait une mesure de rendement relative au délai de traitement de la demande. Il atteignait presque la cible fixée, mais ne mesurait qu'une partie du processus. Il ne tenait pas compte du reste, y compris le processus d'appel et le temps nécessaire pour remplir une demande.

Ce n'est pas simple d'établir des mesures de rendement qui englobent l'ensemble des résultats attendus d'un programme, mais c'est réellement ce qu'il faut faire. Il s'agit de déterminer si le programme produit les résultats escomptés. C'est bon de mesurer chacune des activités, mais ces activités doivent d'une manière ou d'une autre être chapeautées par une mesure globale qui indiquera si le programme remplit ses promesses.

• (1130)

Mme Irene Mathysen: On a affaire à des êtres humains, évidemment, et notre objectif est de leur accorder le traitement le plus équitable qui soit. Merci.

Le président: Merci.

Monsieur Eyolfson.

M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.): Merci pour votre exposé. C'était très intéressant et enrichissant.

J'aimerais revenir rapidement à une question qui a été posée tout à l'heure concernant la période d'attente. Il a été question de services intermédiaires. Je peux vous dire que d'après mon expérience professionnelle de la pratique médicale, un des services intermédiaires auxquels les gens finissent par recourir, parce qu'ils n'ont nulle part d'autre où aller, ce sont les unités d'urgence. D'abord parce qu'ils sont nombreux à ne pas avoir de médecin de famille, ou encore parce qu'ils se retrouvent en situation de crise à des heures où il n'est pas possible d'aller ailleurs.

A-t-on envisagé de mettre en place un programme de sensibilisation ou de donner des ressources aux unités d'urgence hospitalières pour qu'elles puissent accéder aux dossiers rapidement? Ou encore, à l'urgence, on pourrait guider ces personnes vers les services appropriés ou signaler aux intervenants concernés que la situation est pressante.

M. Michael Ferguson: Ce serait au ministère de répondre à ces questions concernant la conception globale du programme, mais je crois que vous soulevez un point qui rejoint ce qui a été dit plus tôt. Tout nous ramène à la sensibilisation, n'est-ce pas?

Le ministère doit s'assurer de dresser la liste complète de tous les endroits et de tous les intervenants auxquels font appel les anciens combattants aux prises avec des problèmes de santé mentale. Ensuite, il s'agit de voir si ces intervenants savent comment traiter avec eux, mais aussi de faire en sorte que le ministère soit tenu au courant des dossiers. Comme vous le disiez, de là à prétendre que

quelqu'un... Comme Mme Campbell le mentionnait, le ministère offre d'autres services — la ligne d'aide, les efforts de sensibilisation et les autres initiatives en ce sens —, mais il devrait vraiment expliquer clairement comment tous ces programmes s'imbriquent les uns dans les autres, comment il s'y prend pour sensibiliser les différents intervenants et les personnes concernées par l'ensemble de ces mesures, et comment il se garde informé de l'état des anciens combattants auprès des personnes qui traitent avec eux.

Mais je le répète, je pense que le ministère serait mieux placé pour expliquer ses différents points de contact.

M. Doug Eyolfson: Merci.

Je suis abasourdi par le fait qu'une personne qui demande des prestations d'invalidité doit d'abord suivre tout le processus de demande et soumettre toutes sortes de documents, qui devraient tous être facilement accessibles par l'entremise du ministère de la Défense nationale. Puisqu'autant de gens qui portent la décision en appel ont gain de cause, on peut en déduire que les demandeurs illégitimes ne sont pas légion. Alors, ce processus complexe qui exige de multiples pièces justificatives me donne l'impression que les demandeurs sont considérés comme des menteurs jusqu'à preuve du contraire.

Sachant qu'un aussi grand nombre d'appels sont accueillis favorablement, ne devrions-nous pas adopter une politique qui s'appuierait plutôt sur la présomption que les demandes sont légitimes jusqu'à ce que le ministère ne prouve le contraire?

M. Michael Ferguson: Je pense encore là que le ministère doit expliquer l'approche qu'il adopte pour chaque demande reçue. Mais vous avez mentionné des éléments importants, notamment l'échange d'information entre la Défense nationale et Anciens Combattants, qui ne se fait pas de manière opportune. Nous l'avons signalé dans nos deux vérifications, soit celle sur la transition à la vie civile du personnel militaire malade ou blessé, et celle sur les services en matière de santé mentale. Il faut trouver un moyen de s'assurer que l'information est bien transmise.

Nous avons aussi constaté, dans le cadre de notre vérification sur la transition à la vie civile du personnel militaire malade ou blessé, que la base de données sur la réadaptation d'Anciens Combattants — et il faut se rappeler que c'était en 2012 — contenait des erreurs importantes sur les données transférées. Si on se fie à une base de données truffée d'erreurs, cela va se répercuter sur le reste du processus qui sert à déterminer si la personne est admissible aux programmes ou non.

Afin d'améliorer la prestation de ces services, il est assurément primordial de faire en sorte que les renseignements sont transmis rapidement, mais aussi de veiller à ce que les données transmises soient exactes, grâce à différentes mesures de contrôle de la qualité.

•(1135)

M. Doug Eyolfson: Un des problèmes signalés dans le rapport est les longs délais pour obtenir une consultation avec un professionnel de la santé mentale. Je sais que c'est probablement parce qu'il y a peu de ressources de ce côté. Sait-on pourquoi nous n'arrivons pas à inciter plus de professionnels de la santé mentale à participer à ces programmes?

M. Michael Ferguson: La réponse simple à votre question serait que cela ne faisait pas partie de notre vérification. Nous ne nous sommes pas penchés sur la question.

Le président: Merci.

Madame Romanado, c'est à vous.

Mme Sherry Romanado (Longueuil—Charles-LeMoyne, Lib.): Merci.

J'ai quelques questions à vous poser. Une des recommandations formulées était de consigner de manière plus systématique les raisons justifiant l'annulation des décisions. Rien n'indique que de la formation a été offerte pour veiller à ce que les décisions qui auraient dû être approuvées soient... Les gens apprennent des erreurs du passé. Je veux savoir si vous avez été en mesure de constater que de la formation avait été donnée à cet égard. Si oui, pourriez-vous nous en parler?

J'aurais aussi une autre question à vous poser par rapport à cela.

M. Michael Ferguson: Nous cherchions surtout à savoir si l'information était consignée quelque part. Je vais demander à Mme Campbell de répondre à votre question sur la formation.

Cela n'a pas été fait dans le cadre de cette vérification, mais nous avons aussi publié un rapport récemment sur les prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada et l'accès à ces prestations. Nos constatations ont été sensiblement les mêmes. Les ministères qui ont un processus d'adjudication et d'appel devraient prévoir des mécanismes leur permettant d'apprendre de leurs erreurs. Ce serait très important.

Je demanderais à Mme Campbell si elle a quelque chose à ajouter là-dessus.

Mme Dawn Campbell: Non, nous n'avons pas examiné ce point précis.

Mme Sherry Romanado: Pour ce qui est de l'intégrité des données à laquelle vous avez fait référence concernant le transfert des dossiers du MDN à ACC, s'agissait-il d'erreurs humaines ou d'erreurs informatiques?

M. Joe Martire (directeur principal, Bureau du vérificateur général du Canada): Comme cela a été dit, il est très important que l'information soit transmise rapidement, mais aussi de façon fiable et précise.

En 2012, la plupart des dossiers transférés étaient préparés manuellement. On parlait d'un projet de transfert de données électroniques, mais je ne sais pas exactement où on en est avec cela. Mais le type d'erreurs relevées allaient de la date de libération au type d'ancien combattant. S'agissait-il d'un membre des Forces canadiennes, d'un réserviste? Ce genre de données influent sur l'admissibilité des demandeurs aux programmes. Il était aussi question du service dans un service spécial. Encore là, cela peut permettre à quelqu'un d'obtenir certaines prestations.

Nous avons constaté que 24 % des données relatives au service étaient erronées dans la base de données en 2012.

Mme Sherry Romanado: Vous ne pourrez peut-être pas répondre à ma question, mais je suis curieuse de le savoir.

Est-ce que le salaire des employés est calculé selon leur rendement? Savez-vous si c'est le cas?

M. Michael Ferguson: Parlez-vous du ministère des Anciens Combattants?

Mme Sherry Romanado: Oui.

M. Michael Ferguson: Je crois que c'est au ministère de vous répondre. Je ne le sais pas.

Mme Sherry Romanado: D'accord.

Pour ce qui est du transfert des données du MDN à ACC, est-ce que vous recommanderiez la mise en place d'un guichet unique, plutôt que de demander aux militaires de remplir tous ces formulaires, afin de que le MDN transfère tout cela à un autre ministère? Ne serait-il pas plus sensé que l'agent chargé du dossier du membre en service demeure le point de contact une fois que ce dernier devient un ancien combattant? Cela permettrait d'assurer la continuité des services. On semble se dire « ce n'est plus mon problème, c'est un ancien combattant », ou encore « ce n'est pas à nous, c'est encore un membre actif ».

On dirait qu'on se lance la balle, alors j'essaie de comprendre comment on pourrait remédier à cela.

•(1140)

M. Michael Ferguson: Dans le rapport du vérificateur général de 2012 sur la transition des militaires malades ou blessés, nous avons recommandé que la Défense nationale, ou MDN, et les Forces canadiennes, ou FC, de même qu'Anciens Combattants Canada, ou ACC, s'assurent que leurs bases de données renferment des renseignements fiables, et que les processus des FC et d'ACC sont gérés de façon à assurer le partage efficient et en temps opportun de l'information autorisée. Voilà ce qu'on retrouve au paragraphe 4.28 du rapport, qui est suivi de la réponse de chaque ministère.

Nous reconnaissons qu'il faut beaucoup de temps pour essayer de mettre en place, à partir de zéro, un système complet qui engloberait tous les éléments. Cela dit, les ministères doivent tout de même trouver des façons de transmettre des renseignements justes en temps opportun. Si l'information doit être saisie de nouveau dans un autre système, les ministères doivent avoir un moyen de vérifier que c'est fait adéquatement.

Nous leur avons bel et bien recommandé d'assurer une telle communication efficace des renseignements.

