



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent des anciens combattants

ACVA • NUMÉRO 035 • 1^{re} SESSION • 39^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 19 avril 2007

Président

M. Rob Anders

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

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

Comité permanent des anciens combattants

Le jeudi 19 avril 2007

• (0905)

[Traduction]

Le vice-président (M. Brent St. Denis (Algoma—Manitoulin—Kapuskasing, Lib.)): Je déclare ouverte la réunion du Comité permanent des anciens combattants de ce jeudi 19 avril.

Nous sommes heureux de recevoir Raymond Lalonde et Bryson Guptill.

Monsieur Guptill, venez-vous de l'Hôpital Sainte-Anne également?

M. Bryson Guptill (directeur général, Politique en matière de programme et de service, ministère des Anciens combattants): Non, je viens du ministère des Anciens combattants à Charlottetown.

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Bienvenu à Ottawa. Merci de nous aider à poursuivre notre étude du programme pour l'autonomie des anciens combattants et notre révision des soins de santé. Le greffier vous a déjà expliqué que vous disposez de chacun 10 minutes.

Qui commencera?

M. Bryson Guptill: Je vais commencer par vous parler un peu de notre stratégie en matière de santé mentale.

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Très bien.

Après que vous aurez eu chacun votre tour, nous allons céder la parole aux membres du comité. Si vous ne pouvez présenter certains renseignements pendant votre exposé, vous pourrez les inclure dans une réponse à une question, si vous le souhaitez.

Monsieur Guptill, commençons par vous.

M. Bryson Guptill: Nous sommes extrêmement heureux de témoigner devant votre comité. Je vais vous dire un peu qui nous sommes et pourquoi nous sommes ici aujourd'hui.

Vous avez eu des exposés très impressionnants de personnes très compétentes au sujet du syndrome du stress post-traumatique. Nous aimerions ajouter à ces renseignements — ou du moins tenter de le faire — et vous parler un peu de notre stratégie en matière de santé mentale.

Mon rôle au ministère est celui de directeur général des politiques en matière de programmes et de services à nos bureaux de Charlottetown, et j'ai un directeur qui travaille pour moi dans ce domaine. Il est malade aujourd'hui, ce qui fait qu'il n'a pas pu venir.

Raymond est directeur opérationnel de notre stratégie en matière de santé mentale, et il est responsable des différentes cliniques que nous avons partout au pays. Comme vous l'avez dit, monsieur le président, Raymond travaille à notre centre d'expertise en matière de traumatismes liés au stress opérationnel, à Montréal. Il connaît les aspects opérationnels courants de ce dossier.

Nous vous avons remis notre présentation. Je ne vais pas passer en détail toutes les diapositives, mais je vous parlerai de notre stratégie en matière de santé mentale.

Le ministère s'est engagé à améliorer la qualité de vie de ses clients qui souffrent de troubles de santé mentale, ainsi que celle de leurs familles, et c'est essentiellement ce sur quoi porte notre stratégie en matière de santé mentale. Vous nous entendrez parler de traumatismes liés au stress opérationnel. Cette expression est utilisée pour décrire une vaste gamme de troubles de santé mentale, y compris des troubles médicaux diagnostiqués comme le SSPT, mais également l'anxiété, la dépression et d'autres troubles qui peuvent être moins graves mais ont tout de même des effets sur les activités quotidiennes de la personne touchée. Le SSPT, que vous connaissez davantage en raison des exposés qui vous ont été présentés, est une réaction psychologique à la suite d'événements traumatisants intenses, c'est-à-dire des événements qui menacent la vie et rendent la personne très craintive, impuissante ou horrifiée.

Je dois vous dire, comme d'autres témoins l'ont également souligné, que bien que le terme « SSPT » que nous utilisons maintenant est relativement nouveau, le concept n'est pas nouveau et existait lors des autres conflits. Pendant la guerre civile américaine, on parlait de « soldier's heart » (ou troubles affectifs du soldat). Pendant la Première Guerre mondiale, on utilisait souvent le terme « traumatisme dû aux bombardements », et pendant la Seconde Guerre mondiale on utilisait le terme « névrose de guerre ». Nos collègues américains en parlaient pendant la Guerre du Vietnam comme étant du « stress de combat ».

Le terme « syndrome de stress post-traumatique » a été créé dans les années 80. De nombreuses recherches ont servi à établir ce trouble de santé mentale en particulier. Certains cliniciens vous ont parlé de façon plus précise de la véritable nature de cette maladie. Raymond et ses collègues à Montréal sont nos spécialistes ministériels à ce sujet.

