



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent des anciens combattants

ACVA



NUMÉRO 052



1^{re} SESSION



42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mercredi 3 mai 2017

Président

M. Neil Ellis

Comité permanent des anciens combattants

Le mercredi 3 mai 2017

• (1540)

[Traduction]

Le président (M. Neil Ellis (Baie de Quinte, Lib.)): La séance est ouverte.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement et à la motion adoptée le 6 février 2017, le Comité reprend son étude comparative des services offerts aux anciens combattants à l'étranger.

Durant la première heure, nous accueillons John Genise, directeur exécutif, Gestion des cas de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (Ontario). Vous aurez 10 minutes, puis nous passerons aux questions.

Je cède la parole à M. Genise.

M. John Genise (directeur exécutif, Gestion de cas, Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (Ontario)): Merci, monsieur le président, et merci aux membres du Comité permanent.

Je vous remercie de me donner l'occasion de témoigner aujourd'hui. C'est quelque chose que j'ai rarement l'occasion de faire dans l'exercice de mes fonctions normales.

Comme vous l'avez dit, je m'appelle John Genise. Je suis directeur exécutif, Gestion des cas pour la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. Je suis aussi résident d'Ottawa.

Je vais vous parler rapidement de la CSPAAT. Nous sommes l'une des plus grandes organisations du genre en Amérique du Nord. Nous fournissons une assurance contre les accidents de travail à plus de 5 millions de travailleurs et plus de 300 000 employeurs à l'échelle de l'Ontario. Nous recevons en moyenne 230 000 demandes par année. Nous recueillons plus de 4,5 milliards de dollars auprès des employés pour financer le système. Nous n'utilisons aucun denier public. Voici une donnée pertinente pour le Comité: nous avons reçu 3 800 demandes liées au stress traumatique en 2016 et nous gérons activement 1 300 dossiers de cette nature.

En ce qui concerne les critères d'entrée prévus dans nos politiques, il y en a quelques-uns. Si un travailleur désigné, qui est généralement un premier intervenant, reçoit un diagnostic d'état de stress post-traumatique et qu'il répond à des critères d'emploi et de diagnostic précis, son état est présumé être survenu du fait et au cours de son emploi, jusqu'à preuve du contraire. Nous avons donc une clause de présomption.

Tout autre travailleur a droit à des prestations relativement à un état de stress traumatique si celui-ci est une réaction aiguë à un événement traumatisant soudain et imprévu qui est survenu au cours de son emploi. Un événement traumatisant peut résulter d'un acte criminel, d'un harcèlement ou d'un accident horrible. Dans tous les

cas, l'événement doit être clairement et distinctement identifiable, objectivement traumatisant et imprévu dans le cadre des tâches habituelles ou quotidiennes de l'emploi ou de l'environnement de travail de la personne. La politique prévoit trois types d'événements: une réaction aiguë, un effet cumulatif et le harcèlement. Je vais maintenant vous en dire un peu plus à notre sujet.

Pour ce qui est des sujets d'intérêt pour le Comité, je vais vous parler rapidement de l'indemnisation pour la douleur et la souffrance. L'assurance offerte par la CSPAAT remplace les salaires perdus, couvre les coûts de soins de santé et aide les travailleurs à retourner au travail en toute sécurité. Nous n'offrons pas d'indemnisation pour la douleur et la souffrance. Nous offrons une indemnité ou des prestations pour perte non financière en cas d'anomalie ou de perte fonctionnelle résultant d'une blessure. Cette indemnité est exprimée en pourcentage de « déficience de la personne globale » selon les critères d'évaluation établis dans un barème; nous utilisons le guide de l'AMA. En 2017 le montant prévu, le montant de base de la « personne globale », était d'environ 59 000 \$. Le montant de base est ensuite rajusté au moment de la blessure et en fonction de l'âge des travailleurs. Le montant est rajusté à la hausse pour chaque année au cours de laquelle la personne a moins de 45 ans ou à la baisse pour chaque année au cours de laquelle elle a plus de 45 ans.

Pour ce qui est du remplacement du salaire à court et à long terme, l'assurance offerte par la CSPAAT couvre les pertes de gains totales ou partielles, à compter du premier jour ouvrable suivant la blessure. Les prestations sont calculées en date de la blessure et fondées sur le plafond salarial annuel. Nous payons 85 % des gains moyens nets. Le versement des prestations pour perte de gains se poursuit jusqu'à ce que la perte de gain du travailleur prenne fin, que le travailleur ne soit plus atteint d'une déficience par suite de la lésion — et qu'il soit peut-être de retour au travail — ou jusqu'à son 65^e anniversaire de naissance, selon la première de ces éventualités. Après 72 mois, les prestations pour perte de gains deviennent permanentes et sont versées au travailleur jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de 65 ans. Les prestations sont versées toutes les deux semaines et indexées chaque année en fonction de l'inflation.

Pour ce qui est du soutien additionnel offert aux anciens combattants gravement blessés — c'est l'un des sujets qui vous intéressent — notre approche est d'abord axée sur le rétablissement et l'accès à des soins médicaux de qualité, le tout accompagné de services de soutien pour le retour au travail dans les cas où cela est indiqué. Les travailleurs doivent avoir reçu un diagnostic prévu dans le DSM pour avoir droit à des services. En outre, nous payons souvent pour l'évaluation avant même d'avoir accepté la demande. Souvent, les travailleurs n'ont pas les moyens de se faire évaluer pour respecter les critères d'admissibilité, et nous payons donc pour eux, même si, au bout du compte, nous n'acceptons pas la demande. Notre approche en matière de gestion de ces dossiers est fondée sur une équipe multidisciplinaire composée de gestionnaires de cas ainsi que d'infirmières et d'infirmiers désignés. Nous travaillons aussi avec des spécialistes en réinsertion qui oeuvrent dans les collectivités des travailleurs. Nous avons aussi recours à des services médicaux à forfait. Nous possédons des listes de psychiatres et de psychologues spécialisés à l'échelle de la province afin d'accélérer la prestation des soins à ces clients. Nous misons aussi sur le Centre de toxicomanie et de santé mentale, le CTSM, pour les évaluations et le traitement.

• (1545)

En ce qui concerne les services de transition et de réadaptation, j'ai dit plus tôt qu'un réseau de fournisseurs a été mis sur pied pour fournir un soutien et fournir des évaluations et des recommandations liées à une expertise clinique aux travailleurs dans les collectivités à l'échelle de l'Ontario. Cela signifie que nous pouvons agir rapidement et fournir aux travailleurs les traitements dont ils ont besoin. Pour nous, le retour au travail est central. Nous voulons nous assurer de rétablir les capacités des travailleurs avant d'aller de l'avant dans ces dossiers.

Des spécialistes de la transition professionnelle interviennent rapidement dans le traitement des demandes liées au stress post-traumatique, avant même que le travailleur ne soit prêt à travailler. Nous misons sur une approche axée sur la collaboration pour planifier le retour au travail, en faisant intervenir le client, l'employeur et le médecin traitant afin de créer un plan. Lorsque les travailleurs sont prêts à retourner au travail, nous continuons à les soutenir pendant qu'ils travaillent et nous les aidons à relever les défis et à surmonter les obstacles.

Voilà qui termine mon exposé sur les quatre sujets sur lesquels vous vouliez principalement nous entendre.

Je serai heureux de répondre à vos questions.

Le président: Merci.

Nous allons commencer par M. Kitchen pendant six minutes.

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

Merci, monsieur Genise, d'être là aujourd'hui.

Comme vous le savez, en ce moment, essentiellement, nous réalisons une étude comparative des services offerts aux anciens combattants à l'étranger. Votre présence ici nous donne une idée de ce qui se passe dans une autre administration — pas nécessairement un autre pays —, mais dans une autre administration qui fournit des services. Cela permet aussi de savoir de quelle façon vous gérez cet aspect du dossier.

Je viens de la Saskatchewan. En tant que chiropraticien, là-bas, j'ai eu à interagir avec la CAT de la Saskatchewan. Je ne connais pas bien la CSPAAT. Je comprends que chaque province fait face à des enjeux différents en matière de CAT et à ses propres façons de les gérer.

L'une des principales choses dont il est question, c'est de permettre aux personnes de retrouver leur état antérieur à l'accident. C'est l'enjeu central. Vous en avez parlé rapidement lorsque vous avez parlé du retour au travail et de l'aide que vous fournissez aux travailleurs à cet égard.

Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur votre façon de voir ce rôle? Vous pourriez peut-être aussi nous dire de quelle façon cela pourrait s'appliquer à la population des vétérans, aussi.

• (1550)

M. John Genise: Notre objectif principal au sein de la CSPAAT, et je crois que c'est le cas à l'échelle de la province, c'est le retour au travail. Cependant, ces cas sont particulièrement difficiles en raison de leur nature, et nous essayons donc de créer une solide plateforme médicale pour nous assurer de ne pas aller en terrain inconnu. Comme je l'ai dit plus tôt, on mise sur la collaboration. Nous adoptons une approche moins rapide dans ces cas que dans le cas de quelqu'un qui a eu une foulure, par exemple, parce que ces personnes ont besoin de plus de soins.

Nous offrons un certain nombre de programmes, mais, principalement, il s'agit d'un lent processus de réintégration au sein de la population active. C'est aussi un effort planifié. Nous soutenons nos clients grâce à une équipe multidisciplinaire, et il y a donc du personnel infirmier qui est là pour aider les clients à relever leurs défis médicaux. Habituellement, nous avons des intervenants sur le terrain pour faciliter la réintégration auprès de l'employeur où l'accident a eu lieu. Il y aura quelqu'un, qui est là en personne, qui planifie les choses avec le travailleur et fait intervenir le médecin, afin que, ensemble, tous puissent participer au retour au travail.