Mme Sherry Romanado: Pour ce qui est de l'intégrité des données dont vous parliez, l'échange des renseignements nous pose problème. En fait, c'est l'information existante qui nous dérange. Comme on dit, les systèmes informatiques ne sont efficaces que dans la mesure où les informations qu'ils reçoivent sont exactes et fiables. Qui en est responsable? Comment se fait-il que le problème soit récurrent?

M. Joe Martire: Je vous remercie de votre question.

Dans le chapitre du rapport de 2012 qui portait sur la transition, nous avons aussi examiné le processus de gouvernance entre les deux ministères pour vérifier si l'information sur les prestations et les programmes était coordonnée, harmonisée et échangée.

Comme il est mentionné au paragraphe 4.69 du rapport, nous avons décelé des lacunes entre certains hauts dirigeants du comité directeur. Ceux-ci avaient pour mandat de corriger les problèmes que vous mentionnez, y compris en ce qui a trait au partage de l'information. Nous avons toutefois constaté que malgré ces priorités, ils ne vérifiaient pas vraiment si les objectifs étaient atteints ni si des échéanciers pour leur réalisation étaient prévus. Il y avait donc des lacunes.

La bonne nouvelle, c'est qu'il y avait bel et bien un mécanisme de coordination et d'harmonisation; en revanche, il n'y avait aucune surveillance, et la procédure présentait des lacunes.

Le président: Merci.

Monsieur Clarke.

[Français]

M. Alupa Clarke (Beauport—Limoilou, PCC): Merci, monsieur le président.

Monsieur le vérificateur général, madame Campbell et monsieur Martire, bienvenue au Comité. Je suis content de vous voir ici aujourd'hui.

Je vais faire un préambule à ma première question.

J'aimerais revenir sur ce que mon collègue M. Eyolfson a souligné plus tôt. Il avait le sentiment qu'on considérait d'emblée que les individus qui soumettaient des demandes faisaient un peu semblant, puisqu'ils devaient prouver leur histoire s'ils voulaient recevoir des services, des prestations ou des allocations particulières d'Anciens Combattants Canada.

Monsieur le vérificateur général, les membres des forces armées subissent une pression extrême tous les jours. C'est un milieu où l'on doit constamment faire ses preuves auprès de ses pairs et de ses supérieurs. En un sens, c'est tout à fait normal, puisque le gouvernement demande aux Forces armées canadiennes d'accomplir des missions malgré des ressources parfois défaillantes. De plus, les officiers supérieurs de l'armée doivent demander à leurs membres de répondre à cette demande.

Voici ce que, à mon avis, les militaires trouvent difficile. La culture selon laquelle les militaires doivent continuellement faire leurs preuves se perpétue, en quelque sorte, lorsqu'ils font affaire avec le ministère des Anciens Combattants. Ils doivent notamment faire des recherches pour avoir accès à leurs documents afin de prouver qu'ils ont bel et bien une blessure liée à leur service. Je ne sais pas si c'est vrai, mais d'après ce qu'on m'a dit, aux États-Unis, le fardeau de la preuve relève du ministère des anciens combattants, et non de l'ancien combattant lui-même. M. Eyolfson en a d'ailleurs parlé plus tôt.

Ma question est simple. Dans votre audit, avez-vous pris connaissance du système du fardeau de la preuve aux États-Unis? Si c'est le cas, qu'est-ce que vous avez découvert? Si vous n'en avez pas pris connaissance, que pensez-vous, dans l'immédiat, du fardeau de la preuve?

• (1145)

M. Michael Ferguson: Premièrement, j'aimerais souligner que notre audit porte sur la façon dont le ministère traite les demandes de services. Il porte uniquement sur la façon dont le ministère s'acquitte de ses tâches à cet égard. Notre audit ne s'est pas penché sur ce que font d'autres pays.

De façon générale, je pense que le fardeau de la preuve est difficile pour ces membres. Il est particulièrement important dans le domaine de la santé mentale, comme le démontre l'audit. Il est

difficile pour un membre des forces armées de dire qu'il a une difficulté de cet ordre et de demander de l'aide. C'est un obstacle qui existe dans le programme en général.

Il faut que le vétéran commence par décider qu'il a besoin d'aide. Après, il doit préparer sa demande comme il se doit et peut-être faire une demande d'appel en cas de refus. C'est un aspect culturel de ce type de programme.

M. Alupa Clarke: Je vous remercie.

Au fait, si jamais vous avez l'occasion de faire une étude prochainement sur les services d'Anciens Combattants Canada, je vous recommande fortement de vous pencher sur la façon dont les choses fonctionnent aux États-Unis en ce qui a trait au fardeau de la preuve. Ce dernier est en effet assumé par le ministère américain responsable des anciens combattants, et non par les vétérans eux-mêmes. Pour ma part, j'aimerais beaucoup voir les résultats de cette étude.

Dans votre audit, vous avez fait une recommandation concernant le service d'assistance téléphonique en santé mentale. Cette recommandation a d'ailleurs été suivie.

Avez-vous considéré l'option d'avoir une ligne d'assistance téléphonique pour la prévention du suicide? Il y en a une également aux États-Unis.

De très nombreux vétérans m'ont dit que la ligne destinée à la santé mentale était bien, mais qu'en situation de crise extrême, ils voudraient pouvoir appeler à un endroit où des experts gèreraient leur situation, de sorte qu'ils n'en arrivent pas à se suicider.

M. Michael Ferguson: Je pense que c'est une autre question que le ministère devra considérer. Pendant cet audit, nous avons déterminé les divers types de services qui existaient, notamment le service d'assistance téléphonique. Toutefois, c'est le ministère qui devra décider si certains types de services destinés aux vétérans doivent être mis en vigueur. Ce n'est pas un sujet qui était couvert par cet audit.

M. Alupa Clarke: Vous avez dit qu'il était plus facile d'avoir accès au Programme de réadaptation qu'au Programme de prestations d'invalidité. Pensez-vous que c'est une question d'argent?

De toute évidence, les prestations d'invalidité demandent beaucoup plus de ressources financières. Pensez-vous, par conséquent, que cela peut expliquer la différence entre les deux, pour ce qui est de l'admissibilité?

Mme Dawn Campbell: Les exigences ne sont pas les mêmes pour les deux programmes. En ce qui concerne le Programme de réadaptation, il s'agit vraiment d'un problème temporaire.

[Traduction]

L'incapacité doit être plus permanente pour qu'une personne soit admissible au programme de prestations d'invalidité.

Le président: Monsieur Fraser.

[Français]

M. Colin Fraser (Nova-Ouest, Lib.): Je vous remercie d'être venus nous rencontrer aujourd'hui et de nous avoir livré votre présentation.

[Traduction]

J'aimerais vous poser des questions sur le Tribunal des anciens combattants, révision et appel, ou TACRA. Je sais que vous recommandiez notamment qu'ACC collabore avec le TACRA dans un certain nombre de dossiers. Je me demandais si vous pouviez me parler des délais que vous auriez remarqués avant le début d'une audience du TACRA, et me dire s'il y a un délai avant qu'un jugement ne soit rendu.

Mme Dawn Campbell: Je vais répondre à votre question. Pour ce qui est de la durée du processus, nous examinons vraiment la procédure dans son ensemble. Nous avons pris du recul pour nous pencher sur la situation de chaque ancien combattant qui a obtenu une décision favorable. Combien de temps s'est écoulé? Y a-t-il un volet qui a été repris par le tribunal quant au processus de révision et d'appel? Nous ne nous sommes pas vraiment attardés aux rouages ou aux sous-composantes de la procédure, mais plutôt au temps additionnel nécessaire de façon générale.

•(1150)

M. Colin Fraser: Bien, merci.

Pour ce qui est de la stratégie de sensibilisation, vous êtes-vous demandé s'il fallait peut-être des activités de sensibilisation différentes dans les grands centres ou dans les secteurs ruraux, où ACC devait tenter de mobiliser les anciens combattants qui n'ont pas accès aux services offerts dans les grands centres ou à proximité des centres de services?

M. Michael Ferguson: Je vous invite à consulter notre conclusion générale à ce sujet qui se trouve au paragraphe 3.50 de notre rapport sur les services de santé mentale pour les vétérans : « Dans l'ensemble, nous avons constaté que la Stratégie en matière de santé mentale du Ministère était trop sommaire. » Nous n'avons pas poussé l'analyse jusqu'aux enjeux ruraux et urbains, par exemple, mais nous avons l'impression que la stratégie devait aller plus loin notamment pour joindre les médecins de famille et les familles des vétérans. Le ministère pouvait encore en faire plus. Les éléments dont vous parlez sont peut-être d'autres volets que le ministère a envisagés ou devrait envisager. Le ministère devra se pencher sur la question, mais essentiellement, nous avons l'impression que sa stratégie n'était pas complète.

M. Colin Fraser: Bien. En réponse à une des recommandations — je pense que c'était la sixième —, ACC s'engageait à améliorer le portail Mon dossier ACC. Ce portail était-il en place au moment de votre vérification? Dans l'affirmative, avez-vous vérifié quels services y sont offerts?

M. Michael Ferguson: Je pense que c'était notre recommandation relative à la stratégie en matière de santé mentale. Le ministère a dit qu'il allait utiliser des outils en ligne comme le portail Mon dossier ACC, et qu'il allait continuer à investir dans l'environnement en ligne pour aider les anciens combattants et leur famille à trouver l'information rapidement et facilement. Dans le cadre du budget de 2014, le gouvernement canadien avait prévu 2,1 millions de dollars pour améliorer davantage Mon dossier ACC.

Voilà la réponse que nous avons obtenue après notre vérification. Le ministère dit avoir reçu d'autres fonds pour l'outil, mais j'ignore ce qui s'est passé depuis, étant donné que nous n'avons pas vérifié. Le ministère s'est engagé à améliorer Mon dossier ACC, et il avait prévu 2,1 millions de dollars à cette fin.