Si vous suivez dans votre présentation, la prochaine page porte le numéro 5. Je ne suis pas tout à fait à l'aise avec l'idée de présenter cette diapo, parce qu'elle a tendance à porter votre attention sur les pensions. Ces dernières années, notre approche a évolué grâce à la mise en application de la nouvelle Charte des anciens combattants, et nous disposons maintenant de beaucoup plus d'outils que la simple pension d'invalidité.

Auparavant, le ministère considérait la pension d'invalidité comme étant une porte d'entrée vers les autres prestations, surtout les prestations liées au traitement de maladies comme le syndrome de stress post-traumatique. Aujourd'hui, nous n'avons plus à faire passer les gens par ce processus de « porte d'entrée ». Nous avons maintenant une série de programmes de bien-être qui nous permet d'intervenir lorsque les gens ont des symptômes et d'entamer immédiatement le traitement médical de leur trouble sans avoir à passer par un processus long et compliqué lié à l'attribution d'une pension.

● (0910)

La page 5 vous montre certainement qu'en dépit de la perception, le ministère des Anciens combattants voit son nombre de clients diminuer. Le nombre total de clients a augmenté de façon régulière à la fin des années 90 et au début des années 2000, et l'on prévoit que ce nombre va diminuer à l'avenir. Mais nous n'avons pas encore vu de diminution de notre charge de travail, et ça ne se produira probablement pas, en raison de l'augmentation du stress opérationnel et du rythme auquel vivent les soldats canadiens à l'étranger.

Sur cette diapo, vous pouvez voir que la proportion de membres actifs des Forces canadiennes qui composent notre clientèle a augmenté, à mesure que les plus vieux anciens combattants décèdent. Nous nous attendons aussi à ce que cette tendance se poursuive.

Plusieurs personnes ne pensent pas à l'âge moyen lors de la libération. Il s'agit d'un des éléments dont traitait la nouvelle Charte des anciens combattants. L'âge moyen d'un membre des FC lors de sa libération est de 36 ans. C'est un bien jeune âge pour penser à obtenir une pension d'invalidité en raison d'une invalidité permanente. Je crois que nous avons agi de façon adéquate en faisant autre chose qu'accorder des pensions à ces jeunes anciens combattants qui souffrent de troubles comme le SSPT.

Cela dit, il existe toujours des interventions. Nous avons maintenant 10 000 clients qui touchent une pension ou qui reçoivent des indemnités d'invalidité en raison d'un trouble psychiatrique. Parmi ceux-ci, 63 p. 100 ont des troubles ayant été qualifiés de syndrome de stress post-traumatique. Ce nombre a augmenté de façon considérable ces cinq dernières années. La page 7 indique le nombre de personnes qui touchent des pensions en raison de troubles psychiatriques depuis un certain nombre d'années.

La page suivante met en lumière les personnes qui touchent une pension en raison du syndrome de stress post-traumatique. Je parle de pension, mais je devrais dire que depuis l'an dernier, les jeunes membres des FC peuvent maintenant obtenir une indemnité d'invalidité, c'est-à-dire un paiement forfaitaire, un traitement et des prestations mensuelles en raison de la réadaptation qu'ils entreprennent dans le cadre de la gestion de leur cas.

Comme je l'ai déjà dit, notre gestion des cas est maintenant beaucoup plus complète. Nous fournissons une très vaste gamme de programmes de bien-être pour les aider à retourner à la vie civile et à se remettre le plus rapidement possible.

La diapositive suivante porte sur le nombre de décisions positives pour le SSPT dans nos bureaux partout au pays. Les cinq bureaux où nous recevons le plus de clients sont situés à Edmonton, Québec, Montréal, Halifax et Calgary. Nous avons des cliniques, de même que nos collègues du ministère de la Défense nationale, réservées au traitement du syndrome de stress post-traumatique et d'autres traumatismes liés au stress opérationnel dans ces régions. Une partie de notre budget vise à augmenter le nombre de nos cliniques partout

au pays. Nous nous concentrerons encore plus sur cette question au cours des mois et des années à venir.

En regardant la diapositive numéro 10, on voit que les déploiements de nos soldats donnent souvent lieu à de graves souffrances humaines. Ces souffrances humaines sont du type que l'on voit dans les journaux et à la télévision presque chaque jour, mais il s'agit également d'un trouble beaucoup plus subtil qui provient de troubles de santé mentale comme le SSPT.