Vous avez mentionné le retour à l'emploi et aux fonctions antérieures à l'accident. C'est l'objectif ultime, mais nous commençons très lentement et de façon progressive, particulièrement dans ces cas. Ce sont des dossiers plus difficiles, et nous voulons peut-être garantir le succès en procédant lentement et en respectant un plan bien réfléchi.

Si nous pouvons retourner un employé au travail un jour par semaine ou deux heures par jour, selon ses besoins médicaux, c'est ce que nous ferons, parce que, lorsque les travailleurs n'ont pas accès à leur environnement de travail habituel, ils n'ont plus accès à leur environnement social, leur filet de sécurité, si je peux m'exprimer ainsi. Même le fait de les réintégrer au sein de la population active dans une capacité moindre, quelle que soit la capacité, réaffirme leur relation d'emploi auprès de leurs pairs et de leurs superviseurs. Nous constatons souvent qu'y aller lentement est la meilleure façon de procéder.

M. Robert Kitchen: Dans le cadre de nos études, nous avons souvent entendu dire que les problèmes de stigmatisation sont une importante préoccupation quant à la façon dont nos vétérans composent avec la transition. Que ce soit une maladie mentale, un TSPT ou une blessure physique — quelle que soit la capacité dont il est question —, l'enjeu, c'est de savoir si le soldat peut être déployé. C'est l'enjeu principal.

Lorsque j'ai eu à gérer de tels dossiers en tant que médecin, j'ai souvent vu des gens passer entre les mailles du filet. Qui est responsable des dossiers? Qui est le chef? Est-ce le médecin, le chiropraticien, le physiothérapeute, l'infirmière ou l'infirmier? De quelle façon peut-on gérer ces dossiers pour nous assurer que ce ne soit pas préjudiciable pour nos clients?

M. John Genise: Notre quart arrière, pour ainsi dire, c'est le gestionnaire de cas. C'est lui qui coordonne tout ce qui se produit en milieu de travail et sur le plan médical. C'est le point de contact lorsqu'il y a des défis ou des obstacles. C'est lui qui est là pour déterminer de quelle façon on peut surmonter les problèmes.

Nous misons sur des spécialistes de la transition professionnelle qui se rendent sur le lieu de l'emploi et qui, ainsi, créent des plans en collaboration avec le superviseur sur le terrain et l'employé ainsi que le personnel médical choisi par l'employeur et le syndicat. Tous ces gens créent un plan. Tout le monde souscrit au plan de façon à ce que les attentes liées au processus soient claires pour tout le monde. Par conséquent, tout le monde connaît aussi ses responsabilités.

Nous avons effectivement à composer avec la stigmatisation. Je ne suis pas sûr que c'est la même chose, mais il y a probablement des similitudes quant à la façon dont nous gérons ce problème. Nous responsabilisons l'employeur en ce qui a trait à son milieu de travail et sa culture au travail, et si le plan n'est pas bon, pour une raison ou pour une autre, nous ne mettrons pas quelqu'un en danger tant que nous ne sommes pas convaincus qu'il sera traité avec dignité et respect requis conformément aux lois du pays. Il y a le ministère du Travail qui protège ces choses. C'est l'employeur qui est responsable, parce que c'est son milieu de travail, c'est sa culture. Nous espérons que les superviseurs de première ligne et leurs supérieurs soutiennent un retour au travail progressif.

Dans le cadre de notre système pour les employeurs, il y a un avantage financier à assurer un retour au travail rapide du travailleur. C'est un système d'assurance et donc, plus longtemps nous versons des prestations, plus longtemps l'employé ne travaille pas, plus ce sera dispendieux pour l'employeur. Il y a des incitatifs financiers qui poussent les employeurs à mettre au point un bon plan, parce que, si le plan échoue, nous ressortirons le travailleur de l'environnement de travail et nous aurons peut-être à tout recommencer avec le même employeur ou avec un autre employeur, ce qui peut devenir encore plus dispendieux pour le modèle d'assurance.

• (1555)

Le président: Merci.

Monsieur Fraser.

M. Colin Fraser (Nova-Ouest, Lib.): Merci beaucoup d'être là aujourd'hui et de nous avoir présenté votre exposé.

Je viens de la Nouvelle-Écosse, où nous avons la Commission d'indemnisation des accidents du travail de la Nouvelle-Écosse, mais je crois savoir que c'est différent, ici, en Ontario, comme c'est aussi différent dans les autres provinces. En ce qui concerne les indemnisations versées, pouvez-vous nous expliquer exactement ce à quoi le travailleur doit s'attendre du point de vue économique? Reçoit-il un plein salaire? Quel pourcentage de son salaire antérieur à la blessure reçoit-il?

M. John Genise: Nous retenons la date de la blessure pour calculer les revenus: quels étaient les revenus au moment de l'accident? Nous prenons le salaire brut au cours des quatre semaines précédant l'accident pendant les 12 premières semaines. Nous prenons le salaire brut, duquel nous retirons le RPC, l'AE et l'impôt sur le revenu. Nous obtenons ainsi le salaire moyen net. Puis, nous versons 85 % de ce montant.

M. Colin Fraser: D'accord, ils reçoivent 85 % de ce qu'ils auraient reçu s'ils n'avaient pas été blessés.

M. John Genise: Oui.

M. Colin Fraser: Et pourquoi versez-vous 85 % plutôt que le montant total?

M. John Genise: C'est une question liée à la loi. Je crois que c'est en partie parce que les travailleurs ont un peu moins de dépenses lorsqu'ils ne travaillent pas, puisqu'ils n'ont pas à aller au travail; il suffit de penser au transport et à tous les autres facteurs liés à la capacité de gagner de l'argent. Je crois que c'est le facteur fondamental.

M. Colin Fraser: Si le travailleur peut s'acquitter d'autres tâches ou d'une autre fonction ou être rémunéré financièrement d'une autre façon pendant qu'il touche une indemnisation des accidentés du travail — par exemple parce qu'il a une entreprise à la maison et ce genre de choses — est-ce que la CSPAAT en tient compte au moment de déterminer si la personne sera admissible ou non?

M. John Genise: Pour ce qui est de nos prestations, la personne est admissible au moment où l'on détermine que l'accident au travail répond aux critères. Par la suite, nous évaluons la capacité de la personne de gagner un revenu. Si elle est incapable de gagner quoi que ce soit, nous lui verserons le montant total, 85 % de ses revenus nets. Pendant son rétablissement, nous lui fournirons des traitements et ainsi de suite.

Nous mettons l'accent sur les capacités. Par conséquent, dès le début, si le travailleur est capable de travailler, une des obligations de l'employeur est de lui offrir des tâches modifiées. S'il doit accepter ces tâches modifiées et essayer une diminution de salaire, nous allons indemniser le travailleur à hauteur de 85 % de la différence nette. Même si la personne peut seulement travailler deux heures par jour, comme je l'ai expliqué tantôt, nous l'indemniserons à hauteur de 85 % de la différence.

Si le travailleur lance une entreprise à la maison, c'est un peu différent, parce qu'il se retire lui-même de la relation employeur/employé dans le cadre de notre dossier, et cela nous indiquerait qu'il a certaines capacités. Dans un tel cas, nous irions voir l'employé et nous lui dirions: « Si vous pouvez travailler de la maison, vous pouvez travailler pour votre employeur. » Si l'employeur, pour une raison ou pour une autre, met fin à ses activités ou est incapable de redonner à la personne son emploi, alors nous regarderons les capacités du travailleur et ses débouchés ailleurs que chez l'employeur où l'accident a eu lieu. Dans un tel cas, nous procéderions à une évaluation des capacités de la personne à gagner un revenu ailleurs que chez l'employeur où l'accident a eu lieu à la lumière de ses compétences et habiletés actuelles. Nous mettrions ensuite en place un programme de réadaptation adaptée à la situation afin de maximiser son potentiel de gain et nous soutiendrions la personne pendant ses études ou toute mesure requise pour y arriver. Puis, espérons-le, nous pourrions lui trouver un emploi.

M. Colin Fraser: J'imagine que, dans certains cas, il est évident que la personne ne peut pas s'acquitter de ses anciennes tâches dans son milieu de travail, et il y a d'autres cas où ce n'est pas aussi clair. La santé mentale, la toxicomanie et ce genre de choses créent des situations qui ne sont pas toujours évidentes.

Pouvez-vous nous donner une idée de la façon dont vous procédez à de telles évaluations? S'il y a un désaccord entre ce que l'employé dit être capable de faire et ce que l'employeur affirme qu'il devrait pouvoir faire, de quelle façon ces situations sont-elles réglées?

M. John Genise: Encore une fois, le quart-arrière, c'est le gestionnaire de cas, c'est la première personne qui s'attaque à ce problème. Lorsque nous obtenons un dossier et que la demande est admissible, nous procédons à une évaluation minutieuse du travailleur et de ses capacités, compétences et obstacles et de sa situation médicale. De plus, nous réalisons une évaluation de l'employeur et de ses capacités et antécédents en ce qui a trait à la réintégration des travailleurs dans leurs fonctions.

Nous avons aussi le droit de recueillir tous les renseignements médicaux nécessaires liés à la zone de la blessure, et nous facilitons la prestation de soins pour nous assurer que les travailleurs obtiennent les meilleurs traitements, et ce, le plus rapidement possible.

Nous avons une très bonne et très saine compréhension de leurs capacités physiques, et ce, habituellement avant qu'on procède à une intervention de retour au travail, si je peux m'exprimer ainsi, ou avant même qu'on prévoie un tel retour.

En ce qui a trait aux différends liés à l'évaluation, nous essayons d'utiliser les rapports du médecin du travailleur en tant que principale source d'information sur les capacités, parce que le travailleur a le droit de choisir son médecin. Lorsqu'un cas ou un dossier médical ne progresse pas comme on pourrait s'y attendre — par exemple, dans le cas d'une foulure, lorsqu'il semble y avoir d'autres choses qui persistent, par exemple —, alors, nous nous tournons vers certains de nos cliniques spécialisées ou fournisseurs préférés pour donner aux travailleurs un type de soins accrus, par exemple, l'accès à un spécialiste ou je ne sais quoi d'autre, tout en assurant la participation du médecin traitant afin que les conclusions tiennent compte des opinions de tous les intervenants.