M. Colin Fraser: Je pense que vous avez parlé de ce qui suit dans vos remarques. Compte tenu de la complexité des programmes d'aide, des prestations et des services offerts à ceux qui passent à la

vie civile, et du fait que le gouvernement s'engage maintenant à réduire le nombre d'anciens combattants à 25 par agent chargé du traitement de cas, croyez-vous qu'une telle mesure contribuerait à composer avec la complexité de ces programmes d'aide, ces prestations et ces services qui posent problème, selon vous?

M. Michael Ferguson: Dans le cadre de nos vérifications, nous cherchons toujours un moyen de mesurer les résultats et le rendement. La question se rapporte à la modification des intrants et des ressources allouées à un programme. On s'attend normalement à obtenir de meilleurs résultats en consacrant plus de ressources à un programme, mais ce n'est pas nécessairement toujours le cas. Dès qu'on apporte une telle modification, qu'on s'engage à faire autre chose, ou qu'on investit davantage dans un programme, il est selon moi important d'avoir un moyen efficace d'évaluer si la mesure donne le résultat voulu.

Je suis d'avis que toute augmentation des ressources doit être associée à une mesure du rendement pour savoir si l'argent a l'effet escompté.

M. Colin Fraser: Merci.

Je n'ai pas d'autres questions, monsieur le président.

Le président: Merci.

Madame Wagantall.

Mme Cathay Wagantall (Yorkton—Melville, PCC): Merci.

Je vous remercie infiniment d'être ici aujourd'hui.

Lorsque j'examine votre rapport de 2014 de même que le 12^e point de votre mémoire, je constate que vous mettez l'accent sur l'accès en temps opportun ainsi que la prise de décisions en temps opportun. Vous dites que vous n'avez pas évalué le caractère approprié des décisions rendues ni la qualité des soins reçus. C'est sur une page de vos remarques de ce matin.

La grande question qui se pose consiste à savoir s'il serait bien, d'après vous, que notre Comité recommande que les éléments que vous n'aviez pas examinés fassent l'objet d'une vérification.

Étant donné qu'aucun membre de ma famille n'est dans l'armée, je commence à comprendre la culture et la réalité du milieu lorsque je regarde le mandat, qui vise à améliorer la continuité des services entre le MDN et ACC. La situation ressemble beaucoup à celle des athlètes professionnels, d'une certaine façon, qui doivent représenter l'équipe et travailler en équipe malgré les circonstances.

Je pense que c'est bien souvent pour cette raison que certains attendent autant avant de demander de l'aide pour leur trouble mental, ou bien qu'ils prennent aussi longtemps avant de reconnaître leur besoin d'aide.

On se demande constamment s'il faudrait faire davantage de prévention et de sensibilisation afin de préparer nos militaires à composer avec les troubles de santé mentale qui peuvent survenir lorsqu'ils sont en situation de combat direct.

Il y a des années, alors que je faisais de la plongée sous-marine, je me suis trouvée en très mauvaise posture dans les profondeurs, et j'ai survécu. J'y pense encore aujourd'hui. Pourtant, ce n'était rien comparativement à ce qu'ont vécu nos anciens combattants sur le champ de bataille. Nous savons que les parachutistes auront des problèmes aux genoux. Ne pourrions-nous pas tenir pour acquis que ceux qui tombent sur une mine, qui voient leurs amis mourir ou qui sont grièvement blessés ont besoin d'aide? Existe-t-il une aide préventive? À mes yeux, il s'agit là d'un des plus grands obstacles à la réussite de la transition à la vie civile.

• (1155)

M. Michael Ferguson: Je pense que votre question se rapporte au fait qu'il existe ce que j'appellerais trois étapes différentes, alors que nous n'avons examiné que deux d'entre elles. Nous nous sommes penchés sur ce qui se passe au moment où une personne est libérée des FC, devient un ancien combattant et retourne à la vie civile. Si elle ressent aujourd'hui des troubles de santé mentale, comment peut-elle avoir accès aux ressources?

La vérification que nous avons menée en 2012 portait sur les militaires sur le point de quitter les FC. Nous nous sommes intéressés au déroulement de leur transition à la vie civile et aux mesures en place pour les aider à ce chapitre. Il faut notamment reconnaître qu'ils pourraient avoir besoin d'aide relativement à certains troubles de santé mentale.

Ce dont vous parlez vient avant ces deux étapes. Lorsqu'un militaire actif vit des incidents qui pourraient avoir une incidence sur sa santé mentale, que font les FC et le MDN à ce chapitre? Je ne peux pas répondre étant donné que nous n'avons pas examiné ce volet.

Vous avez commencé votre question en demandant si une autre vérification pourrait être réalisée. Nous pourrions envisager de vérifier comment le MDN et les FC envisagent de composer avec les expériences vécues par les membres des FC.

J'imagine que nous devrions y penser. Je vais laisser M. Martire compléter.

M. Joe Martire: Je vous remercie.

Comme le vérificateur général l'a dit, même s'il ne s'agissait pas d'un objectif distinct de la vérification, nous avons tout de même examiné les services offerts aux membres des FC si une personne tombe malade ou se blesse. Nous avons passé pas mal de temps à expliquer la procédure.

Comme vous l'avez remarqué, le contexte d'un militaire au sein de l'armée est bien différent de celui d'un ancien combattant de retour à la vie civile. Dans l'armée, le système médical est présent et vient vers le militaire. Une fois qu'un ancien combattant a quitté les forces et qu'il fait la transition, il devient essentiellement un particulier. Il est donc utile d'avoir des services à ce chapitre.

Les militaires qui reçoivent un diagnostic de restrictions médicales doivent suivre une procédure. En cas de trouble mental, des unités de traumatologie sont à la disposition des gens, de même que des agents chargés du traitement de cas. Il y a tout un système, et ces services sont en place. Ce qu'il faut déterminer, c'est ce qui se passe lorsqu'une personne vit ces problèmes et reçoit un diagnostic. Comment lui vient-on en aide? Qu'est-ce qui arrive lors de la transition à la vie civile? C'est là que nous avons constaté des problèmes attribuables au passage d'un système à un autre.

• (1200)

Le président: Je vous remercie.

La prochaine intervenante est Mme Mathysen, qui dispose de trois minutes.

Mme Irene Mathysen: Merci beaucoup.

Je crois savoir que vous avez examiné la prestation de services. Ce faisant, j'en déduis de vos recommandations que vous devez avoir remarqué ce qui posait problème. Voilà qui explique vos recommandations.

Je pense plus particulièrement à la sixième recommandation, où vous recommandez de lancer un projet pilote visant à donner aux familles des anciens combattants un accès aux centres de ressources pour les familles des militaires, et d'embaucher 15 nouveaux coordonnateurs du soutien par les pairs.

Il y avait évidemment une lacune, sans quoi vous n'auriez pas formulé cette recommandation. Quel objectif espériez-vous atteindre avec cette recommandation, en ce qui a trait aux centres de ressources et aux nouveaux coordonnateurs? À quoi la situation ressemblerait-elle? Quel était l'objectif?

M. Michael Ferguson: Je pense que nous avons tous du mal à trouver de quelle recommandation vous parlez exactement.

Mme Irene Mathysen: Notre analyste va expliquer où j'ai fait une erreur.

M. Jean-Rodrigue Paré (attaché de recherche auprès du comité): Vous citez le plan d'action du ministère, qui a été publié après le rapport du vérificateur général. Ce que vous mentionnez se trouve dans ce plan d'action, qui a fait suite au rapport.

M. Michael Ferguson: Permettez-moi de dire que nous avons obtenu des réponses du ministère à la suite de nos recommandations. Le ministère s'est doté d'un plan d'action pour essayer de régler ces problèmes.

En réponse au volet plus général de votre question, je peux dire que lors des deux vérifications, nous avons tenté de nous mettre dans la peau de la personne, de l'ancien combattant ou du membre des FC qui passe à la vie civile. Nous voulions examiner tout ce qu'une personne doit faire pour obtenir ces services ou pour réussir sa transition. Je pense que le ministère doit prendre certaines mesures, et le plan d'action dont vous parlez énonce un certain nombre d'actions que le ministère est censé mettre en marche.

Au bout du compte, l'objectif fondamental est d'améliorer l'expérience des anciens combattants relativement aux services qu'ils reçoivent. C'est l'objectif de toutes les recommandations. Le reste est donc moins important. Il arrive que les ministères essaient de prendre des mesures afin de pouvoir dire qu'ils ont appliqué notre recommandation, mais ils devraient plutôt mettre l'accent sur le service au client et l'expérience du client, qui doit être bien meilleure.

Mme Irene Mathysen: À partir du paragraphe 15 de votre mémoire, vous parlez du programme de réadaptation pour les anciens combattants qui éprouvent des difficultés à faire la transition, puis des traitements et des prestations lorsque l'ancien combattant termine le programme.

J'aimerais revenir sur l'expérience et savoir si c'est une chose qui devrait nous préoccuper, car il arrive très souvent qu'une personne termine un programme sans avoir obtenu de résultat positif.

Le président: Veuillez m'excuser, mais vous avez trois secondes pour répondre.

M. Michael Ferguson: Eh bien, le programme de réadaptation est un programme à court terme, alors que le programme de prestations d'invalidité vise les problèmes à plus long terme.

Le président: Merci.

Voilà qui met fin aux questions à l'intention des témoins.

Au nom du Comité permanent des anciens combattants, je tiens à remercier chacun d'entre vous d'avoir pris le temps de venir nous rencontrer aujourd'hui malgré vos horaires chargés. Nous allons maintenant suspendre la séance trois minutes environ.

● (1200)

_____ (Pause) _____

● (1210)

Le président: Pour la deuxième partie de notre examen de la prestation de services, nous accueillons Mme Courchesne, directrice générale des professionnels de la santé et agente médicale; M. Ross, gestionnaire et coordonnateur clinique national du Réseau de cliniques pour traumatismes liés au stress opérationnel; et M. Doiron, sous-ministre adjoint.

Merci d'être avec nous aujourd'hui. Nous allons d'abord vous laisser la parole 10 minutes.

Dre Cyd Courchesne (directrice générale des professionnels de la santé et agente médicale, ministère des Anciens Combattants): Bonjour, mesdames et messieurs. Je vous remercie de me donner l'occasion de comparaître aujourd'hui pour vous parler du réseau de cliniques pour traumatismes liés au stress opérationnel, ou TSO.