La recherche et le travail que nous effectuons nous ont également permis de déterminer qu'en général, il y a un manque de capacité au Canada pour faire face aux problèmes de santé mentale. C'est pourquoi nous concentrons nos efforts dans ces deux domaines. Premièrement, nous établissons un cadre réglementaire et législatif qui nous donne les outils, comme je l'ai mentionné, pour intervenir et fournir le traitement qui est nécessaire pour ces personnes. Deuxièmement, nous leur fournissons des établissements où ils peuvent être traités. Voilà l'objectif des cliniques de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel.

● (0915)

Si vous suivez la présentation, j'en suis à la page 12 et je vous parlerai de notre réponse. Anciens combattants Canada a adopté une approche dynamique pour tenter d'aider les personnes souffrant de ces traumatismes liés au stress opérationnel. Nous avons créé une stratégie en matière de santé mentale. Cette stratégie a été élaborée et lancée il y a plusieurs années, mais nous lui avons consacré beaucoup plus de ressources ces dernières années et nous prévoyons, comme je l'ai dit, d'y affecter encore plus de ressources au cours des prochaines années.

À la page 13, on voit que les composantes de la stratégie fournissent un continuum complet de services et de politiques en matière de santé mentale, afin d'augmenter la capacité du ministère de faire face à ces questions et d'apporter son leadership, non seulement au Canada mais également à l'étranger. Nous avons parrainé de nombreux colloques internationaux sur le sujet et nous travaillons en collaboration avec un grand nombre de nos collègues du domaine de la santé au Canada et à l'échelle internationale.

Pour ce qui est du continuum complet de services dans le domaine de la santé mentale, nous nous concentrons davantage sur la promotion de la santé, l'évaluation et le traitement des personnes qui souffrent de ces troubles; notre nouvelle Charte des anciens combattants comporte également un plan très complet de gestion des cas, ce qui nous permet de gérer ces cas de façon très active.

Je vous parlerai rapidement des prochaines diapositives, puis je conclurai et répondrai à vos questions.

J'ai parlé de renforcement de nos capacités. Nous nous concentrons sur la création de ces nouvelles cliniques; cinq existent déjà et cinq autres ont été annoncées dans le dernier budget. Nous sommes des leaders pour ce qui est de la recherche dans ce domaine et nous serions heureux de vous parler davantage, à une date ultérieure et si vous le souhaitez, de nos recherches qui sont réalisées à l'Hôpital Sainte-Anne et partout au pays grâce à nos capacités de recherche. Et si vous le souhaitez, je pourrai, avec David Pedlar, mon collègue de recherche, vous parler davantage des partenariats en collaboration que nous avons établis.

Voilà qui résume les principales questions que nous souhaitons porter à votre attention ce matin. Je serai heureux de répondre à toutes vos questions au sujet des aspects politiques et je demanderai à mon collègue, Raymond, de répondre aux questions portant sur les aspects opérationnels.

Merci beaucoup.

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Merci. Vous appelez-t-on « docteur » Guptill?

M. Bryson Guptill: Non. Ma famille compte beaucoup de médecins, mais je n'en suis pas un.

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Je voulais simplement m'adresser à vous correctement. Merci, monsieur Guptill.

Monsieur Lalonde, je vous prie.

[Français]

M. Raymond Lalonde (directeur, Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel, Hôpital Sainte-Anne, ministère des Anciens Combattants): Bonjour. Je suis heureux d'être ici aujourd'hui pour témoigner devant votre comité. J'ai eu l'occasion de rencontrer certains d'entre vous lors de votre visite à l'Hôpital Sainte-Anne, au mois de novembre de l'année dernière.

Aujourd'hui, vous aurez l'occasion de mieux connaître et comprendre ce que fait le ministère en ce qui a trait à la santé mentale et aux conditions reliées au traumatisme lié au stress opérationnel. Je ne répéterai pas la présentation, parce que certains points touchent notre rôle à l'Hôpital Sainte-Anne. Par contre, j'aimerais vous présenter un peu le Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel du ministère des Anciens Combattants, ce que nous faisons et les plans que nous avons pour améliorer nos services.

En 2002, nous avons annoncé l'ouverture officielle de la clinique pour traumatisme à l'Hôpital Sainte-Anne où nous avons commencé à traiter les jeunes militaires qui souffraient notamment du syndrome de stress post-traumatique, ou SSPT. Par la suite, le ministère a élargi le mandat de l'Hôpital Sainte-Anne et de la clinique pour en faire un centre national dont le mandat était non seulement d'offrir des services, mais aussi de développer des programmes, de promouvoir la pratique clinique pour le traitement des problèmes de santé mentale, de faire de la recherche et de faire croître l'accessibilité aux services partout au pays, aux soins et aux traitements pour notre clientèle. C'est là le mandat général du Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel.