Au bout du compte, nous tentons de ne pas prendre nos décisions en fonctions de ce que l'employeur dit, parce qu'il n'a aucune idée des capacités du travailleur au travail ou à l'extérieur de l'emploi. Nous tenons compte de l'évaluation médicale du travailleur, et nous tentons de convenir avec ce dernier de ses capacités — pas nécessairement ses capacités professionnelles, mais ses capacités de façon générale —, puis, nous exigeons d'un employeur qu'il tente d'adapter le milieu de travail aux capacités cernées.

Il est possible que le travailleur peut seulement faire une tâche très simple comme classer des dossiers, mais au moins de cette façon, le travailleur est de retour dans le milieu de travail, et c'est notre objectif dès le début. Comme je l'ai déjà dit, nous voyons naître des relations axées sur la collaboration positive lorsque quelqu'un retourne dans son milieu de travail.

• (1600)

M. Colin Fraser: S'il y a un différend, une constatation de fait liée à une décision de la CSPAAAT relativement aux capacités personnelles de l'employé et que ce dernier n'est pas d'accord, y a-t-il un mécanisme lui permettant de contester ce...

M. John Genise: Oui, il y a un mécanisme.

M. Colin Fraser: ... et pouvez-vous le décrire?

M. John Genise: Oui, notre premier mécanisme, en fait, c'est que, habituellement, dans de telles situations, nous demandons à nos médecins à forfait d'appeler le médecin traitant ou de communiquer avec lui pour discuter des constatations. Selon nous, cette technique de règlement des différends est positive, parce que c'est un médecin qui parle à un autre médecin, plutôt qu'une entité gouvernementale qui parle à un médecin, situation qui ne nous est pas toujours favorable. Par conséquent, nous essayons de nous assurer qu'un médecin parle au médecin traitant et établit un plan.

S'ils sont complètement en désaccord — le médecin dira que la personne ne pourra jamais travailler et nous disons: « Eh bien, à la lumière de nos constatations en physiothérapie et de nos lignes directrices, nous croyons que ce travailleur a certaines capacités » — au bout du compte, dans ce genre de dossier, nous prendrions une décision fondée sur les faits et nous fournirions des explications. Il y a aussi un mécanisme d'appel interne.

Le président: Merci.

Madame Benson.

Mme Sheri Benson (Saskatoon-Ouest, NPD): Merci, monsieur le président.

Je tiens aussi à remercier John d'être là.

J'ai deux ou trois questions, deux en fait. Vous avez parlé des premiers répondants et des gens qui doivent composer avec des événements très traumatisants et des événements assez majeurs, et vous avez dit que ces personnes bénéficient d'une clause présomptive. J'aimerais que vous nous en parliez. Est-ce pour un groupe précis de travailleurs? D'une certaine façon, on reconnaît que leur travail est différent de celui des autres.

Pouvez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet?

M. John Genise: Une nouvelle loi provinciale a été adoptée en 2016 et elle admet les troubles de stress post-traumatique pour les premiers répondants. Dans le projet de loi, il y avait une liste, et je crois qu'il y en a environ 25. Je n'ai pas la liste, ici, aujourd'hui, mais on parle des conducteurs d'ambulance, des policiers, du personnel d'urgence, des pompiers... c'est donc dire des gens qui interviennent dans les pires situations auxquelles est soumise l'espèce humaine. Plutôt que de leur demander de défendre leur cas lié à leur environnement de travail, ce que nous tentons habituellement de faire, c'est d'obtenir un diagnostic avant de donner droit à cette présomption, et il doit s'agir d'un diagnostic tiré du DSM-IV.

Comme je l'ai dit tantôt, un bon point auquel vous devez porter attention, c'est que s'ils n'ont pas obtenu un diagnostic, parce qu'ils sont tout simplement traités par leur médecin de famille, cela ne devrait pas les empêcher d'avoir accès à notre soutien. Ces gens essaient de s'y retrouver dans le système et ils ont des problèmes. La vie est déjà assez difficile, d'autant plus lorsqu'on vit des problèmes, et nous payons donc pour l'évaluation, même si nous n'avons pas encore accepté la demande. Nous leur permettons d'obtenir un diagnostic ou non et, dans l'affirmative, ils auront alors accès à l'ensemble de nos prestations.

Mme Sheri Benson: Effectivement. Je le demande, parce que certaines personnes pourraient continuer à travailler dans ces types d'emploi et avoir eu ou avoir des problèmes de stress post-traumatique sans le savoir.

M. John Genise: Sans le savoir, effectivement, ou encore ils y donnent un autre nom. Nous voulons donc officialiser le tout. Dans cette loi, nous tentons de faire en sorte qu'il ne soit pas difficile pour quelqu'un de présenter une demande ni d'admettre leur admissibilité. On peut ainsi intervenir auprès de ces personnes rapidement et leur offrir les bons soins dont ils ont besoin.

Le plus important, c'est que nous pouvons ainsi tenter de les réintégrer au travail le plus rapidement possible, parce que nous savons tous que plus longtemps on est loin du travail — quel que soit le travail —, plus il sera difficile de revenir. J'ai pris deux semaines de vacances et je ne voulais plus retourner au travail.

• (1605)

Mme Sheri Benson: Exactement.

Pouvez-vous nous dire de quelle façon vous vous assurez que le processus de demande d'indemnisation ne soit pas un obstacle pour ces personnes? Vous avez mentionné en quelque sorte que...

M. John Genise: Les gens n'ont pas à prouver que le diagnostic est lié à leur emploi, parce qu'il a déjà été déterminé que la nature de leur emploi est la cause présumée ou a le potentiel de l'être vu le type de blessures.

Mme Sheri Benson: Je voulais aussi vous poser une question sur le processus de demande et la paperasse que doivent remplir les gens qui ont accès aux services de la CAT; je viens de la Saskatchewan, alors je vais continuer à dire CAT.

Est-ce difficile? Avez-vous reçu des commentaires? Avez-vous amélioré le processus? C'est quelque chose qu'on entend souvent, pas seulement de la part des vétérans, mais, assurément, de gens qui tentent d'avoir accès de façon générale aux services gouvernementaux.

M. John Genise: Au titre de la loi, c'est l'employeur qui, lorsqu'il apprend qu'un travailleur tente d'obtenir des soins médicaux ou s'absente du travail, a l'obligation juridique de la déclarer à la CSPAAT. C'est le principal moyen.

Deuxièmement, si l'employeur est non conforme ou ne fait pas ce qu'il est censé faire, le travailleur peut présenter une demande en tout temps. Si un travailleur consulte un médecin en Ontario ou se rend à l'urgence, par exemple, et qu'il dit « je me suis blessé au travail », le fournisseur de soins de santé a alors la responsabilité, au titre de la loi, de nous envoyer un formulaire à partir duquel nous préparons une demande. Puis, nous allons voir les autres parties, l'employeur en particulier, pour lui demander: « Saviez-vous que ce travailleur obtenait des soins médicaux? » Nous commençons le processus de cette façon.

Habituellement, ce n'est pas un obstacle important.

Mme Sheri Benson: D'accord.

Vous n'en avez pas parlé directement, et je ne suis pas sûre que vous avez les données à portée de main, mais à quelle fréquence les gens présentent-ils un appel?

J'aime bien le processus dont vous avez parlé. S'il y a un désaccord au sujet des capacités de quelqu'un, lorsque cette personne doit retourner au travail ou ce genre de choses, il y a un moyen de régler le différend. À quelle fréquence les gens présentent-ils des appels? Je ne veux pas, ici, parler d'un taux de réussite. J'aimerais simplement savoir, d'une certaine façon, de quelle façon le système fonctionne selon vous.

M. John Genise: Quatre-vingt-douze pour cent de nos travailleurs retournent à un emploi valorisant dans les 12 mois, quoique pas toujours pour l'employeur où a eu lieu l'accident. S'ils travaillent pour une entreprise de transport de croustilles par camion et qu'elle fait faillite, nous allons les réintégrer dans la population active, d'une manière ou d'une autre. Nous avons fait beaucoup de chemin.

Comme je l'ai mentionné au tout début, là où nous connaissons du succès, c'est dans l'approche de gestion de cas. Dès qu'un cas est mis à notre disposition et que le travailleur ne travaille plus, nous commençons vraiment un processus de planification qui suppose la participation du travailleur et de l'employeur dès le tout début.

En fait, nous communiquons dès le premier jour. Lorsqu'un cas est adressé à l'un de mes gestionnaires de cas, ici, à Ottawa, il est attendu — quoique ce n'est pas toujours appliqué — qu'il téléphonerait aux deux parties du lieu de travail et qu'il élaborerait un plan complet. Ce plan pourrait ne pas être un retour au travail, car nous avons affaire à des accidents horribles, mais, au moins un plan

médical est mis en place. Nous tenons l'employeur au courant de la nature du plan et de notre objectif.

Au tout début, nous établissons une relation avec toutes les parties. Nous sommes toujours à l'affût. Nous effectuons une analyse des obstacles et des problèmes potentiels dont on a des indications, par exemple, s'il y a un discours dans le milieu de travail ou s'il s'agit d'un environnement syndiqué et que cela pose problème, ou bien qu'on entend dire « je n'aime pas mon superviseur » ou « je n'ai pas de médecin de famille ». Nous intégrons de nombreux éléments dans cette évaluation, puis nous tentons de supprimer ces obstacles en cours de route.

Nous tentons de faire participer les deux parties — plus particulièrement le travailleur, car il s'agit de notre principale personne-ressource — à nos activités et à la planification, en leur faisant comprendre que nous travaillons en vue du rétablissement et du retour au travail de la personne dès le départ.