Je suis la Dre Cyd Courchesne, directrice générale des professionnels de la santé et agente médicale du ministère des Anciens Combattants, ou ACC. J'occupe ces fonctions depuis octobre 2014, après avoir passé 30 années aux Services de santé des Forces canadiennes.

Je suis accompagnée aujourd'hui de M. Michel Doiron — que vous connaissez —, sous-ministre adjoint de la Prestation des services, qui est aussi mon patron. Nous sommes en compagnie de M. Joël Fillion, notre nouveau directeur de la santé mentale. Il est assis à l'arrière. Il est arrivé à l'organisation il y a quelques mois seulement, et il est encore en train de s'orienter au sein du ministère. Nous voulions que vous le rencontriez, mais nous avons cru bon lui éviter... Et comme il a été mentionné, nous sommes aussi accompagnés du Dr David Ross, gestionnaire et coordonnateur clinique national du réseau des cliniques TSO.

Le réseau des cliniques TSO que nous vous présentons aujourd'hui est le fruit de 15 années de création et de collaboration avec nos partenaires. Il est entièrement financé par le ministère, mais pleinement exploité par nos partenaires provinciaux. Je suis d'avis qu'il s'agit d'un modèle exemplaire de partenariat fédéral-provincial.

[Français]

Avec nos partenaires de la Défense nationale, nous avons cumulé 20 ans d'expérience dans l'évaluation et le traitement des blessures liées au stress opérationnel. Nous nous sommes penchés plus précisément sur le syndrome de stress post-traumatique chez les militaires, les vétérans et les premiers répondants, tels les membres de la Gendarmerie royale du Canada. Je vous dis avec confiance qu'aucun autre organisme au Canada n'a plus d'expérience que nous dans ce domaine. Quand je dis « nous », je renvoie à nos partenaires militaires et provinciaux, et à nous, au fédéral, au ministère des Anciens Combattants. Nous avons travaillé avec acharnement et dévouement durant toutes ces années afin de perfectionner nos connaissances et nos modalités de traitement, de faire de la recherche, d'innover et de mesurer nos résultats.

[Traduction]

Par contre, le travail n'est jamais terminé. Il y a toujours des choses à améliorer et à apprendre, et nous continuons à améliorer et accroître notre capacité.

La semaine dernière seulement, M. Fillion et moi avons eu le privilège d'être invités à l'Université de Waterloo à l'occasion du lancement d'un nouveau service de TSO au centre de recherche en santé mentale de la faculté de psychologie. En collaboration avec la Clinique TSO Parkwood de London, en Ontario, le service forme des candidats au doctorat et des résidents en psychologie clinique dans l'évaluation des TSO.

C'est une occasion importante, car même si nous avons été très présents dans le domaine de la santé au Canada, nous commençons désormais à toucher le milieu de l'éducation, de sorte que les cliniciens de demain nous arriveront déjà formés sur les troubles de santé mentale des militaires et des anciens combattants, et plus particulièrement dans l'évaluation des TSO.

Je dirais que la grande force de notre réseau, ce sont les partenariats. On dit qu'une chaîne n'est jamais plus solide que son maillon le plus faible, mais nous avons travaillé au fil des ans à maintenir et à renforcer nos partenariats, au point où un observateur pourrait penser à tort que nous possédons ces cliniques, alors que ce n'est pas le cas. De l'extérieur, cela semble être un tout très solide et performant, et c'est le cas.

● (1215)

[Français]

Les partenariats complémentaires que nous avons développés au cours des années constituent une autre force de notre réseau. Notre stratégie en santé mentale est guidée et formulée à partir de l'information que la Direction de la recherche d'Anciens Combattants Canada nous fournit, particulièrement les informations et les données révélées par l'étude sur la vie après le service, qui sont d'une utilité et d'une richesse inégalables. Toutes les informations issues de la recherche qui nous parvient de l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans, qui comprend un réseau de plus de 40 instituts d'enseignement, sont inestimables pour la croissance de notre réseau, tout autant que notre étroite collaboration avec nos collègues des Forces canadiennes. Soulignons particulièrement le Centre d'excellence national en matière de santé mentale chez les militaires et les vétérans ainsi que la Chaire de recherche en santé mentale chez les militaires, qui ont été mis sur pied en collaboration avec l'Hôpital Royal Ottawa.

[Traduction]

Je vais m'arrêter ici.

Je tiens à souligner que nous avons lancé tout récemment, soit en janvier, une nouvelle direction des services de santé mentale, qui englobe toutes nos ressources en matière de santé mentale. Désormais, elles relèvent toutes directement de moi, sous la supervision de M. Fillion. Plus tard cette année, nous accueillerons notre propre chef psychiatre, un ancien psychiatre militaire doté d'une grande expérience des TSO et de l'état de stress post-traumatique, ou ESPT.

Merci.

Le président: Je vous remercie.

Monsieur Clarke, vous avez six minutes.

[Français]

M. Alupa Clarke: Merci beaucoup, monsieur le président.

Je vous remercie d'être parmi nous aujourd'hui.

Le Plan d'action en matière de santé mentale d'Anciens Combattants Canada prévoyait la tenue de rencontres trimestrielles entre Anciens Combattants Canada et le Tribunal des anciens combattants. Il y a deux semaines, je me suis rendu au Tribunal des anciens combattants, à Québec, pour prendre connaissance du type de cas pour lequel on avait recours au Tribunal. Bien entendu, il ne s'agissait aucunement de vérifier des cas particuliers.

J'ai constaté que l'un des points qui revenaient le plus fréquemment était le manque d'accès à une expertise médicale. Dans bien des cas, pour qu'une cause soit positivement jugée, l'individu devait avoir en main une expertise médicale. Or certains de ces individus ont répété à maintes reprises au juge qui était présent qu'ils étaient allés à de nombreux endroits, que ce soit au Nouveau-Brunswick, en Ontario, au Québec ou même jusqu'à Winnipeg, sans pouvoir obtenir d'expertise médicale.

Pourriez-vous nous parler de cette situation problématique?

Dre Cyd Courchesne: Je vais commencer, et si mes collègues veulent ajouter quelque chose, ils pourront le faire.

En ce qui a trait aux expertises médicales, pour notre part, nous faisons les évaluations, nous posons les diagnostics et nous dispensons des traitements. Ceux qui se présentent au Tribunal sont des gens qui ne sont pas nécessairement d'accord sur l'évaluation ou sur le diagnostic qui a été posé soit par des médecins des Forces canadiennes, soit par les médecins d'Anciens Combattants Canada qui font les évaluations ou encore par ceux qui pratiquent dans nos cliniques TSO.

Si nous fournissions en plus une expertise médicale, nous serions en conflit d'intérêts, en ce sens que nous serions en opposition avec le vétérinaire. Dans de tels cas, les gens doivent obtenir une expertise à l'extérieur des Forces canadiennes et d'Anciens Combattants Canada. Ils se fient alors aux expertises fournies par le système de santé canadien.

Le ministère fournit de l'aide juridique aux vétérans, mais ne leur offre pas d'aide médicale, parce qu'il s'agirait alors des mêmes médecins, et que ces derniers se retrouveraient en conflit d'intérêts du fait qu'ils auraient posé des diagnostics, mais qu'ils devraient aussi témoigner en faveur de leurs clients.

Il y a probablement un manque de ressources pour ce qui est des expertises. Personne ne peut obliger un psychiatre, un spécialiste, à fournir une expertise. Cette situation problématique est connue et elle est difficile.

• (1220)

M. Alupa Clarke: Je vous remercie de votre réponse et je comprends ce que vous dites. Les médecins ne sont pas nécessairement aussi disponibles qu'on le voudrait.

En ce qui a trait aux conflits d'intérêts, vous offrez pourtant de l'aide juridique aux vétérans, un fait qui m'a vraiment surpris, je le reconnais, et que je trouve fantastique. Un vétérinaire peut recourir à un avocat qui est sous votre autorité, mais qui est néanmoins indépendant.

Ne considérez-vous pas qu'il serait possible de faire la même chose dans le cas d'un médecin?

Dre Cyd Courchesne: Ce ne sont pas les mêmes gens qui prennent les décisions quant à l'admissibilité à un traitement ou à un avantage. L'aide juridique fonctionne indépendamment du ministère, même si elle en fait partie.

Sur le plan juridique, il y a des généralistes. Or en matière d'expertises, il faudrait un expert pour chaque spécialité médicale. Nous ne pourrions pas disposer de telles ressources.

M. Alupa Clarke: Combien exactement y a-t-il de cliniques de première ligne en santé mentale en ce moment au Canada?

Dr David Ross (Gestionnaire et coordonnateur clinique national, Réseau de cliniques pour traumatismes liés au stress opérationnel, bureau régional du Québec, ministère des Anciens Combattants): Il y en a 11.

M. Alupa Clarke: Quand ces 11 cliniques ont-elles été créées, exactement?

Dr David Ross: La première a été créée en 2002-2003 et la dernière vient d'ouvrir ses portes à Halifax.

M. Alupa Clarke: Je vous pose une dernière question. Qu'est-ce que comprend exactement votre programme de premiers soins destinés aux anciens combattants?

Je comprends que c'est une vaste question.

Dre Cyd Courchesne: Je vais commencer et je vais laisser le Dr Ross compléter la réponse.

Ce ne sont pas des cliniques de première ligne; on parle de soins de troisième ligne.

Par soins de première ligne, on entend le fait d'aller chez son médecin de famille. Or, ici, on offre des soins spécialisés et même surspécialisés ciblant les problèmes en santé mentale des anciens combattants et des militaires, précisément ceux reliés au stress opérationnel. C'est un service très pointu et spécialisé. Comme je l'ai dit, on voit des blessures du genre depuis plus de 20 ans — en fait, depuis qu'il y a des militaires.

Les soins de première ligne sont plus près de la clientèle. Ce ne sont pas des cliniques sans rendez-vous, mais des cliniques bien organisées qui vont aiguiller les gens vers ces services.

[Traduction]

Le président: Merci.

Madame Lockhart, vous avez la parole.

Mme Alaina Lockhart: Merci d'être ici aujourd'hui.