Pour remplir ce mandat, un de nos rôles est de faire croître l'accès aux soins cliniques. Par conséquent, les cliniques que nous avons établies et que nous allons établir à la suite de l'annonce du budget feront partie d'un réseau pancanadien de cliniques qui seraient accessibles aux anciens combattants, aux militaires et aux membres de la GRC, et qui travailleraient en collaboration avec les cliniques similaires des Forces canadiennes, qu'on appelle les STSO. Ce sont des cliniques ultra spécialisées pour l'évaluation et le traitement des personnes qui ont des problèmes de santé mentale complexes reliés au stress opérationnel, y compris le SSPT.

Ces cliniques devraient être en mesure de traiter environ 1 200 à 1 300 patients partout au pays. Elles sont réparties géographiquement dans toutes les régions du Canada. Le réseau complet pourrait comprendre jusqu'à 15 cliniques. Le ministère des Anciens Combattants compte présentement cinq cliniques opérationnelles, et le ministère de la Défense nationale en a cinq dans des bases au Canada. On aimerait donc augmenter de cinq le nombre de cliniques. Ce sont des cliniques ultra spécialisées, c'est-à-dire qu'elles n'offrent pas toutes tous les soins dont peut avoir besoin notre clientèle.

Lorsque nos clients souffrent de problèmes de santé mentale, ils ont accès, comme tous les citoyens du pays, au service de santé public. Ils ont accès également à des services cliniques, des thérapies offertes par des psychologues, des travailleurs sociaux spécialisés

dans la communauté, dont nous remboursons les frais. Avec le réseau des cliniques, ils auront accès à un réseau de spécialistes équipés pour travailler en équipes multidisciplinaires, c'est-à-dire des psychologues, des psychiatres, des travailleurs sociaux et des infirmières. Peuvent également se joindre à l'équipe des médecins généralistes, des ergothérapeutes et des conseillers en abus de substances. Nos cliniques peuvent donc compter sur une équipe multidisciplinaire qui travaille en interdisciplinarité, c'est-à-dire que tous contribuent à l'évaluation, au plan de traitement et aux soins offerts, selon les besoins.

• (0920)

Ces cliniques sont spécialisées pour faire l'évaluation et le traitement, mais elles ont également le mandat de travailler avec les fournisseurs de services dans la communauté, qu'ils soient du réseau public ou du secteur privé, afin d'acheminer les gens aux bons intervenants dans la communauté — comme je le disais plus tôt, tous les clients ne sont pas traités dans nos cliniques —, d'augmenter les connaissances des intervenants de la communauté, de leur inculquer de meilleures pratiques pour soigner les gens qui souffrent de troubles mentaux reliés au stress opérationnel, et de donner des avis d'experts pour travailler en collaboration au niveau du plan de traitement dans une approche de soins partagée avec les gens de la communauté.

Notre vision est que tous nos clients qui ont besoin d'avoir une évaluation, initiale ou en cours de traitement pour faire le point parce que leur état est complexe et que les soins ne donnent pas les résultats escomptés, doivent pouvoir bénéficier d'une telle évaluation. Nous offrons les soins cliniques à l'Hôpital Sainte-Anne, mais toute une série d'autres services complémentaires sont offerts par les pairs aidants. Bryson en parlait tout à l'heure.

Le Programme de soutien social aux victimes de stress opérationnel, qu'on appelle OSISS en anglais, dont vous avez rencontré les représentants, je crois, offre les services de personnes qui ont souffert de troubles de santé mentale, de stress post-traumatique, qui offrent du soutien. Nous offrons également les services de coordonnateurs cliniques des soins. Ce sont des gens dans la communauté auxquels on peut avoir accès, qui sont là pour travailler de façon plus étroite avec le client dans la communauté pour s'assurer qu'il n'y ait pas d'interruption dans les services offerts au client. Quand un client souffre d'un trouble aigu, sort de l'hôpital, a séjourné à l'urgence et dans une aile psychiatrique pendant deux ou trois semaines et retourne chez lui, on ne veut pas qu'à son retour, il n'y ait pas de suivi aux soins qui lui ont été offerts. Ces personnes sont disponibles pour travailler avec les gens aux bureaux de district d'Anciens Combattants, pour travailler avec les différents fournisseurs de la communauté qui offrent des services aux clients, pour travailler avec les pairs aidants et avec nos cliniques spécialisées pour s'assurer qu'il y ait une coordination, que le client aille à son rendez-vous, qu'il ait un suivi, parfois quotidien, qu'il prenne ses médicaments et qu'il sache que la prochaine étape sera un traitement dans la communauté.