Nous ne disons pas: « C'est demain ou lundi », selon les circonstances. Ce pourrait être le cas, mais nous disons habituellement: « Vous vous êtes cassé la jambe. Voici le traitement qui vous est prescrit. Vous allez consulter le spécialiste mercredi prochain. Je ferai un suivi auprès de vous le mercredi suivant afin de m'assurer que vous recevez le bon traitement de physiothérapie, et je discuterai de vos progrès avec vous toutes les deux semaines, dans l'optique selon laquelle nous allons tenter de vous ramener à un poste ou à un autre auprès de l'employeur pour qui vous travailliez au moment de votre accident. »

Nous exposons le plan dès le début, et nous l'adaptions en cours de route, si la situation change, d'un point de vue médical. Voilà notre approche.

Le président: Merci.

Madame Lockhart.

Mme Alaina Lockhart (Fundy Royal, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je vous remercie, monsieur Genise, de comparaitre aujourd'hui.

Comme vous le savez, nous tentons de comparer l'ensemble des services offerts par ACC à ceux de nombreuses autres administrations. L'un des éléments dont nous avons pas mal parlé, ce sont les services offerts par Anciens Combattants dans l'espoir d'aider les gens à effectuer la transition vers divers types de travail. Offrez-vous ces services de transition, et quels sont les services qui sont inclus?

•(1610)

M. John Genise: Oui, nous offrons des services de transition vers le travail. Leur premier rôle, c'est la réintégration auprès de l'employeur où a eu lieu l'accident, où le travailleur a été blessé, mais cette réintégration n'a pas toujours lieu, pour diverses raisons. Après que nous avons épuisé les possibilités de travail auprès de l'employeur en cause, nous examinons les capacités du travailleur à l'extérieur du lieu où il travaillait. Encore une fois, il s'agit d'un processus collaboratif, du point de vue de la planification. Nous effectuons une évaluation détaillée de ses caractéristiques professionnelles, de ses compétences et de ses capacités, dans le passé. Nous tentons d'utiliser les compétences que pourrait avoir eues le travailleur dans le passé afin de formuler un plan avec lui.

Nous rendons ce processus collaboratif en raison du facteur de réussite. Si le travailleur se sent mobilisé et qu'il a l'impression que, oui, c'est un bon plan, qu'il s'intéresse à l'informatique, par exemple, alors nous allons tenter, dans les limites de nos droits, de lui trouver un emploi dans le domaine qu'il veut. Si je veux devenir pilote d'hélicoptère, ce n'est peut-être pas approprié; toutefois, nous tentons d'adapter le plan en fonction de la rémunération du travailleur, car notre plan vise à atténuer sa perte salariale. Donc, si vous êtes une personne qui touche un salaire et que vous ne travaillez plus pour votre employeur, le plan ne sera peut-être pas aussi complet. Toutefois, si vous touchiez un salaire élevé, que vous ne pouvez pas retourner travailler pour votre employeur et que vos compétences sont limitées, nous allons probablement passer plus de temps à tenter de maximiser votre potentiel de rémunération à l'extérieur du lieu de l'employeur où s'est produit l'accident.

Mais, c'est un plan qui est élaboré en collaboration avec le travailleur, pas l'employeur, en l'occurrence, car il est écarté, pour ainsi dire, et le milieu médical participe à l'évaluation des capacités, des forces et des faiblesses du travailleur. Nous lui faisons faire la transition au moyen de ce plan. Il pourrait s'agir de faire des études; il pourrait s'agir d'une courte formation en cours d'emploi ou de quoi que ce soit, mais nous faisons participer le milieu médical à cette transition.

Mme Alaina Lockhart: Quand vous dites que ce pourrait être des études, vos services vont-ils jusqu'à payer les droits de scolarité et les programmes de formation?

M. John Genise: Oui.

Mme Alaina Lockhart: À quel niveau? Y a-t-il des plafonds? Y a-t-il des délais?

M. John Genise: Nous avons tous les niveaux. Nous recherchons la réussite, alors nous effectuons une analyse du marché de l'emploi afin de déterminer quelle est la situation du point de vue de l'employabilité, en Ontario et dans la région géographique du travailleur. Le plan doit être viable. De nombreux facteurs entrent en ligne de compte en ce qui a trait aux caractéristiques professionnelles du travailleur. S'il approche de l'âge de la retraite, qu'il n'a vraiment aucun intérêt à se lancer dans un nouveau domaine et qu'il n'a pas fait d'études depuis de nombreuses années, ce ne sera peut-être pas le meilleur plan. Alors, nous le faisons participer à cette planification. Par exemple, s'il est relativement jeune, qu'il vient tout juste de commencer sa carrière et qu'il est maintenant incapable de continuer en raison de son accident de travail et de son handicap, alors selon sa rémunération, nous établissons pour lui un plan qui pourrait être plus complet, d'après la rémunération qu'il touchait à ce moment-là.

Mme Alaina Lockhart: Offrez-vous des services à la famille des personnes qui sont blessées?

M. John Genise: Cela ne fait pas partie des services que nous offrons. Je sais que nous versons des prestations de survivant dans le cas de travailleurs qui ont été tués au travail. Toutefois, du point de vue des travailleurs et de leur famille, non, nous ne nous mêlons habituellement pas de cela.

Mme Alaina Lockhart: D'accord. Je pense que, dans le cas d'Anciens Combattants, une partie de la raison, c'est que nous reconnaissons le fait que les familles font...

M. John Genise: Tout à fait, oui.

Mme Alaina Lockhart: ... partie du rétablissement et de la transition, alors je voulais simplement vérifier si c'était le cas.

Selon vous, quel est le plus grand défi à relever dans le cadre de la prestation de vos services?

M. John Genise: Je m'en tiendrai seulement à la partie du stress et du traumatisme, car notre population est vaste et présente divers types de réclamations.

La stigmatisation est un défi. Nous avons découvert que l'accès aux soins médicaux est très difficile dans le milieu des travailleurs. Tout le monde ne vit pas à Ottawa ou à Toronto. Nous avons eu de la difficulté à obtenir même une évaluation de référence. Bien entendu, vous voyez de quoi je parle: nous avons besoin de cette évaluation sur laquelle nous appuyer pour aller de l'avant.

Nous avons pris l'initiative de le faire, et nous sommes un assureur important, alors nous avons un peu la possibilité d'utiliser notre taille. Nous venons tout juste de mettre sur pied un réseau de fournisseurs au sein du milieu des travailleurs. Nous tenons une liste de psychologues et de psychiatres précisément pour ces cas.

Il est certain que le milieu médical a présenté un défi. Nous l'avons surmonté. Nous tentons de le surmonter en facilitant la prestation de soins dans la collectivité.

Dans la plupart de ces cas, le retour au travail est très difficile. Les facteurs sont très nombreux, du transport aller-retour au travail — encore une fois, nous avons un peu évoqué la stigmatisation — à la capacité de gérer les dépistages, en passant par la charge cognitive. L'autre volet du défi, c'est peut-être la réticence de l'employeur, celle du superviseur de première ligne, ou bien l'absence de compréhension concernant ce qui est requis.

Quant à la façon dont nous surmontons une partie de ce défi, encore une fois, dès le tout début, nous tentons d'établir un plan complet, comprenant même le degré de scolarité des parties du lieu de travail qui sont sur place pour dire quelles sont les capacités du travailleur. Il ne peut travailler que pendant deux heures d'affilée. Il va avoir besoin d'une pause d'une heure. Si nous établissons un bon plan d'emblée et que les gens en comprennent les motifs, nos probabilités de réussite sont meilleures.

Les deux ou trois dernières choses sont les suivantes. Une de nos équipes se consacre à ces cas seulement. Elle a cette économie d'échelle associée au fait de travailler auprès de personnes qui présentent ces difficultés. Il ne s'agit pas d'une réclamation pour une blessure dorsale, puis pour un stress post-traumatique — vous voyez ce que je veux dire — puis, pour une blessure à la jambe. Les membres de l'équipe s'occupent précisément de ces cas, alors nous sommes en mesure de perfectionner leurs compétences en ce qui a trait à la façon de communiquer, y compris le fait que l'équipe n'accepte pas les réactions qu'on obtient habituellement d'une personne à première vue. Il se passe peut-être d'autres choses. L'équipe possède une vaste compréhension, et nous tentons de l'intégrer.

• (1615)

Mme Alaina Lockhart: Voulez-vous dire que vous avez affecté un travailleur social — je ne sais pas — aux blessures dorsales?

M. John Genise: Oui, qui se consacre à ces cas.

Mme Alaina Lockhart: Vous avez des travailleurs sociaux spécialisés dans les blessures au dos?

M. John Genise: Nous en avons pour certaines spécialisations. C'est le cas pour celle-là. Nous en avons certains autres. Nous disposons d'une équipe spécialisée dans les épaules, ici, à Ottawa. Certains domaines sont particulièrement complexes, d'un point de vue médical, et nous estimons qu'il est avantageux pour nous de disposer de gens qui sont qualifiés dans ces domaines.

Il en va de même pour l'affectation des infirmières. Elles sont très utiles pour prendre soin des travailleurs atteints d'un trouble de stress post-traumatique. Elles sont le genre de liaison ou d'intermédiaire entre le milieu médical et le travailleur. Souvent, les travailleurs ne comprennent pas ce que leur médecin leur demande.

Je pense que je parle un peu trop. C'est ma première fois, et probablement la dernière.

Le président: Merci.

Monsieur Bratina.

Tout le monde a beaucoup de questions à vous poser.

M. Bob Bratina (Hamilton-Est—Stoney Creek, Lib.): Eh bien, merci.

Nous discutons de prestation de services et de la complexité des demandes. Comment évaluez-vous votre rendement? Ce n'est probablement pas en fonction de ce qui est imprimé dans les médias, parce que, comme dans le cas de la plupart d'entre nous, ce ne sont que les situations difficiles qui sont montrées au public.