Quels résultats cherchez-vous à obtenir au moyen de vos centres?

Dr David Ross: C'est une excellente question.

C'est intéressant. Je vous remercie de poser la question, car il arrive trop souvent dans le domaine de la santé mentale de tenir compte du rendement, mais pas des résultats. Nous calculons le nombre de hamburgers que nous vendons, mais nous ne nous demandons pas s'ils sont comestibles.

Nous avons concentré nos efforts sur la création d'un outil pour faire le suivi des résultats signalés par les anciens combattants. Nous avons en place un système national hébergé sur un serveur, qui permet aux anciens combattants de répondre à quelques brefs questionnaires avant de se rendre à une séance. Les données se retrouvent sur un serveur protégé, elles sont notées, les résultats sont analysés, un rapport est produit et ce rapport est prêt à être consulté au moment où l'ancien combattant arrive à la clinique. Ce système s'appelle le SSRSC. Il se sert de mesures courantes de l'industrie pour faire le suivi du bien-être général des anciens combattants, mais il peut également faire le suivi de résultats précis liés à des problèmes de santé primaires ayant été diagnostiqués, comme le trouble de stress post-traumatique ou la dépression majeure.

Pour ce qui est des résultats, c'est une de nos principales mesures, mais ce n'est pas la seule. Bien entendu, nous examinons les autres aspects concernés : la satisfaction sociale et professionnelle ainsi que le bien-être sur le plan médical. C'est la raison pour laquelle le personnel des cliniques est divisé en équipes interdisciplinaires, pour que tout le monde fasse l'évaluation. Les membres de l'équipe se réunissent et examinent le patient de la manière la plus équilibrée possible. À mesure que nous intervenons, nous nous efforçons d'évaluer les résultats de façon itérative, pour que nous puissions prendre des décisions en temps réel et adapter les traitements afin qu'ils soient véritablement personnalisés.

C'est très important, car les gens ont tendance à parler beaucoup des pratiques exemplaires, mais les données à cet égard s'appuient toutes sur des résultats de groupe. En réalité, il faut toujours adapter les pratiques exemplaires aux besoins particuliers du patient. La meilleure façon de s'y prendre est d'examiner ses signes vitaux, comme on le fait en médecine, par exemple en prenant la tension artérielle ou la température corporelle.

Nous sommes le seul réseau qui procède ainsi. Je crois que le ministère de la Défense nationale se prépare à en faire autant à sa façon. En fait, nous faisons un suivi précis en temps réel et nous communiquons les résultats de concert avec les anciens combattants.

• (1225)

Mme Alaina Lockhart: Je suis heureuse d'entendre que vous faites également un suivi de ces données, car il arrive très souvent qu'on nous fasse part d'observations empiriques. Avoir des données pour commencer à appuyer ce genre de choses nous permettra au fil du temps de continuer d'apporter des améliorations.

Dr David Ross: Permettez-moi d'ajouter moi aussi une petite chose.

La documentation sur les pratiques exemplaires donne les résultats de groupe, mais il arrive parfois que les populations concernées ne soient pas les nôtres. Il ne s'agit pas d'anciens combattants canadiens.

Le système est mis en place pour que nous puissions parler directement des résultats que nous obtenons auprès de nos gens après un certain temps.

Mme Alaina Lockhart: Tout ce que vous nous dites est fort intéressant. À mon avis, c'est ce que nous voulons entendre.

Cela dit, quels sont les obstacles? Quels sont les défis? Selon vous, dans quels domaines pouvons-nous faire mieux?

Dre Cyd Courchesne: Je vais répondre. Je ne rate jamais une occasion de discuter de la façon dont nous pouvons éliminer des obstacles.

Bien entendu, les gens veulent disposer d'un accès. Nous entendons sans cesse que l'accessibilité est un obstacle. Dans notre propre réseau — je souligne de nouveau que nous le bâtissons depuis 15 ans —, on nous dit que les obstacles commencent maintenant à être physiques, qu'il manque d'espace. Nos cliniques disent qu'un plus grand nombre de cliniciens veulent travailler pour elles, mais qu'elles n'ont pas assez d'espace pour les accueillir.

Quand nous avons créé ce réseau, il était urgent que nous commencions à ouvrir des cliniques. Nous les avons ouvertes dans des établissements de soins de longue durée, car nous avions déjà des liens avec ces hôpitaux. Cependant, les hôpitaux vieillissent, et les gens commencent à être à l'étroit. Nous avons maximisé l'espace physique. Je dirais que le plus grand obstacle est maintenant l'espace physique dans nos cliniques. Elles veulent prendre de l'expansion parce que des cliniciens veulent y travailler. Si nous avions plus d'espace, nous pourrions servir plus de patients. À l'heure actuelle, le

problème de la capacité est physique. En ayant tout simplement plus d'espace, nous pourrions améliorer les périodes d'accessibilité et les temps d'attente pour consulter l'ensemble de nos cliniciens.

Mme Alaina Lockhart: Donc, votre temps d'attente n'est pas nécessairement attribuable à un processus de demande; c'est une question d'espace physique.

Dre Cyd Courchesne: Oui, c'est vraiment une question d'espace physique. C'est ce qui explique l'engorgement actuel.

Le président: Madame Mathysen.

Mme Irene Mathysen: La première recommandation du rapport du vérificateur général porte sur cette question, à savoir les obstacles à la rapidité pour aider les anciens combattants à subir des évaluations psychologiques et psychiatriques.

Ils doivent attendre 16 semaines après avoir rassemblé et présenté les documents nécessaires, et 16 semaines supplémentaires avant de recevoir l'indemnité, dans la mesure où il n'y a pas de retards ni de pépins. Ce n'est qu'après la date où une décision favorable est prise qu'on leur rembourse les soins de santé mentale qu'ils reçoivent. Ils ne bénéficient d'aucune protection au cours de cette période de 32 semaines pendant laquelle ils ont quand même besoin de soins. Quelle est l'incidence de ce délai sur les soins et la protection? Cela a forcément des conséquences pour quelqu'un qui éprouve des difficultés financières. Avez-vous examiné les répercussions de cette attente sur la santé mentale?

Comment est-il possible que le ministère ait besoin de huit mois pour comprendre qu'un ancien combattant souffre de troubles de santé mentale et que les frais engagés pendant cette période ne soient pas couverts?

• (1230)

M. Michel Doiron (sous-ministre adjoint, Prestation des services, ministère des Anciens Combattants): Je vais commencer pour ensuite donner la parole à M. Courchesne.

Je pense que cela s'explique d'abord par les 32 semaines dont le Bureau du vérificateur général a parlé. Nous devons reconnaître que, au cours des 16 premières semaines, beaucoup de choses dépendent du temps nécessaire. Cette période de 16 semaines fait l'objet d'une certaine interprétation. Il va sans dire qu'il s'écoule un laps de temps avant que nous recevions une demande dûment remplie et avant qu'elle soit saisie dans le système. Nous avons eu de nombreuses discussions avec le Bureau du vérificateur général au sujet de la période de 16 semaines. Certaines des données étaient recueillies tout au début, lors du premier appel téléphonique. Il est difficile de créer une demande à la suite d'un seul appel téléphonique.

Nous reconnaissons toutefois que c'est long, que nous devons simplifier les choses. Depuis le dépôt du rapport du vérificateur général, nous avons accéléré le traitement des demandes de prestations d'invalidité, notamment en santé mentale — comme nous parlons de santé mentale, je vais m'en tenir précisément à cela.

S'ils ont reçu un diagnostic, qu'ils s'adressent à nous et qu'ils ont servi dans l'armée, surtout dans des zones de service spécial, ils appartiennent alors au club. Pour vraiment diminuer... Qu'il s'agisse de 32 ou de 16 semaines, ce n'est pas important pour moi à ce stade-ci. Ce qui importe, c'est d'en réduire le nombre. Ils ont des recours pendant cette période d'attente. N'oublions pas que nous avons un numéro 1-800. Nous donnons aux anciens combattants 20 séances avec un psychiatre ou un psychologue, la première dans les 24 à 72 heures. Nous payons ces séances. Aucun processus d'évaluation n'est engagé.

Tant qu'il s'agit d'anciens combattants ou de membres de leurs familles, nous assumons les frais. Il n'y a aucune période d'attente. Il s'agit de composer le numéro. Quelqu'un a fait allusion plus tôt à la ligne d'urgence. Si vous avez besoin d'aide, nous allons vous en donner. Nous vous prodiguerons des soins de santé mentale. Je conviens que ce n'est pas la clinique de traitement des TSO, mais ils peuvent au moins recevoir un soutien immédiat, en attendant que beaucoup de ces questions soient réglées. Nous payons. Il n'y a aucun frais. Le service est offert par Santé Canada. Ma direction générale reçoit directement la facture et s'en occupe.

Je vais donner la parole à M. Courchesne ou à M. Ross.

Mme Irene Mathysen: Je me demande quel est le coût des produits pharmaceutiques. À combien se chiffrent ces coûts, et sont-ils couverts? Assume-t-on également le coût des médicaments?

M. Michel Doiron: Ils ne sont pas couverts dans le cadre de ce programme. Toutefois, le ministère les assume lorsqu'un ancien combattant est considéré comme étant invalide.

Mme Irene Mathysen: Oui.

M. Michel Doiron: Ils doivent avoir reçu un diagnostic.

Mme Irene Mathysen: Le mot « si » me dérange un peu.

Je voulais revenir à ce que vous avez dit, monsieur Courchesne, au sujet des obstacles, du manque d'espace physique dans les cliniques de traitement des TSO. L'une des propositions que j'ai entendues est d'intégrer des psychologues au ministère de la Défense nationale. Je comprends qu'Anciens Combattants Canada est différent du ministère de la Défense nationale, mais le ministre est un ministre associé de la Défense nationale. Il me semble que je commence à comprendre le raisonnement — vous cernez le problème avant qu'il ne devienne grave. Nous savons que des gens souffrent de problèmes de santé mentale, et que s'ils ne sont pas traités, ces problèmes peuvent avoir des conséquences catastrophiques. Je sais que la Psychological Society en a parlé. En avez-vous discuté à Anciens Combattants Canada ou avec le ministre?