Lorsque vous êtes venus à l'Hôpital Sainte-Anne, une des questions soulevées a été celle des lits que nous y avons pour les anciens combattants. Cette question est souvent soulevée dans les médias, et vous l'avez soulevée lorsque vous êtes venus. Je veux préciser que les lits que nous avons à l'Hôpital Sainte-Anne ne sont pas les seuls lits accessibles aux anciens combattants qui souffrent de stress opérationnel. Ce sont des lits qui sont spécialisés pour un type de programme, mais nous avons également accès à des lits dans des cliniques privées partout au pays. Il y en a actuellement cinq qui offrent des programmes qu'elles ont élaborés à la demande d'Anciens Combattants Canada et des Forces canadiennes. Ce sont des programmes spécialisés d'une durée pouvant aller jusqu'à 60 jours pour ceux qui souffrent de stress post-traumatique et d'abus de substances. La recherche nous indique que le nombre de clients qui souffrent de stress post-traumatique et qui ont des problèmes d'abus de substances peut aller jusqu'à 75 p. 100. On a un nombre de lits amplement suffisant — il y en a dans presque toutes les régions du pays — qui sont accessibles aux anciens combattants souffrant de ces troubles.

On a également accès à des programmes dans certaines cliniques. Dans au moins une clinique spécialisée, il y a un programme qui offre un nombre de lits suffisant. Donc, les lits qu'il y a à l'Hôpital Sainte-Anne sont des lits pour un type de programme de stabilisation, et on évalue actuellement les besoins pour pouvoir en augmenter le nombre au pays. Nous en sommes toujours à étudier la question.

Pour ce qui est de ma présentation, ce sera tout. Je vous invite à poser des questions de clarification.

● (0925)

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Merci, monsieur Lalonde.

[Traduction]

Poursuivons avec les questions.

Madame Guarnieri, vous avez sept minutes.

L'hon. Albina Guarnieri (Mississauga-Est—Cooksville, Lib.): Merci, monsieur le président.

[Français]

J'aimerais souhaiter la bienvenue à M. Lalonde.

[Traduction]

Je souhaite saisir l'occasion de vous féliciter pour le travail difficile que vous et votre personnel réalisez à l'Hôpital Sainte-Anne pour les anciens combattants, en particulier ceux qui souffrent de traumatismes liés au stress opérationnel. Je connais certainement le bon travail que M. Guptill réalise dans sa division. Je sais que vous pourrez certainement relever les défis qui se présenteront à vous.

J'ai eu la chance de visiter l'Hôpital Sainte-Anne à de nombreuses reprises, et j'y ai vu une équipe de professionnels dévoués qui font de leur mieux pour nos anciens combattants. Heureusement, parce qu'il semble certain que nous verrons une importante augmentation du nombre de cas au cours des prochaines années.

Monsieur Guptill, vous avez parlé des défis à venir. Pouvez-vous dire au comité combien de cas vous prévoyez à la suite de notre mission en Afghanistan? Si je me souviens bien, après la guerre du Golfe, plusieurs centaines d'anciens combattants ont reçu un diagnostic de traumatismes liés au stress opérationnel. Bien entendu, la guerre du Golfe a été relativement courte et un nombre limité de soldats se sont rendus sur le terrain. Il est évident que la mission de Kandahar est complètement différente. Elle doit durer encore trois

ans et des milliers de soldats y participent en rotation. Je me demande donc, selon vous, combien de cas vous pensez devoir traiter. Et selon vous, de combien d'années de traitement l'ancien combattant moyen aura-t-il besoin? Avez-vous fait des prévisions à cet effet?

M. Bryson Guptill: Merci de votre question. C'est une bonne question.

Nous n'avons pas fait de prévision quant au nombre précis de clients qui souffriront de ces troubles en particulier. Je peux toutefois vous dire, et il est important d'y réfléchir, que le nombre de nos clients qui passent par le processus d'indemnité d'invalidité a beaucoup diminué depuis la création de la nouvelle Charte des anciens combattants. Nous avons prévu que, cette année, environ 5 000 clients participeraient à notre programme d'indemnisation pour invalidité et, en réalité, ce chiffre est beaucoup moins important. Je ne me souviens toutefois pas du chiffre exact.

Je crois que cela indique ce que nous avons accompli grâce à la nouvelle Charte, puisque les gens se tournent maintenant vers nous pour obtenir des services de réadaptation et des traitements, plutôt que de ne mettre l'accent que sur les avantages financiers qui leur étaient offerts et qui leur sont toujours offerts par le biais de la pension d'invalidité et, maintenant, de l'indemnité d'invalidité. En fait, le nombre de personnes qui souhaitent obtenir des services de réadaptation correspond exactement à notre prévision, et ce chiffre est d'environ 2 000.