Qu'en est-il de votre évaluation? Selon vous, quelle est la mesure de votre succès?

M. John Genise: Nous adoptons une approche de type macro et micro. Le niveau macro, c'est notre succès général — comme je vous l'ai dit — du point de vue des taux de retour au travail. C'est dans le retour au travail que nous excellons. Tout d'abord, c'est le fonctionnement du travailleur, mais son retour au travail... et il s'agit d'un retour à un emploi valorisant. En tant qu'organisation, l'une de nos mesures premières consiste à nous demander si nous permettons à des travailleurs de retourner au travail, à un emploi valorisant, et s'il le conservera. Le retour à votre vie normale est d'une importance primordiale. Il s'agit là de l'une de nos mesures principales.

Outre cette mesure, nous avons beaucoup de freins et de contrepois en cours de route. Vous m'avez entendu affirmer que nous établissons un plan au tout début. Selon notre système, la communication doit avoir lieu dès le premier jour. Nous évaluons la qualité de ces plans et leur caractère opportun. Nous écoutons les appels téléphoniques de nos discussions de planification avec nos clients pour en vérifier la qualité.

Au niveau macro, nous regardons comment le cas est géré de tous les angles. Nous voulons nous assurer qu'un plan complet est en place, que des étapes clés ont été établies. Si le plan a changé, pas de problème, mais le changement est-il justifié?

Nous sommes pas mal sur le terrain en ce qui concerne la façon dont nous gérons chaque cas. Nous avons également le point de vue macro de la façon dont nous mesurons notre succès.

M. Bob Bratina: L'argument que vous formulez est intéressant, de notre point de vue, car vous voulez qu'ils retournent au travail, et l'une des grandes préoccupations que nous avons tient à la perte de leur carrière par les anciens combattants. Parfois, ils ressentent, à tort... « Donnez-moi seulement une autre chance, et un peu plus de traitements, et je pourrais encore faire n'importe quoi. » Il semble qu'il s'agisse de la complexité de la situation — la transition des forces armées régulières au statut d'ancien combattant —, et nous essayons de travailler là-dessus.

L'un des problèmes qui pourraient entrer en ligne de compte tiendrait au fait que vous disposez de médecins contractuels — une liste de gens —, et je suppose que certaines personnes diront: « Il est là pour s'assurer que vous économisez de l'argent en me renvoyant travailler », ou quelque chose de ce genre. Vous comprenez?

• (1620)

M. John Genise: Oui.

Ce n'est pas vraiment mon domaine, mais nous avons établi un processus très complexe dans le cadre du PRF, où ils soumissionnent. Toute une structure entoure la façon dont les médecins sont choisis, leurs titres de compétence, etc. Nous tentons de nous aligner sur certaines des grandes installations de traitement de la province. J'ai mentionné le CAMH, qui est le centre de santé mentale situé à Toronto. Il s'agit de notre principal évaluateur dans les cas de trouble de stress post-traumatique. Les intervenants de ce centre font tout. Alors, ce n'est pas que nous. Nous sommes à l'hôpital Western de Toronto; nous disposons de la plupart des joueurs importants dans le domaine médical, et nous leur achetons du temps.

Je vais vous donner un exemple de travailleur qui avait une blessure très importante à la cheville et que nous avons envoyé dans une de nos cliniques spécialisées de Toronto. Il a dit: « Vous allez m'envoyer consulter votre médecin. » Il était assis sur la chaise à côté de l'un des membres des Raptors de Toronto, qui allait consulter le même médecin. Vous voyez ce que je veux dire? Ce n'est pas que nous achetons nos propres médecins. C'est comme de dire: « S'il est assez bon pour les Raptors de Toronto, peut-être qu'il est assez bon pour moi. » Nous tentons de ne pas séparer nos propres médecins aux fins de notre propre population, mais nous essayons d'obtenir ceux de la collectivité qui sont reconnus.

Dans certaines régions — dans les petites collectivités —, c'est difficile, mais nous nous attendons à ce que nos clients se déplacent si nous ne pouvons pas obtenir de médecins dans leur propre localité.

M. Bob Bratina: Un autre problème que j'ai observé chez les anciens combattants concerne les complexités liées aux demandes, et ainsi de suite. Ce problème a-t-il été réglé à votre satisfaction, dans votre monde?

M. John Genise: Nous rendons l'accès très facile. Nous ne faisons pas de suppositions quant à la voie par laquelle un client veut venir à nous. Il est facile de dire que tout existe sous forme électronique, etc., mais la plupart des gens n'ont pas d'imprimante ou d'ordinateur, alors nous tentons d'offrir un certain nombre de voies de prestation. Vous pouvez même nous présenter une demande par téléphone. Nous allons affecter une personne qui recueillera tous les renseignements. Nous essayons le plus possible de retirer cette partie du stress. Vous pouvez vous présenter à notre bureau et discuter avec une personne afin de présenter une demande. Habituellement, c'est l'employeur qui le fait, mais nous tentons de retirer ce fardeau administratif et d'en venir aux faits, afin que nous puissions procéder au rétablissement, puis au retour au travail.

M. Bob Bratina: Votre service comporte-t-il un volet d'enquête?

M. John Genise: C'est léger. Il sert davantage à la collecte de renseignements. Si un travailleur s'adresse à nous et affirme qu'il a été blessé en 2012 et que son employeur ne l'a jamais signalé — il le lui avait signalé, puis il s'était rendu à l'hôpital, mais l'hôpital ne l'avait pas signalé... et il y a des lacunes —, alors, nous envoyons un enquêteur recueillir tous les renseignements.

Nous ne sommes pas à la recherche de fausses réclamations. Ce n'est pas à cela que servent les enquêtes. Nous recherchons les faits dans l'affaire, et nous prenons des décisions en fonction de ce que nous découvrons.

M. Bob Bratina: Quand je faisais un peu de recherche, un cas de fraude est ressorti.

M. John Genise: Cela fait partie de la société, et nous gérons nos cas au fur et à mesure. Si le dossier médical comporte des irrégularités... Si le médecin affirme que le travailleur a les capacités, que le travailleur affirme qu'il ne peut vraiment plus conduire, mais que l'employeur dit qu'il le voit conduire, alors nous prenons des mesures. Toutefois, il ne s'agit pas d'une grande partie de notre travail.

M. Bob Bratina: Merci.

Le président: Monsieur Brassard.

M. John Brassard (Barrie—Innisfil, PCC): Merci, monsieur le président.

Hier, j'ai eu l'occasion d'assister à une audience du Tribunal des anciens combattants (révision et appel). Ce qui m'a intéressé — après avoir parlé aux membres du tribunal, par la suite, c'est la question de la tenue de documents. Souvent, des blessures se produisent et des maladies sont contractées, mais elles ne sont pas déclarées à l'employeur. Je suppose que je suis en train de revenir sur ce à quoi M. Bratina voulait en venir.

Du point de vue de la CSPAAT, qu'est-ce qu'une situation idéale pour un employé et un employeur en ce qui a trait à la tenue de documents? Y a-t-il des pratiques exemplaires? Y a-t-il des problèmes à l'égard desquels vous orientez vos employeurs? Peut-être que vous pouvez simplement aborder un peu ce sujet également.

M. John Genise: Sous le régime de notre Loi sur la santé et la sécurité au travail, qui est du ressort non pas de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, mais du ministère du Travail, si un incident survient au travail, il doit être consigné. Pour ce qui est de la conservation de cet incident, je ne connais pas bien cette question exactement, mais j'imagine que c'est cinq ans — de cinq à sept ans —, en ce qui concerne la tenue de documents.

Ce n'est pas vraiment là que nous obtenons la majeure partie de nos réclamations de ce type. Nous exigeons que les employeurs nous signalent le temps perdu ou les soins de santé dans les trois jours suivant le moment où il a appris la situation. Il en a l'obligation. S'il ne le fait pas, nous regardons quel était le traitement médical. En ce qui concerne les dossiers médicaux et l'obligation des médecins de l'Ontario d'en tenir, je crois que c'est 10 ans. Je suis certain qu'on peut me corriger si je me trompe. Le milieu dans son ensemble conserve la majeure partie de cette information, ce qui donne à penser que, si les renseignements ne sont pas en notre possession, nous y aurons accès au moment où une personne présentera une réclamation à leur égard.

•(1625)

M. John Brassard: Vous avez aussi affirmé que vous procédez également à des enquêtes. Serait-ce dans le but de combler les lacunes?

M. John Genise: Oui.

M. John Brassard: S'agirait-il des réclamations qui sont faites, à l'égard desquelles des documents n'ont peut-être pas été tenus?

M. John Genise: Oui. Périodiquement, nous devons revenir dans le passé et reconstituer les événements qui se sont produits le jour de l'événement allégué. Le travailleur affirme qu'un témoin était son compagnon de travail à ce moment-là et qu'il s'appelle Untel. Il ne travaille peut-être plus pour l'employeur, mais ce pourrait être l'élément essentiel qui nous permettra d'admettre la réclamation en question. Nous envoyons un enquêteur chez l'employeur afin qu'il trouve le dernier dossier de ce compagnon de travail. Nous faisons

de notre mieux pour reconstituer le fil de l'histoire en fonction des faits qui nous sont présentés.

M. John Brassard: L'autre élément que je veux soulever, c'est la question des programmes de travail modifiés. Il existe des éléments jurisprudentiels concernant l'obligation des employeurs de prendre des mesures d'adaptation. Je pense que vous avez mentionné le fait que, si un employé ne retourne pas au travail après un an, il y a une probabilité de 7 % qu'il n'y retourne plus jamais. Dans le système militaire et les forces canadiennes, il y a des questions de travail modifié. Dans quelle mesure la CSPAAT est-elle assez forte, dans le cadre de son travail non seulement avec l'employeur, mais aussi avec les employés, pour s'assurer qu'un programme de travail modifié est en place pour permettre aux employés de retourner au travail, qu'il s'agisse de leur rendre leur poste ou de les affecter à d'autres postes?