Dre Cyd Courchesne: Nos partenaires au ministère de la Défense nationale ont des cliniques semblables, et nous estimons que nous sommes tous partenaires. Ils ont le CSTSO — leurs acronymes sont plus compliqués que les nôtres. Ces cliniques sont les mêmes. Elles sont l'équivalent des cliniques de traitement des TSO et emploient elles aussi des psychologues. Je dirais qu'ils sont aux prises avec le même problème d'espace que nous, car ils sont installés dans des immeubles plus vieux que les nôtres. Bref, les deux ministères emploient des psychologues.

Mme Irene Mathysen: Je crois que la proposition était qu'ils devraient faire partie du personnel militaire, ce qui permettrait d'éliminer des obstacles. Avez-vous songé à cette possibilité?

• (1235)

Dre Cyd Courchesne: Vous devrez poser la question aux forces armées. Je ne pense pas pouvoir y répondre.

Le président: Madame Romanado.

Mme Sherry Romanado: J'aimerais d'abord vous remercier de votre présence et du travail que vous accomplissez pour traiter le trouble de stress post-traumatique. J'ai deux ou trois questions, mais je vais commencer par m'excuser, car elles pourraient sembler désobligeantes.

Nous venons tout juste d'entendre le témoignage du vérificateur général, et je dois dire que je suis un peu préoccupée quand j'entends que 65 % des demandes sont refusées, à cause d'un manque de

documents ou d'erreurs, et que les paiements ne sont pas rétroactifs dans ces cas-là.

Mes questions sont davantage pour le sous-ministre adjoint. À l'heure actuelle, à Anciens Combattants Canada, utilisez-vous des indicateurs de rendement clés ou procédez-vous plutôt à une gestion des objectifs des employés? Les employés ont-ils un programme d'incitatifs axé sur le rendement? De quelle façon contrôlez-vous la qualité du travail? Lorsque des erreurs sont commises, donnez-vous de la formation pour éviter qu'elles ne se reproduisent? Si c'est un problème de rendement, est-ce que les gens, est-ce que leurs emplois... Je ne veux pas dire que les gens font... Mais ils commettent des erreurs sur le dos des anciens combattants.

Qui fait un suivi pour s'assurer de corriger les erreurs, de donner la formation nécessaire et de saisir les données sur les différents types d'erreurs commises? Le cas échéant, que faites-vous de ces données? Sont-elles tout simplement consignées dans un certain rapport? Je veux savoir ce qui se passe.

Je suis certain que les employés ne seraient pas très contents si on leur disait : « Nous allons récupérer 16 semaines de votre salaire. » Je me demande ce qui se passe.

M. Michel Doiron: Je peux probablement répondre à toutes ces questions.

Tout d'abord, pour ce qui est des premières demandes, le taux d'approbation n'est plus de 63 %, mais de 83,3 %. C'est une hausse de 20 points de pourcentage.

Je dois revenir en arrière pour répondre à certains aspects de la question.

Dans l'armée — et je pense que beaucoup de monde ici en a parlé, notamment M. Clarke —, lorsqu'on sert avec un groupe de soldats, il y a une convention qui consiste à ne pas remplir le fameux formulaire — quelque chose 98 —, qui dit que l'on est blessé. Ce formulaire ne se trouve donc pas dans le dossier médical parce que le militaire veut être un membre utile de son équipe et soutenir ses partenaires et ses collègues. Je pense que M. Clarke en a parlé beaucoup plus tôt.

Conformément au libellé de nos textes législatifs, il y a deux ou trois ans, nous aurions essayé de prouver qu'un militaire est blessé, ce qui nécessitait de passer en revue plus de 500, 600 ou 700 pages de dossiers médicaux pour tenter d'établir à quel moment il s'est blessé au genou et de déterminer s'il a rempli un formulaire qui en témoigne.

Les cas de blessures graves ne posent plus de problème, car ces blessures figurent dans un dossier médical. Le problème concerne plutôt les blessures qui sont subies au fil du temps, et nous avons donc entrepris un examen. À vrai dire, nous avons commencé avant le dépôt du rapport du vérificateur général, mais nous avons déployé beaucoup d'efforts par la suite pour que... Un employé du Bureau du vérificateur général a parlé du fardeau de la preuve, de le faire porter par le ministère plutôt que par l'ancien combattant, en ce sens que, pour une blessure... Je ne parle pas de maladie, comme je crois l'avoir fait la dernière fois. Je parle bien de blessures. C'est un peu plus complexe pour ce qui est des maladies.

Un technicien en recherche et sauvetage qui saute d'hélicoptères et d'avions depuis 30 ans a un nombre incalculable de sauts à son actif. Il a forcément les genoux mal en point, mal au dos ou un autre problème. Nous avons donc beaucoup travaillé avec l'institut de recherche qui se trouve à l'établissement militaire pour pouvoir dire à quoi les blessures sont attribuables. Est-ce inévitable? Ceux qui se présentent doivent avoir reçu un diagnostic. C'est encore nécessaire. Un médecin doit dire que les genoux du technicien sont mal en point.

Mme Sherry Romanado: Je vais vous interrompre parce que ma question faisait allusion au rendement. Nous allons manquer de temps, et j'aimerais obtenir la réponse, si possible.

M. Michel Doiron: Je vois. Donc, tout d'abord, les employés d'Anciens Combattants ne sont pas payés à l'unité, ou peu importe quel est le bon terme. Ils sont salariés. Ils ont droit aux heures supplémentaires. Les cadres du ministère, comme tous ceux de l'administration fédérale, reçoivent une prime de rendement, mais pas les employés.

Les employés doivent rendre des comptes. Nous avons un programme d'assurance de la qualité pour nous assurer qu'ils satisfont aux exigences.

Le président: Excusez-moi, mais j'aimerais obtenir des précisions à ce sujet. Quand vous parlez des employés, est-ce que cela comprend les gestionnaires, l'ensemble du personnel?

M. Michel Doiron: Oui, les cadres et les directeurs reçoivent une prime de rendement, comme partout dans la fonction publique, en passant. Mais nos gestionnaires et nos employés n'en reçoivent pas une. Ils sont salariés et ils ont droit aux heures supplémentaires, à ce genre de choses.

Le travail fait l'objet d'un suivi. Les gens doivent rendre des comptes. Il y a un programme d'assurance de la qualité qui est relativement nouveau pour s'assurer que le travail des employés est accompli conformément aux exigences et aux critères législatifs. N'oublions pas que tout cela est inscrit dans la loi, n'est-ce pas? Nos activités figurent dans la loi.

Je ne suis pas certain d'avoir répondu à toutes vos questions.

• (1240)

Mme Sherry Romanado: Je ne veux pas pointer qui que ce soit du doigt, mais lorsqu'un employé commet une erreur, reçoit-il une formation et son rendement est-il évalué par la suite?

M. Michel Doiron: Absolument, et nous sommes allés encore plus loin. La direction générale a fait l'objet d'une restructuration et a maintenant ce que j'appelle des « conseillers techniques » en plus des gestionnaires. Il s'agissait avant d'un seul poste. Je l'ai divisé en deux pour renforcer l'obligation de rendre compte et assurer la gestion du rendement.

L'aspect technique — parce qu'il y a des dossiers très techniques ici... C'est ainsi que se fait l'apprentissage quotidien, et les gens doivent rendre des comptes.

Le président: Je pense que nous devons enlever une minute au temps de parole des prochains intervenants pour que nous puissions tous nous rendre à notre prochaine réunion.

M. Colin Fraser: Je suppose que les cliniques de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel s'attaquent à un éventail de problèmes de santé mentale. Ces problèmes peuvent se manifester de différentes façons, dont la dépendance à des substances. Je me demande seulement à quel point ces cliniques sont bien outillées

pour s'attaquer aux problèmes de dépendance et si ces problèmes peuvent être réglés sans hospitalisation.

Dr David Ross: C'est une excellente question.

Il y a deux ans, nous avons évalué nos compétences à l'aide de la liste de compétences du CCLAT. Nous avons mené une enquête à l'échelle du pays et regardé où nous en étions.

Nous pouvons vous assurer que toutes nos équipes possèdent le niveau 2 de compétences en matière de consultation externe, ce qui signifie qu'elles peuvent faire un dépistage et des évaluations. Elles peuvent établir la gravité du problème. Lorsque la dépendance d'un patient n'est pas suffisamment grave pour l'empêcher d'achever le reste de son traitement — disons pour une dépression majeure, un trouble de stress post-traumatique ou autre —, la dépendance est traitée en même temps et de manière intégrée, car c'est la meilleure façon de procéder.

En revanche, si la condition du patient est grave au point où il n'a plus aucun contrôle, nous utilisons alors ce que nous appelons le « traitement par étapes ». Nous dirigerons le patient vers un établissement qui possède un niveau de compétences 3 ou 4, en garantissant que nous le réintégrerons harmonieusement dès qu'il sera de retour. Nous collaborons avec ces établissements et nous commençons à harmoniser les soins avant que les patients soient autorisés à les quitter. C'est la pratique exemplaire, et notre façon de procéder.

M. Colin Fraser: Les cliniques offrent-elles beaucoup de services de proximité? De toute évidence, il y a des centres d'un bout à l'autre du pays, mais certaines régions ne sont pas bien desservies. Les centres essaient-ils d'offrir des services aux gens de ces régions? Le cas échéant, comment faites-vous pour déplacer les patients vers les cliniques?

Dr David Ross: En fait, nous leurs offrons des services autant que possible. Les patients nous sont confiés.

Dans la mesure du possible, nous essayons entre autres de leur fournir les services chez eux. Prenons l'exemple de la Colombie-Britannique. Comme vous le savez, je parle du Canada. Nous avons des villes au sud, le long de la côte, mais le reste de la province est vaste. Certaines des personnes qui ont le plus besoin de nos soins ne sont pas dans les villes.