Ainsi, même si le nombre de traumatismes liés au stress opérationnel a augmenté de façon dramatique en raison des déploiements comme celui en Afghanistan, leur nature est assez semblable pour que le nombre de clients que nous recevons corresponde à peu près à ce que nous avons prévu au moment où nous avons mis en place la nouvelle Charte des anciens combattants.

J'ai l'impression que nous serons beaucoup mieux équipés pour aider les personnes qui souffrent de traumatismes liés au stress opérationnel grâce à la récente annonce, dans le cadre du budget, d'environ 9 millions de dollars affectés à la création de nouvelles cliniques de traitements liés au stress opérationnel partout au pays, et de 13,7 millions de dollars supplémentaires pour aider le ministère à appuyer les clients qui souffrent de troubles de santé mentale et de santé physique.

Plus particulièrement, le nombre de victimes en Afghanistan et surtout le nombre de personnes tuées en Afghanistan, sont beaucoup plus élevés que ce que quiconque avait prévu. Je ne veux minimiser cette situation d'aucune façon. Mais nos prévisions comportent certainement suffisamment de capacité pour faire face aux aspects financiers liés à cette situation. En fait, nous nous sommes dotés d'outils pour aider les gens qui souffrent de problèmes physiques et mentaux liés à ces déploiements.

● (0930)

L'hon. Albina Guarnieri: Je suis certainement heureuse de vous entendre dire que la nouvelle Charte des anciens combattants atteint ses objectifs, et j'ai toujours su que mon ministère, mon ancien ministère — voilà un bel exemple de lapsus freudien — ne m'induirait jamais en erreur par ses prévisions.

Laissez-moi aborder un autre sujet d'actualité. Lundi, le ministre de la Santé a parlé des cliniques de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel dans le contexte des défis et du stress auxquels font face les enfants des militaires. Pourriez-vous nous dire si vous fournissez des services de counselling aux enfants des militaires actifs.

M. Bryson Guptill: Il s'agit d'une question difficile, vous savez, en ce sens que —

Je vais vous répondre ainsi. L'une des caractéristiques très importantes de la nouvelle Charte des anciens combattants, selon moi, est le fait que les programmes de mieux-être offerts en vertu de la nouvelle Charte s'étendent aussi aux familles. Il s'agit d'une toute nouvelle approche pour le gouvernement du Canada.

Nous pouvons maintenant offrir du counselling aux familles des anciens combattants, et ce, de façon beaucoup plus agressive, si je peux m'exprimer ainsi. Nous n'avons plus à attendre que les gens aient droit à une pension pour nous occuper de leurs familles. La Charte nous donne un outil très utile que nous n'avions pas auparavant.

Ceci dit, notre législation renvoie toujours surtout au traitement de la famille des anciens combattants. Les gens qui sont toujours en service ne relèvent pas du ministère des Anciens combattants, comme vous le savez. Ils relèvent plutôt du ministère de la Défense nationale. Le ministère de la Défense nationale se targue de bien préparer la famille des gens déployés, de préparer les familles à l'expérience que les militaires s'apprennent à vivre.

Il y a quelques semaines, on a parlé de ce que le MDN et la province de l'Ontario font à certains égards. J'ai été heureux de lire dans les médias, comme certains d'entre vous j'en suis sûr, que cette question est maintenant réglée en ce sens que l'Ontario et le ministère de la Défense nationale ont trouvé une façon d'offrir de l'aide davantage proactive aux familles.

Il y a certainement un défi; il s'agit de quelque chose que vous avez vu à titre de ministre : nous ne voulons pas abandonner les familles militaires ou les ghettoïser de façon à ce qu'elles puissent seulement obtenir des services ou de l'attention du gouvernement fédéral. Le gouvernement provincial a certaines responsabilités à l'égard des familles également. Nous voulons une approche globale qui met tout le monde à contribution, et à mon avis, c'est également le désir des provinces.

• (0935)

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Merci beaucoup.

Monsieur Perron, vous avez sept minutes, s'il vous plaît.

[Français]

M. Gilles-A. Perron (Rivière-des-Mille-Îles, BQ): Bonjour, Raymond. J'ose t'appeler Raymond parce que nous avons eu l'occasion de fumer ensemble.

Je vous prierais, messieurs Guptill et Lalonde, de ne pas répondre en politiciens, mais d'aller le plus vite possible au coeur de la question.