M. John Genise: L'obligation des deux parties de collaborer dans le cadre de la planification du retour au travail est enchâssée dans notre loi. Une fois qu'il entend quelles sont les capacités d'un travailleur, l'employeur est obligé d'examiner son lieu de travail afin de déterminer quelles tâches et fonctions pourraient être offertes à cet employé. Sous le régime de notre loi, le travailleur a l'obligation de collaborer à la planification de son retour au travail, alors, on s'y attend dès le départ.

Cela ne fonctionne pas toujours; par conséquent, nous effectuons la planification en collaboration. Comme je l'ai dit au tout début, dans toute affaire litigieuse, où nous n'avons pas déjà retourné une personne au travail, nous envoyons un spécialiste de la transition vers l'emploi ou un spécialiste du retour au travail au lieu de travail, en compagnie des deux parties, afin qu'il amorce cette planification. En ce qui concerne notre force, compte tenu de la disposition sur la collaboration, les parties n'ont pas le choix. Elles doivent se présenter à la rencontre. Si elles ne le font pas, nous allons les trouver. Si le travailleur affirme qu'il ne souhaite pas du tout collaborer, nous lui disons que, si un emploi est offert et que nous déterminons qu'il est bon, ses prestations vont être affectées, car il ne collabore pas et l'emploi a été conçu sur mesure pour le type d'accident ou de blessure qu'il a subi.

Si l'employeur ne se conforme pas, nous disposons de certains moyens pour le retrouver, mais nous allons également continuer de payer le travailleur et peut-être aller dans une direction distincte. Encore une fois, il s'agit d'un système d'assurance, alors l'employeur paie plus cher parce qu'il n'a pas fait ce qu'il fallait pour redonner un emploi à son travailleur.

Pour ce qui est de la mesure de notre force, une fois qu'il y a des capacités, nous sommes pressés de redonner au travailleur un emploi fructueux. Nous ne cherchons pas des emplois modifiés qui sont de faux-semblants ou...

M. John Brassard: Ce sont des emplois valorisants.

M. John Genise: Ils sont valorisants. Voilà pourquoi nous effectuons sur place une planification en cours d'emploi qui est approuvée par tout le monde. Tout le monde sait quels sont les tâches, les heures, les responsabilités, les obstacles et les problèmes. Il s'agit d'un formulaire d'environ six pages — plus ou moins —, qu'on remplit au travail avec toutes les parties afin de s'assurer qu'il est complet.

M. John Brassard: Merci, John.

Le président: Monsieur Eyolfson.

M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je vous remercie de vous être présenté, monsieur Genise.

En ce qui concerne la disposition relative à la présomption de TSPT pour les intervenants de première ligne, s'applique-t-elle également aux professionnels de la santé, comme les infirmières ou les médecins, disons, à l'égard de qui on commence vraiment à reconnaître que le TSPT pose problème dans ces genres de lieux de travail?

M. John Genise: Pas pour l'instant.

M. Doug Eyolfson: D'accord. Cette question fait-elle l'objet d'une étude ou d'une enquête?

M. John Genise: Oui. Elle est étudiée.

M. Doug Eyolfson: D'accord.

M. John Genise: Le gouvernement étudie la loi afin d'étendre la liste d'emplois. Je crois que les infirmières font partie de cette expansion.

• (1630)

M. Doug Eyolfson: Merci.

Vous avez peut-être abordé brièvement ce sujet. Quel est le processus à suivre pour déterminer s'il faut admettre ou non une réclamation pour TSPT? Si une personne prétend être atteinte d'un TSPT dans un domaine non lié, comme un travailleur d'usine qui a été blessé dans une explosion, disons, ou s'il n'y a aucune blessure physique, mais qu'une réclamation est faite pour TSPT parce que d'autres personnes ont été blessées ou quoi que ce soit, quel serait le processus à suivre pour indemniser une personne atteinte d'un TSPT?

M. John Genise: Nous empruntons encore les mêmes voies. Je vais consulter mes notes, car nous examinons trois critères précis.

Tout d'abord, nous recherchons un événement — habituellement, un événement important — qui se distingue clairement et précisément et qui n'était pas cumulatif, mais qui était habituellement traumatisant et sortait du cadre normal des fonctions du travail. Encore une fois, nous cherchons le diagnostic dans le DSM, afin de nous assurer qu'il y a un diagnostic sous-jacent.

Si un travailleur présente d'importantes blessures physiques traumatisantes, nous acceptons souvent l'élément psychologique qui s'y rattache. Ce pourrait être en conséquence d'une explosion, entre autres. Tout est relié. Nous admettons cela dans le cadre de leur admissibilité, et, encore une fois, nous utilisons le diagnostic du DSM-III comme notre exigence pour le versement de prestations permanentes à cet égard.

M. Doug Eyolfson: Oui, bien sûr, mais s'il n'y a aucune blessure physique?

M. John Genise: S'il n'y a aucune blessure physique?

M. Doug Eyolfson: Oui. Disons, par exemple, qu'une explosion a eu lieu et que le travailleur d'usine se trouvait à côté de la personne tuée dans l'explosion et qu'il fait une réclamation pour TSPT.

M. John Genise: Oui, la personne répondrait aux critères. Même si elle n'a pas été blessée physiquement, elle a tout de même vécu quelque chose d'horrible — prenez par exemple un conducteur de métro qui voit quelqu'un se jeter sur les rails —, et nous utiliserions les critères de base pour évaluer son cas: s'agit-il d'un événement normal pour la personne, y a-t-il eu un événement précis, la personne a-t-elle demandé de l'aide médicale dans un délai raisonnable, est-ce qu'on peut poser un diagnostic médical? Évidemment, la réponse serait oui dans ce cas. Donc, la personne serait admissible.

M. Doug Eyolfson: Merci.

Vous avez mentionné le fait qu'il y a des endroits où il est difficile d'obtenir un rendez-vous avec un médecin généraliste. J'ai été urgentologue pendant 20 ans, et c'est un problème qui survenait de temps en temps. On nous amenait des blessés à l'urgence — et on remplissait un rapport sur leur état —, mais ils allaient avoir besoin ensuite de soins médicaux continus ou d'être examinés régulièrement.

Mais, parfois, le patient n'a pas de médecin de famille. Il nous est arrivé de recevoir des lettres — plus d'une lettre — pour nous demander: « Le patient n'a pas de médecin de famille, pouvez-vous évaluer son aptitude à reprendre le travail? » Notre réponse était: « Ce n'est pas la responsabilité du service d'urgence. »

J'aimerais savoir quels sont vos délais? Dans le cadre des services que vous fournissez, le délai pour un traitement médical général et pour faire le suivi des besoins d'une personne est-il raisonnable? Vous avez dit que vous êtes en mesure d'obtenir des rendez-vous pour les gens dans cette situation.

M. John Genise: Oui. Vous soulevez plus d'un point. Premièrement, il y a la façon dont... C'est malheureux, mais souvent, un grand nombre de gens n'ont pas de médecin de famille, du moins pas dans le sens traditionnel, mais nous pouvons accepter l'avis de professionnels dans d'autres domaines de la santé, par exemple des physiothérapeutes, des chiropraticiens... Nous avons toute une liste de fournisseurs de soins de santé avec qui nous faisons un suivi. Nous utilisons leurs rapports. Je l'ai déjà mentionné, mais nous fournissons aussi une équipe qui compte une infirmière ou un infirmier gestionnaire afin d'orienter les travailleurs qui en ont besoin vers un médecin de famille pour la postobservation. Le client pourra compter sur cette équipe pour essayer de trouver un médecin de famille dans sa collectivité.

En ce qui concerne l'aide que nous pouvons offrir pour l'accès aux soins de santé, cela dépend de la nature de la blessure, etc., et du type de traitement nécessaire. Je vous ai déjà parlé de notre liste de psychologues et de psychiatres. Je crois que le délai habituel pour un rendez-vous est de deux semaines. Nous nous attendons à ce que nos clients puissent voir un spécialiste de la santé dans un délai de deux semaines. C'est prévu dans notre contrat avec eux. Je crois qu'on peut dire sans aucun doute que c'est un accès rapide.

M. Doug Eyolfson: Merci.

Au Manitoba, c'était parfois difficile — et peut-être que cela n'arrive pas en Ontario, parce que les lignes directrices du gouvernement sont différentes — de s'arranger pour qu'un psychiatre prenne en charge un patient souffrant de problèmes psychiatriques comme patient externe. Les psychiatres sont souvent réticents à prendre un patient pour des séances régulières si celui-ci n'a pas de médecin de famille, parce que, dans ce cas, c'est au psychiatre d'assumer la responsabilité pour tous les soins médicaux continus que doit recevoir la personne. Le seul médecin inscrit au dossier du patient serait le psychiatre.

Avez-vous ce genre de problèmes? Savez-vous si ce genre de choses arrive en Ontario lorsqu'il faut aiguiller un patient qui n'a pas de médecin de famille vers un psychiatre?

M. John Genise: Je connais bien ce problème. Nous devons affronter toutes sortes de problèmes lorsqu'on demande à un psychologue de traiter une personne, en particulier si la personne est blessée. Par exemple, lorsque les prestations que nous pouvons lui verser sont limitées, le psychologue a tout de même le devoir de continuer de traiter la personne, et ce, sans notre soutien financier. Je sais qu'il y a des problèmes lorsque nous devons diriger des patients vers des soins psychiatriques et lorsque des psychologues ou des psychiatres doivent prendre en charge des patients. Je connais le problème.

• (1635)

M. Doug Eyolfson: D'accord. Merci.

M. John Genise: Je n'ai pas davantage de détails pour vous.

Le président: Monsieur Kitchen, vous avez cinq minutes.

M. Robert Kitchen: Merci, monsieur le président.

Je vous remercie à nouveau.