Nous utilisons la télésanté. Nous faisons venir par avion les gens à des points de service où nous pouvons les aider; nous faisons tout notre possible. À vrai dire, la Colombie-Britannique est un des endroits très innovateurs où une nouvelle technologie a été utilisée. Un terminal sécurisé de télésanté a été acheminé vers la maison d'un patient. Tout ce que le patient a eu à faire est de le brancher, ce qui lui a permis d'avoir des séances sécurisées. Cela ne va pas remplacer les séances en tête-à-tête, mais c'est bien lorsque l'autre option est de conduire 300 milles. C'est pour nous une grande priorité.

M. Colin Fraser: J'ai une dernière question.

Les médecins de famille connaissent-ils vos services? Communiquez-vous avec eux pour vous assurer qu'ils savent que vous êtes là pour aider les anciens combattants, s'il y a lieu?

• (1245)

Dre Cyd Courchesne: Allez-y.

Dr David Ross: Nous sommes conscients de l'importance des médecins de famille. Ils offrent beaucoup des soins de santé mentale de première ligne au pays. Ils constituent un maillon essentiel de la chaîne de services de santé.

Nous identifions les communautés de pratique et discutons avec les médecins. Dans la mesure du possible, nous tentons de leur offrir un soutien en temps opportun, car le fait de savoir qu'ils peuvent communiquer avec nous peut jouer sur leur décision d'accepter un vétérán comme patient. S'ils savent qu'ils peuvent nous joindre, ils pourraient accepter de voir le patient au lieu de refuser sous prétexte qu'ils ont déjà suffisamment de patients à traiter et qu'ils n'ont pas besoin d'un stress supplémentaire.

C'est un domaine dans lequel nous souhaiterions en faire davantage et nous étudions diverses options à cet égard. Nous avons préparé des propositions.

M. Colin Fraser: Merci beaucoup.

Le président: Merci.

Monsieur Kitchen, vous avez la parole.

M. Robert Kitchen: Merci, docteur Ross, pour cet exposé. Vous m'avez appris plusieurs choses, notamment l'emplacement de ces cliniques.

Si j'ai bien compris, ces cliniques sont financées par les provinces, c'est exact?

Dre Cyd Courchesne: Non. C'est nous qui les finançons.

M. Robert Kitchen: C'est vous qui les financez.

Je remarque que l'on retrouve ces cliniques dans plusieurs provinces, sauf en Saskatchewan. La province compte déjà d'excellents établissements médicaux et un hôpital universitaire, entre autres. Envisage-t-on d'ouvrir une de ces cliniques en Saskatchewan?

M. Michel Doiron: Nous étudions cette possibilité. Je sais qu'il n'y a pas de clinique en Saskatchewan et, comme vous le savez, nous allons ouvrir un nouveau bureau à Saskatoon. Nous examinerons tous les services afin de trouver des façons de les améliorer.

M. Robert Kitchen: Vous êtes conscient que la Saskatchewan, c'est grand. Saskatoon se trouve dans le tiers inférieur de la province. Beaucoup de vétérans ont besoin de ces services et, s'ils doivent parcourir de grandes distances pour en profiter, cela rend les choses un peu plus difficiles pour eux. Télésanté est un service merveilleux, mais lorsque la technologie est absente... S'ils n'ont pas la technologie nécessaire, ils ne peuvent pas utiliser ce service. Ils vivent dans des régions éloignées. Ils sont prêts à se déplacer pour jouir de ces services, mais ils doivent savoir où ils se trouvent et ces services doivent être offerts à l'échelle locale.

Alors, merci. C'est une bonne nouvelle.

J'aimerais revenir à ce que disait Mme Romanado. Vous avez parlé d'un programme de contrôle de la qualité. J'aimerais savoir qui supervise les superviseurs?

M. Michel Doiron: Nous avons un service de vérification interne. En anglais, on l'appelle « A and E », mais j'essaie de me souvenir de la signification de ces lettres.

Dre Cyd Courchesne: C'est « Audit and Evaluation », vérification et évaluation.

M. Michel Doiron: Merci madame. Donc, le service de vérification et d'évaluation effectue les vérifications. J'ai demandé au service d'effectuer une vérification de notre système de gestion de cas, de mettre sur pied une équipe spéciale et d'effectuer une vérification. J'ai fait la même chose avec les ASV, les agents de services aux vétérans. Ils effectuent une vérification interne pour

s'assurer que nous respectons les règles et suivons les directives que nous sommes censés suivre.

M. Robert Kitchen: Est-ce une organisation interne ou externe?

M. Michel Doiron: C'est une organisation interne qui relève directement du sous-ministre.

M. Robert Kitchen: Y a-t-il une raison particulière pour laquelle c'est une organisation interne et non externe?

M. Michel Doiron: L'organisation externe, c'est le BVG. Tous les ministères ont leur propre service de vérification interne...

M. Robert Kitchen: Oui, mais pour effectuer les vérifications dont vous parlez, pour vérifier que les services sont bien offerts, si vous effectuez un contrôle de la qualité qui révèle que les gens font leur travail, est-ce une organisation externe, plutôt que les gens pour lesquels ils travaillent, qui vérifie si cette vérification est bel et bien effectuée?

M. Michel Doiron: Dans ce cas-ci, le service de vérification et d'évaluation effectuerait une vérification et le BVG ferait de même par la suite, comme il l'a fait en 2014, pour vérifier que tout a été fait, non? Soit vous faites le travail, soit vous ne le faites pas.

M. Robert Kitchen: Ai-je le temps de poser une autre question?

Le président: Il vous reste deux minutes.

M. Robert Kitchen: Dans ce cas, je serai bref. Si vous êtes en mesure de me répondre, j'aimerais savoir ce qui presse le plus : ouvrir des bureaux de services ou des cliniques de santé mentale?

M. Michel Doiron: Honnêtement, il y a urgence dans les deux cas.

M. Robert Kitchen: Nous en sommes conscients, mais qu'est-ce qui presse le plus?

M. Michel Doiron: Selon moi, ce serait l'ouverture des bureaux de services. Je vais tenter de vous expliquer rapidement pourquoi.

Si personne ne peut effectuer une première évaluation, un gestionnaire de cas sur le terrain ou un ASV, notamment, et ensuite bien aiguiller le vétérán, il manque une étape dans le processus. Cela n'empêche pas... Je ne veux pas dire que la santé mentale n'est pas importante; c'est un élément très important. Mais, il est difficile d'accorder la priorité à l'un ou à l'autre. Les vétérans ont besoin de quelqu'un qui peut effectuer une première évaluation avant de les aiguiller vers nos professionnels, car tout se fait par aiguillage.

• (1250)

M. Robert Kitchen: Merci.

Le président: Monsieur Eyolfson, vous avez la parole.

M. Doug Eyolfson: Merci. Je dispose de combien de temps, monsieur le président?

Le président: Vous avez cinq minutes.

M. Doug Eyolfson: Ma question est un peu complexe. Je vais tenter de la mettre en perspective. Des militaires sont démobilisés pour des raisons disciplinaires, alors qu'en réalité, ils ont un problème de consommation. Par exemple, un militaire pourrait être démobilisé parce qu'il a conduit, en état d'ébriété, un char d'assaut sur la base et a foncé dans un édifice. Ils sont tout simplement démobilisés, exclus pour cause d'indignité, malgré le fait que leur problème de consommation découle d'un TSPT non diagnostiqué.

Ma question est la suivante : un militaire démobilisé en raison d'une situation comme celle que je viens de décrire — pas pour des raisons médicales, mais pour des raisons disciplinaires — peut-il avoir accès aux services offerts par le ministère des Anciens Combattants?

Dre Cyd Courchesne: Oui.

M. Doug Eyolfson: C'est si simple. Vous venez d'enseigner ma journée. Merci.

Le président: Nous venons de gagner du temps.

M. Doug Eyolfson: Excellent. C'est la réponse la plus simple à la question la plus complexe que j'ai jamais posée.

J'aurais une autre question pour vous. J'y ai déjà fait référence lors d'une séance précédente et il en a été question aujourd'hui. Beaucoup de vétérans blessés reçoivent un diagnostic beaucoup plus tard, comme un problème de genou, mais il n'existe aucun dossier médical du temps où ils étaient encore en service. C'est la même chose pour ceux qui ont vu des atrocités ou qui n'ont jamais présenté une demande de soins après avoir vu leurs amis mourir dans une explosion. On découvre plus tard qu'ils souffrent de troubles de santé mentale en raison des divers événements qu'ils ont vécus.

Existe-t-il un mécanisme de rétroaction au ministère de la Défense nationale qui vous permet d'informer quelqu'un que vous voyez un patient qui présente des troubles semblables et que vous pourriez les aider si vous pouviez tenir compte des événements survenus lorsqu'ils étaient encore en service?

Dre Cyd Courchesne: Nous travaillons étroitement avec nos partenaires oeuvrant dans les services de santé. Nous siégeons aux mêmes comités, nous menons des recherches ensemble, nous travaillons ensemble. J'ai quitté les forces armées, mais pas l'édifice où je travaillais à l'époque. À leur grand désarroi, je suis toujours là. Chaque fois qu'on me remet un dossier dont ils devraient être informés, à mon avis, je me dirige au bureau du directeur de la santé mentale. Nous discutons quotidiennement. Ils sont informés.

Pour répondre à votre question, j'aimerais souligner — et c'est ce que nous apprend l'Étude sur la vie après le service militaire — que les gens viennent nous voir à différents moments de leur vie. Certains viennent seulement parce que les Forces les ont aiguillés vers nous. Dans ce cas, nous savons qu'ils sont sur le point d'être libérés. Nous les accueillons dans nos cliniques TSO. D'autres viennent nous voir plusieurs années après avoir quitté les Forces, car ils ont entendu parler de nos services et se disent que leur problème est peut-être lié à leur déploiement. Ils viennent nous voir plus tard dans leur vie. Par exemple, 25 % viennent immédiatement après avoir quitté les forces, alors que 75 % viennent nous voir après l'âge de 40 ans.

M. Doug Eyolfson: Combien de temps me reste-t-il?

Le président: Il vous reste une minute.