Mes préoccupations portent sur les services fournis aux jeunes. On se rend compte qu'un service formidable est donné aux jeunes qui demeurent aux environs de grands centres comme Montréal, Québec, Toronto, Edmonton et Vancouver. Mais que fait-on pour les jeunes du fin fond de l'Abitibi, de Medicine Hat ou d'Elliot Lake? C'est un problème.

Je te donne l'exemple d'un cas de l'Abitibi puisque je suis natif du coin. Tu connais très bien cette région du Québec. Aller de Montréal à Rouyn-Noranda en avion coûte plus cher que d'aller de Montréal en France. Il faut faire au moins huit heures d'automobile pour aller de Montréal à Rouyn-Noranda. Le jeune d'Abitibi ne peut donc pas aller se faire soigner à Montréal et revenir chez lui le même jour. Ces gens ont cependant droit à un service.

Voici ma suggestion, et j'aimerais que vous la commentiez. Dans votre énoncé, vous avez dit que des bureaux de psychologues travaillent avec vous dans certaines villes. Comment se fait-il qu'on ne les connaisse pas? J'aimerais avoir la liste de ces bureaux.

Lorsque le Dr Biron nous a fait sa présentation, elle nous a dit que la majorité des psychologues du Québec et du reste du Canada sont ignorants ou peu au courant des problèmes de stress post-traumatique, qu'il faudrait mieux les former et ainsi de suite. Elle reconnaissait le bien-fondé du plan que je vous propose, soit d'embaucher un ou deux psychologues contractuels pour soigner les gens de ces régions et aussi d'en faire la publicité dans ces régions.

Il ne faut pas oublier que les jeunes souffrant de stress post-traumatique ont quasiment honte d'avouer qu'ils ont des problèmes mentaux. On est macho et *tough* lorsqu'on est dans l'armée. Aller se faire soigner pour des troubles d'ordre psychologique est beaucoup plus ardu que d'aller se faire soigner pour l'amputation d'une main, d'un bras ou des problèmes de santé physique normaux.

J'aimerais que vous nous donniez plus de détails sur votre plan pour les régions du pays.

[Traduction]

M. Bryson Guptill: Je vais d'abord vous répondre de façon générale. Ensuite je demanderai à Raymond de donner des précisions sur les questions que vous avez soulevées concernant les régions du Québec.

Vous avez soulevé un point important : nombre de gens qui souffrent de ces troubles n'habitent pas Calgary, Edmonton, Ottawa ou même Québec. Ils habitent souvent les régions rurales, et en raison de la nature des troubles dont ils sont atteints, ils se retirent souvent de la société et se dirigent dans des localités isolées. Il s'agit d'un défi pour nous, il n'y a aucun doute.

Je dois d'abord vous dire qu'il y a une pénurie au Canada de travailleurs qui ont les compétences pour traiter les gens qui souffrent de traumatismes liés au stress opérationnel. Nous reconnaissons ce phénomène, et grâce à notre nouvelle Charte des anciens combattants, nous avons la capacité d'offrir des traitements à ces gens. Le traitement est un droit quasi statutaire, il n'est donc pas limité par des contraintes financières. Autrement dit, on peut avoir accès aux services si besoin il y a. Mais nous constatons qu'il y a pénurie de compétences, et c'est pourquoi nous avons dû nous concentrer sur ces régions où nous avons mis sur pied une masse critique et des cliniques.

Je vais vous donner l'exemple de Calgary, parce que j'étais à notre clinique de cette ville il y a quelques semaines à peine. Cette clinique traite des gens qui habitent des régions très isolées de l'Alberta. Dans certains cas, les gens se déplacent pour se rendre à la clinique, tandis que dans d'autres cas, les gens sont traités à distance, par téléphone ou par d'autres moyens. La clinique réussit donc à offrir du counselling aux gens qui en ont besoin.

Parfois, la difficulté relève du fait qu'il est difficile de faire passer le message. Mon collègue Raymond vous parlera un peu de notre programme de soutien par les pairs. Les gens qui s'occupent de la clinique de Calgary nous ont dit que la façon la plus efficace d'atteindre certains patients potentiels consiste à demander à d'anciens militaires, c'est-à-dire des pairs, de les informer. Ces anciens militaires se rendent dans les collectivités isolées pour encourager les patients potentiels à suivre des traitements.

Je crois que nous avons établi une masse critique suffisante, et l'augmentation du nombre de cliniques nous aidera à traiter ce phénomène de façon plus efficace. Mais il y a certainement des régions au pays, et la Côte-Nord du Québec me vient justement en tête, où —

• (0940)

[Français]

M. Gilles-A. Perron: Et au Nouveau-Brunswick?

[Traduction]

M. Bryson Guptill: C'est la même chose.

Raymond, voulez-vous —

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Soyez bref, s'il vous plaît.