Un grand nombre de questions que j'allais posées l'ont déjà été par le Dr Eyolfson, alors je vais devoir aborder un sujet un peu différent.

Je comprends que vous n'interagissez pas vraiment avec des clients qui ont été entraînés pour ne jamais laisser leurs camarades derrière, qui sont prêts à prendre une balle pour eux. Il faut envisager les choses d'une autre façon dans ce genre de cas.

J'aimerais qu'on parle un peu de transition. Mme Lockhart a déjà brièvement abordé le sujet. Disons qu'une personne ne peut pas retourner au travail et qu'elle doit, si je peux m'exprimer ainsi, quitter son occupation pour revenir à la « vie civile », est-ce que la CSPAAT va l'aider d'une façon ou d'une autre pendant la transition? Lui fournissez-vous de l'aide d'une façon ou d'une autre pendant le processus de transition, mis à part un soutien financier?

M. John Genise: Eh bien, nous sommes déjà des civils. Si vous avez un accident de travail en Ontario, vous êtes déjà un civil; vous n'êtes pas un militaire. Peut-être que j'étudierais la question sous un autre angle. Je dois regarder quel est l'emploi et qui est l'employeur. Donc, dans cette situation, qui est l'employeur? Dans ce cas, j'imagine que l'employeur est le gouvernement.

M. Robert Kitchen: Donc, vous accorderiez plus d'attention à l'employeur?

M. John Genise: Après avoir étudié la situation avec le gouvernement, je demanderais à l'employé — disons qu'il ne peut pas travailler au sein de ce ministère ou occuper cet emploi chez GM — s'il serait capable d'occuper un autre emploi chez GM? GM assume les frais pour la demande, alors s'il ne peut plus travailler à la fabrication de pneus, alors peut-être qu'il pourrait réparer la radio. Mais ce n'est pas ma responsabilité de gérer le fonctionnement de l'entreprise.

M. Robert Kitchen: Je ne vous demande pas vraiment de répondre au nom des forces armées, mais — disons qu'il y a un employé de la construction qui ne peut pas reprendre son travail et que vous confirmez, essentiellement, qu'il n'est pas apte au travail — je voulais savoir s'il y a un processus qui vous permet d'aider cette personne pendant la transition? Nous avons déjà parlé de sensibilisation et de ce genre de choses. C'est une possibilité, mais y a-t-il d'autres services que vous pourriez fournir, par exemple du counseling?

M. John Genise: Oui, on offre des services de planification et de counseling professionnel, mais c'est toujours dans un contexte de réadaptation, pour permettre aux gens de reprendre le travail et de se fixer de nouveaux objectifs. Nous collaborons avec ces personnes

pour qu'elles se fixent un but. Par exemple, lorsqu'un employé ne peut pas retourner au travail — parce que l'entreprise a fermé et que l'employé ne peut pas retourner travailler dans la construction — que peut-il faire à présent? Quels sont ses intérêts? Nous voulons que la personne participe activement à son processus de transition, qu'elle ait une voix. Nous voulons la faire participer à la planification pour qu'elle ait le sentiment d'être active et de décider de son propre sort. Nous avons également des services professionnels assortis de counseling et d'activités d'enrichissement. En résumé, nous évaluons les talents, les capacités et les intérêts de la personne et nous lui montrons ses résultats afin qu'elle puisse choisir ce qui l'intéresse. Nous ne la laissons pas seule.

M. Robert Kitchen: D'accord.

Disons que vous avez un client qui souffre de TSPT et que son médecin lui a prescrit du cannabis thérapeutique, qui va payer pour cela?

M. John Genise: Pas la CSPAAT, en tout cas.

M. Robert Kitchen: Ce ne serait pas la CSPAAT?

M. John Genise: Non.

M. Robert Kitchen: Pouvez-vous nous dire pourquoi?

M. John Genise: Ça ne fait pas partie de notre liste des médicaments assurés. Notre position médicale et juridique est que rien ne prouve que le cannabis est efficace pour traiter le type de blessures dont nous nous occupons. Pour l'instant, c'est notre position.

M. Robert Kitchen: Comme je l'ai dit plus tôt, il existe des différences entre les CSPAAT et les commissions des accidents du travail provinciales. Disposez-vous d'un tableau ou de quelque chose d'autre qui permettrait de voir quelles sont les différences entre la Nouvelle-Écosse, le Manitoba, le Québec...?

M. John Genise: Pour le stress post-traumatique en particulier?

• (1640)

M. Robert Kitchen: En général, pour tout le...

M. John Genise: Pour tout le système d'indemnisation?

M. Robert Kitchen: Oui, le système en entier.

M. John Genise: À dire vrai, nous communiquons régulièrement. Nous avons une association représentant toutes les commissions de ce genre au Canada. Alors, oui, nous disposons de ce genre de choses.

M. Robert Kitchen: Vous avez un organigramme que l'on pourrait consulter?

M. John Genise: Oui, quelqu'un doit en avoir un. Je suis sûr que je pourrais me le procurer, ou demander à quelqu'un de s'en charger. Oui.

Le président: Merci.

Madame Benson.

Mme Sheri Benson: J'ai deux ou trois questions.

Vous avez parlé un peu de la façon dont un plan de traitement qui comprend l'utilisation du cannabis thérapeutique n'est pas, selon vous, un traitement acceptable. À partir du moment où vous avez commencé à étudier plus sérieusement le syndrome de stress post-traumatique — et ça a aussi été notre cas —, les entreprises ont dû commencer à faire preuve d'une plus grande ouverture pour les thérapies nouvelles ou non conventionnelles. Je me demandais si vous pouviez nous parler des processus utilisés par l'organisation lorsqu'il faut examiner quelque chose comme cela qui est — entre guillemets — « nouveau ». Nous savons que ça n'a rien de nouveau, mais ce l'est pour les institutions, les gouvernements et les assureurs qui doivent examiner le TSPT et ses effets sur les gens.

M. John Genise: Vous savez, je ne connais pas très bien cette partie de notre organisation. C'est une grande organisation.

Mme Sheri Benson: D'accord.

M. John Genise: Je sais toutefois que nous faisons preuve de rigueur, jusqu'à un certain point, lorsqu'il est question de notre pharmacopée et de ce qui est accepté ou pas. Nous consultons les études à ce sujet, et je sais qu'il y a un service particulier dans l'organisation qui s'en charge.

Pour ce qui est du cannabis thérapeutique, j'ai suivi un peu le débat entourant la question, et je suis conscient du sens dans lequel les choses évoluent dans le monde entier, pour ainsi dire, mais nous avons décidé de nous fier aux études cliniques réalisées jusqu'ici et aux recherches les plus reconnues sur l'efficacité du cannabis thérapeutique. Pour l'instant, c'est notre position.

Mme Sheri Benson: D'accord.

Lorsque des gens souffrant de TSPT doivent obtenir des services psychiatriques ou psychologiques, ce sont les thérapeutes qui décident du genre de thérapie que ces gens pourraient suivre...

M. John Genise: Oui.

Mme Sheri Benson:... et c'est pourquoi le thérapeute pourrait décider de recourir à un traitement non conventionnel lorsque la situation est difficile et que le traitement ne fonctionne pas. Dépendamment du traumatisme et de l'événement, les soins se poursuivraient, et la responsabilité incomberait...

M. John Genise: Oui, bien sûr. La personne suivrait le plan de traitement, mais nous ne paierons pas nécessairement pour le médicament.

Mme Sheri Benson: D'accord, je comprends.

Il s'agit probablement d'un problème qui nuit à de nombreux programmes gouvernementaux, y compris ceux du ministère des Anciens Combattants, mais vous avez mentionné que votre organisation pourrait financer une évaluation avant même de savoir si la personne est admissible à votre programme. Je voulais savoir si vous pouvez nous expliquer comment cela fonctionne.

M. John Genise: D'accord. Je ne connais pas très bien le processus, mais je sais qu'il y a une certaine marge de manoeuvre pour ce genre de problèmes, et...

Mme Sheri Benson: C'est exact.

M. John Genise: ... ce n'est pas habituel, mais depuis que la loi a été adoptée en 2016, nous avons réalisé que, dans ce programme, de nombreux clients qui voulaient présenter une demande ne répondaient pas aux critères parce qu'ils n'avaient pas été diagnostiqués. Ça leur était impossible. Certains avaient été traités par leur médecin de famille pendant un an et ne s'étaient toujours pas remis, et c'est pourquoi, afin d'accélérer le traitement de la demande, en particulier pour les premiers répondants sur la liste, nous avons pensé... Nous

savons déjà que ces personnes s'exposent à des risques, si je peux m'exprimer ainsi, à ce type de danger, alors nous voulons que ces personnes reçoivent des soins rapidement. Elles nous appellent, et nous répondons: « Voici le fournisseur de services que nous vous recommandons dans votre région. » On leur donne le numéro de leur demande, et on nous envoie directement la facture pour l'examen.

Encore une fois, notre but, dans ce genre de cas, est d'être inclusifs et non exclusifs, parce que nous savons déjà que ces personnes travaillent dans ce genre d'environnement. Tout ce qu'on fait, c'est s'assurer qu'elles remplissent les critères pour le handicap, disons, afin que nous puissions nous occuper de leur cas et les aider.

Mme Sheri Benson: Merci.

Le président: Merci.

C'est tout le temps que nous avons aujourd'hui. Avec le consentement du Comité, j'aimerais...

M. John Brassard: Monsieur le président...?

Le président: Oui?

M. John Brassard: Monsieur le président, je ne sais pas s'il s'agit d'un rappel au Règlement ou d'une question de privilège personnel, mais si vous me le permettez, j'ai de l'information qui, je crois, profiterait à tout le Comité.