M. Doug Eyolfson: J'ai pensé à une chose en écoutant votre réponse à la dernière question; encore une fois, votre réponse était beaucoup plus simple que je ne l'aurais cru. Le fait d'être démobilisé pour raisons disciplinaires peut avoir un impact important sur les prestations auxquelles un militaire a droit. Si vous découvrez que le comportement d'un de vos patients démobilisés pour raison disciplinaire était attribuable à un trouble de santé non diagnostiqué, existe-t-il un mécanisme qui vous permet de modifier leur statut, de changer la raison de leur démobilisation?

Dre Cyd Courchesne: Je vais répondre, car j'ai eu à traiter de tels cas.

Auparavant, c'était possible. Si un militaire décidait d'accepter une libération volontaire plutôt que d'attendre qu'une décision médicale soit rendue et que l'on découvre plus tard qu'il aurait été préférable pour lui d'attendre afin de toucher les prestations auxquelles il aurait eu droit, nous pouvions modifier son statut rétroactivement. Il y a plusieurs années, les avocats nous ont dit que cette pratique était illégale. J'ignore aujourd'hui où en est ce dossier. À mon avis, il faudrait demander aux Forces canadiennes et aux avocats de la Direction du chef du personnel militaire si cette pratique est encore en vigueur.

M. Doug Eyolfson: En tant que professionnelle de la santé, croyez-vous qu'il soit préférable de revenir à l'ancien système qui permettait de faire de tels changements?

• (1255)

Dre Cyd Courchesne: C'est une décision administrative, une décision juridique. Mon expertise médicale n'a rien à voir dans tout cela.

M. Doug Eyolfson: D'accord. Merci.

Le président: Madame Wagantall, vous avez la parole pour quatre minutes.

Mme Cathay Wagantall: Je commence à comprendre. Les cliniques TSO sont la troisième ligne de défense. Lorsqu'ils se présentent dans vos cliniques, les vétérans ont déjà passé par la première et deuxième ligne. Dois-je comprendre que les cas que vous traitez sont les plus sérieux?

Dre Cyd Courchesne: Non. Il n'est pas nécessaire pour les vétérans de franchir d'abord les deux premières lignes de défense. C'est simplement qu'au plan médical, nous n'offrons pas un traitement de première ligne.

Mme Cathay Wagantall: D'accord. Donc, qui pose les diagnostics et aiguille les vétérans vers vous?

Dre Cyd Courchesne: Ils proviennent de plusieurs... Ce sont les médecins des Forces canadiennes et les gestionnaires de cas qui les aiguillent vers nous pour diverses raisons ou les vétérans se présentent directement à nos cliniques.

Mme Cathay Wagantall: D'accord, mais, comme vous l'avez souligné, les gestionnaires de cas sont essentiels.

Dre Cyd Courchesne: La ligne est mince.

Mme Cathay Wagantall: C'est grâce à eux si le processus fonctionne.

Je suis de la Saskatchewan. Cela vous explique certaines choses.

Dre Cyd Courchesne: Allez les Riders.

Mme Cathay Wagantall: Oui, s'il vous plaît, allez les Riders.

Comme vous l'avez souligné, la différence entre les obstacles auxquels vous êtes confrontés, le manque d'espace, la nécessité d'ouvrir plus de cliniques... Nous avons besoin de plus de cliniques de santé mentale. On parle également de la nécessité de créer deux centres d'excellence, mais ça, c'est une autre paire de manches, non?

M. Michel Doiron: Oui.

Mme Cathay Wagantall: Quel devrait être la priorité?

Nous avons un montant *X* à investir. Qu'est-ce qui aiderait la majorité des vétérans?

M. Michel Doiron: La lettre de mandat du ministre faisait état de deux centres d'excellence, c'est exact?

Mme Cathay Wagantall: Oui.

M. Michel Doiron: Un de ces centres concerne la santé mentale et les TSPT. Je vais laisser la Dre Courchesne vous en parler, car je crois que l'ouverture de ce centre ne devrait pas tarder.

Mme Cathay Wagantall: J'aimerais aussi savoir où ils se trouvent, par rapport aux autres. Ne serait-il pas utile d'en ouvrir un, disons, dans l'ouest du pays?

Dre Cyd Courchesne: Il y en a déjà un.

Mme Cathay Wagantall: En Saskatchewan?

Dre Cyd Courchesne: Il y en a un à Edmonton, à Calgary et à Vancouver.

J'aime la Saskatchewan. Mon conjoint est originaire d'Humboldt, en Saskatchewan. Je connais la province.

Les cliniques ont été installées près des grandes bases, comme Valcartier et Edmonton, près des cliniques des Forces canadiennes, de façon à accueillir les militaires qui quittent les forces. C'est ce qui a guidé le choix des emplacements à l'époque. Il y a une base d'entraînement, à Moose Jaw, où l'on trouve des militaires plutôt jeunes qui désirent devenir pilotes de chasse, mais ils ne représentent pas une masse critique. Ce n'est pas parce que nous n'aimons pas la Saskatchewan ou que nous l'avons oubliée. À l'époque, les décisions ont été prises en fonction de la masse critique.

Dans le cadre de nos recherches, nous tentons de déterminer où sont les vétérans et quels sont les besoins. Je ne veux pas vous donner l'impression que j'aimerais qu'il y ait plus de cliniques de santé mentale. À mon avis, sauf en Saskatchewan, et nous étudierons cette possibilité...

Des voix: Oh, oh!

Dre Cyd Courchesne: Nous devons élargir les installations que nous avons déjà, car elles servent déjà une masse critique et l'expertise nécessaire s'y trouve déjà. Elles fonctionnent bien. C'est ce que... le but serait d'élargir les cliniques actuelles, pas d'en ajouter.

Mme Cathay Watantall: D'accord.

M. Michel Doiron: Je tiens à souligner que les services sont disponibles. Nous allons ouvrir un bureau. Il y en aura donc un à Regina et un à Saskatoon. Mais, que l'on ouvre ou non une clinique TSO en Saskatchewan, les services de santé mentale offerts par les cliniques TSO sont disponibles dans la province. Je tiens vraiment à le souligner.

Si je ne m'abuse, lors de ma comparution précédente, vous avez parlé des psychiatres ou psychologues en Saskatchewan, ou plutôt du manque de psychiatre et de psychologues...

Mme Cathay Wagantall: On les fait venir d'autres provinces, par avion.

M. Michel Doiron: C'est une question que nous prenons très au sérieux. Nous devons nous assurer que les vétérans ont accès aux services, peu importe où ils habitent, que ce soit à Edmonton, à Calgary ou ailleurs.

On me fait signe du doigt ou de la main...

Des voix: Oh, oh!

M. Michel Doiron: Je suis désolé

Le président: Oui, c'était dans ma carrière précédente.

Notre dernière intervenant sera Mme Mathysen. Vous avez la parole.

Mme Irene Mathysen: Dans sa recommandation 6, le vérificateur général parle de la sensibilisation des familles afin

d'assurer la présence d'un système de soutien. Nous savons que le soutien familial est le meilleur moyen de contribuer à une bonne santé mentale.

Vous avez accepté de mener un projet pilote où les familles des vétérans auraient accès aux services des centres de ressources pour les familles des militaires. Quelles seraient les conséquences de ce projet pilote? Où en êtes-vous dans ce projet pilote?

● (1300)

M. Michel Doiron: Je ne veux pas présupposer quels seront les résultats du projet pilote. Toutefois, il a été démontré que lorsque la famille participe au traitement, que ce soit pour un problème de santé mentale ou autre, le résultat est plus bénéfique pour les patients. Mais, il faudra attendre les résultats du projet pilote.

Le projet pilote est en cours et les participants ont accès aux CRFM. Aucune annonce n'a été faite à l'échelle nationale, seulement à l'échelle locale. Nous assurons le financement et les FAC s'occupent des activités. Tout est en marche. Je rencontrerai bientôt les gestionnaires ou directeurs des CRFM sur une base individuelle afin de voir comment les choses se déroulent, car j'aimerais m'assurer que les gens qui sont censés utiliser leurs services les utilisent.

Mme Irene Mathysen: Où a lieu le projet pilote? Pouvez-vous nous le dire?

M. Michel Doiron: Je ne me souviens pas trop. J'ai probablement cette information ici, dans mes papiers, mais je pourrais vous faire parvenir cette information.

Mme Irene Mathysen: Combien de centres y participent?

M. Michel Doiron: Il y en a sept.

Mme Irene Mathysen: Et vous pourrez nous dire où ils se trouvent?

M. Michel Doiron: Oui, nous pouvons vous faire parvenir cette information. J'ai cette information ici, mais je ne me souviens pas exactement.

Mme Irene Mathysen: J'aimerais aussi connaître le niveau de financement. J'ai participé à de nombreuses activités à l'intention de familles militaires, comme des ventes de pâtisseries ou des marathons de marche, pour venir en aide à ces familles. C'est un soutien très important. J'aimerais donc connaître le niveau de financement.

Une dernière chose. Une autre des recommandations du vérificateur général concernait le transfert efficace des dossiers médicaux. Dans son rapport de 2014, il recommande que lorsque les militaires quittent les Forces, on leur remette une carte d'identité de soins de santé afin qu'ils puissent avoir accès à tout moment à leurs dossiers médicaux tout au long de leur vie. Comme l'a souligné la Dre Courchesne, 75 % des vétérans qui se présentent dans les cliniques TSO le font après plusieurs années.

Est-ce un projet que vous étudiez? À mon avis, il s'agit d'une recommandation importante.

Le président: Il vous reste environ cinq secondes pour répondre.

M. Michel Doiron: Oui.

Le président: Merci. Cela met un terme aux questions des membres.

Au nom du Comité permanent des anciens combattants, je tiens à vous remercier tous les trois d'avoir pris le temps de venir témoigner, malgré votre horaire chargé. Je vous remercie également de tout le travail que vous faites pour nos valeureux vétérans.

J'aurais quelques informations à communiquer aux membres du Comité. La séance de mardi prochain servira à la réunion du sous-comité directeur. Nous informerons les membres concernés de l'endroit où aura lieu la réunion.

Quelqu'un voudrait proposer une motion d'ajournement? Votre nom est trop difficile à prononcer. Je vais donc me tourner vers M. Fraser.

Des voix: Oh, oh!

M. Colin Fraser: Je la propose.

(La motion est adoptée.)

Le président: Merci. La séance est levée.

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.

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.

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