Hier, je suis tombé sur un fil de presse à propos d'un projet de recherche visant à aider les membres des Forces armées canadiennes et les anciens combattants dans leur transition vers la vie civile. Dans le communiqué, on disait qu'environ 570 000 \$ allaient être investis à des fins de financement et de recherche. Le ministre a été cité. Des fonctionnaires du gouvernement du Nouveau-Brunswick ont aussi été cités.

Ceux qui me connaissent — et je crois que cela vaut aussi pour tous les membres du Comité également — savent à quel point je déteste perdre du temps sur des études. En 2016, nous avons réalisé une étude sur la transition des membres des Forces armées canadiennes qui étaient libérés pour raisons médicales, et nous avons présenté nos recommandations à la Chambre des communes en décembre. Depuis 2007, 10 rapports ont été présentés à la Chambre des communes ainsi qu'aux gouvernements successifs. Par exemple, en 2014, il y a eu un rapport intitulé *La transition à la vie civile des anciens combattants*. C'était le fruit d'une étude menée par le Sénat. En 2016, il y a eu le rapport de l'ombudsman des vétérans, intitulé *Soutien aux familles militaires en transition*. Encore en 2016, le rapport notoire de l'ombudsman de la Défense sur la transition réussie a été présenté au Parlement, et, bien sûr, il y a aussi eu le rapport du Comité.

Je sais, monsieur le président, que je me suis joint au Comité en cours de route. Je crois que vous avez passé quatre ou cinq mois à élaborer ces 18 ou 19 recommandations sur la façon dont on peut faciliter la transition des membres des FAC vers la vie civile. Certaines de ces recommandations ont été bien accueillies, non seulement par l'ombudsman de la Défense, mais également par l'ombudsman des vétérans. C'est ressorti dans une conversation que j'ai eue avec lui par la suite.

Pour le nouveau rapport, le ministère a proposé l'année 2019 pour la fin de l'étude et la présentation du rapport au Parlement. Après tout le travail que le Comité a déjà fait, après toutes les études qui ont été réalisées au cours des années et qui ont été présentées au Parlement, après tous les rapports présentés aux gouvernements successifs, y compris le précédent, je ne comprends pas pourquoi nous avons besoin d'un autre rapport. J'ai soulevé une question de privilège personnel parce que je veux demander pourquoi nous avons perdu notre temps, vu que le ministère avait l'intention de demander un autre rapport?

C'est une question que je pose aux membres du Comité, et je pense que c'est une question importante. À dire vrai, j'ai été très choqué hier quand j'ai lu qu'on allait réaliser une autre étude sur la transition après toutes les autres études qui ont été menées à ce sujet. En plus, on ne prévoit pas publier le rapport avant 2019, ce qui veut dire, et je ne crois pas me tromper en disant cela, que rien ne sera mis en oeuvre pour aider les membres des FAC dans leur transition vers la vie civile jusqu'à ce moment, et ce, malgré toutes les recommandations qui ont été faites dans le passé.

Je me sens obligé d'en parler devant le Comité, parce que je sais que nous avons travaillé très dur. Selon moi, nous avons fourni au gouvernement des recommandations extraordinaires. Un grand nombre d'entre elles ont été soutenues non seulement par l'ombudsman de la Défense, mais également par l'ombudsman des vétérans. Il faut se lancer. Il faut qu'on arrête ce défilé d'études et qu'on commence à régler les problèmes.

Voilà ce que je voulais dire, monsieur le président.

• (1645)

Le président: Je crois que Mme Lockhart avait levé la main.

Mme Alaina Lockhart: Comme premier point à l'ordre du jour, j'aimerais réagir à cette intervention.

Avons-nous terminé avec les témoins? Pouvons-nous les excuser?

M. John Brassard: N'avions-nous pas terminé?

Le président: Non.

Ce n'est pas grave. Nous allons y revenir.

Je veux vous remercier d'être venu aujourd'hui.

L'analyste aimerait poser une question au témoin, si le Comité lui en donne la permission. Je vois que tout le Comité est d'accord.

Ça ne prendra pas de temps.

M. Jean-Rodrigue Paré (attaché de recherche auprès du comité): C'est aux fins du compte rendu.

Je sais que les réservistes à temps partiel des forces armées qui sont blessés peuvent choisir de présenter une demande auprès du ministère des Anciens Combattants ou auprès de la Commission de l'indemnisation des accidentés du travail de leur province. Dans ce cas, cela veut dire que les Forces armées canadiennes sont l'employeur.

Recevez-vous beaucoup de demandes de ce genre et pouvez-vous nous parler du processus connexe?

M. John Genise: Je crois qu'ils sont traités comme des civils, et c'est pourquoi, en vertu de la loi, nous pouvons les prendre en charge. Nous recevons ce genre de demandes. J'en ai déjà traité quelques-unes moi-même.

M. Jean-Rodrigue Paré: Parce que ce sont des employés du gouvernement fédéral.

M. John Genise: L'employeur serait traité comme n'importe quel autre. Nous avons une entente selon laquelle les lois de la province

l'emportent lorsqu'un employé est blessé, et ce, même si l'employeur est le gouvernement fédéral. Donc, ce sont les mêmes exigences pour l'employeur de la personne accidentée. Dans ce cas, il s'agit du gouvernement fédéral.

Je ne crois pas que nous avons l'habitude d'imposer une amende au gouvernement fédéral pour manque de coopération, mais nous procédons parfois ainsi avec d'autres employeurs, plus petits. Nous tenons quand même des réunions pour le retour au travail de l'employé, et nous nous chargeons toujours de la planification du cas. Nous traitons ces cas comme nous traiterions n'importe quel autre.

Nous planifions le retour au travail de l'employé avec le gouvernement fédéral dans ce genre de demandes. J'en ai traité certaines qui exigeaient beaucoup de travail. Ce n'est pas facile de traiter ce genre de cas. Il faut faire attention aux détails techniques très pointus des conventions collectives ou lorsque le cas est géré, si je ne me trompe pas, par Santé Canada. Il y a des mesures à prendre qui ne sont pas habituelles dans la réintégration d'un employé au travail. Différents services de Santé Canada remplissent différentes fonctions à cet égard.

Toutefois, notre approche demeure la même. Nous continuons d'offrir nos services et aidons la personne à atteindre son but aussi longtemps que nous en sommes capables.

• (1650)

Le président: Merci.

Au nom du Comité, je veux vous remercier d'être venu ici aujourd'hui ainsi que du service que vous rendez aux hommes et aux femmes de nos Forces.

Voilà qui met fin à la période de questions avec les témoins.

Nous allons prendre une pause, et quand nous allons reprendre les travaux...

M. Colin Fraser: Monsieur le président, avant de passer à huis clos, Mme Lockhart aimerait réagir à la question de privilège personnel.

Le président: Nous pouvons soit faire cela maintenant, soit suspendre les travaux et nous en occuper à notre retour.

D'accord, vous avez la parole.

Mme Alaina Lockhart: Monsieur Brassard, merci d'avoir évoqué cette question.

Pendant notre étude sur la prestation des services, nous avons reçu comme témoin un représentant de l'organisation Shaping Purpose.

Le témoin nous a parlé du travail accompli par l'organisation. À l'époque, elle était parrainée par le secteur privé, soit l'entreprise Saint John Shipbuilding, comme ça a été mentionné, et le Mouvement des caisses Desjardins.

L'organisation nous a dit que ses activités avaient de nombreux points communs avec nos recommandations sur la transition des anciens combattants. Ce n'est pas une commande du gouvernement. J'ai mentionné ce témoignage plusieurs fois depuis, parce que les activités de l'organisation semblaient très alignées sur nos recommandations.

M. John Brassard: J'aimerais réagir brièvement. Je ne dis pas que ce que fait cette organisation n'est pas important, madame Lockhart. Le fait est qu'au cours des années, il y a eu beaucoup de recommandations concernant la transition. Certaines recommandations sont très simples, comme l'a dit l'ombudsman de la Défense dans son témoignage ici: il s'agit de solutions de facilité.

Ce qui me préoccupe, c'est que nous allons perdre deux années encore, et peut-être plus. Nous allons repousser l'échéance de deux ans encore alors que le problème de la transition des anciens combattants du service actif vers la vie civile est un problème qui est déjà très grave.

C'est un problème très grave, monsieur le président, et de nombreux témoins nous ont dit quel était le problème.

Voilà ce qui m'embête.

Merci.

Mme Alaina Lockhart: Monsieur Brassard, je ne sais pas pourquoi vous croyez que nous repoussons le moment où nous allons arranger les choses. Dans les faits, l'organisation travaille avec les gens en transition, et son programme a été élaboré à la lumière de certaines de nos recommandations. Il y a des anciens combattants en transition qui participent à son programme afin de voir si se fixer un nouveau but dans la vie va aider à la transition.

Je ne pense pas qu'on remet autre chose à plus tard, et je dirais que mettre l'une des recommandations à l'essai est un pas dans la bonne direction.

Le président: D'accord.

Monsieur Eyolfson.

M. Doug Eyolfson: Oui, j'ai quelque chose à ajouter.

J'ai lu le communiqué de presse à ce sujet, et l'étude est menée par une organisation indépendante, pas par le gouvernement. Je ne vois pas comment cela pourrait nous retarder ou invalider le travail que nous avons fait, de quelque façon que ce soit. Cette affaire est complètement distincte des travaux du Comité.

Je comprends pourquoi vous pensez que nous devons nous dépêcher de régler le problème, et je suis d'accord avec vous. La situation est urgente, mais comment cela va-t-il avoir un impact sur le travail que nous avons déjà accompli? C'est une organisation indépendante qui réalise cette étude. Nous ne pouvons pas lui dire quoi faire, et nous n'y participons pas non plus. C'est cette organisation qui a décidé de réaliser cette étude.

● (1655)

Le président: Sur ce, j'aimerais suspendre les travaux. Encore une fois, je vous remercie d'être ici.

Nous allons prendre une pause de cinq minutes avant de reprendre les travaux. Merci.

[La séance se poursuit à huis clos.]

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>