[Français]

M. Raymond Lalonde: Ce ne sont pas tous les psychologues qui peuvent offrir des services aux anciens combattants. Des critères ont été établis quant à l'expérience et aux études. On élabore actuellement un plan pour pouvoir améliorer la formation des fournisseurs de ce service. D'ailleurs, nous tiendrons à Montréal, les 7, 8 et 9 mai, un colloque national sur les traumatismes liés au stress opérationnel. Des chercheurs, des cliniciens, des gestionnaires de services de santé et des présentateurs des États-Unis et du Canada, des sommités dans le domaine, y seront présents. On développe des programmes de formation.

M. Gilles-A. Perron: Donnez-vous cette formation en collaboration avec l'association des psychologues?

M. Raymond Lalonde: Nous développons des cours de formation à notre centre d'expertise. Nous travaillons avec les cliniciens dans les différentes cliniques, de concert avec la Défense nationale. Nous développons nos programmes avec le National Center for PTSD du USDVA. Ce ne sont pas les programmes de formation qui posent problème, mais la façon dont on les transmet aux fournisseurs de services. On peut les transmettre de différentes façons. Il y a un colloque. Chaque clinique a le mandat de donner des sessions de formation dans sa région. Il y en aura 10; il y aura différentes personnes.

[Traduction]

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Monsieur Lalonde, vous aurez l'occasion d'y revenir.

Gilles, vous aurez une autre occasion plus tard.

M. Stoffer est le suivant. Allez-y, vous avez cinq minutes.

M. Peter Stoffer (Sackville—Eastern Shore, NPD): Merci, monsieur le président. Je remercie également les témoins de leur comparution aujourd'hui.

À la quatrième diapositive, vous indiquez que le SSPT est une réaction psychologique à un événement traumatique intense. Parfois je crains que si les libéraux ou les conservateurs forment un gouvernement majoritaire, je souffrirai moi-même du syndrome du stress politique traumatique.

Je vous dis cela parce que j'ai parlé à des médecins à Halifax qui disent que le SSPT peut découler d'une série d'événements mineurs accumulés au fil des ans, et pas nécessairement d'un événement intense comme un incendie, un décès, etc. On parle ici d'événements mineurs qui s'accumulent parce qu'ils n'ont jamais fait l'objet d'un suivi ou de discussions appropriées ni donné lieu à des traitements, à des conseils par les pairs. Tout à coup, ces événements mineurs finissent par devenir un gros problème. J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Dans le *Hill Times*, vous avez probablement vu l'article de Louise Richard. J'aimerais vous lire ce qu'elle dit. Selon elle, les anciens combattants contemporains n'ont pas accès aux centres de soins de santé du gouvernement fédéral. Voici ce qu'elle dit :

[TRADUCTION] « Le SSPT et d'autres troubles liés au service militaire exige toute une gamme d'expertises pour être traités », dit Sean Bruyca, un ancien agent de renseignement de l'aviation canadienne qui souffre d'une invalidité liée au service. « Le fait de nous confier à des centres civils qui n'ont pas nécessairement l'expertise nécessaire pour traiter les troubles liés au service militaire équivaut à l'abandon complet de leur responsabilité relativement aux soins, au traitement et à la réadaptation des anciens combattants invalides. »

L'article indique qu'Anciens combattants Canada croit que parfois les hôpitaux ou les centres communautaires conviennent tout aussi bien pour les anciens combattants à cet égard.

Quelle est votre réaction au premier commentaire et que répondriez-vous à Louise Richard et à Sean Bruyca relativement à leurs inquiétudes pour les anciens combattants qui n'ont pas accès à Perley, à Sainte-Anne, etc.

• (0945)

M. Bryson Guptill: Je ne suis pas clinicien dans ce domaine, mais j'ai lu et des cliniciens m'ont dit que le SSPT peut certainement découler d'un certain nombre d'événements différents. Je ne crois pas que notre définition ou les conseils médicaux que nous offrons aux gens atteints du SSPT empêcheraient la reconnaissance d'une très vaste série d'événements pouvant potentiellement mener au SSPT. Je crois que vous pouvez voir à partir des chiffres que nous avons présentés que le nombre de personnes diagnostiquées a augmenté rapidement au ministère.

Mais je tiens à souligner qu'en vertu de la nouvelle Charte des anciens combattants, nous pouvons maintenant composer avec ces gens et les traiter grâce à un examen très rapide par les intervenants de première ligne dans nos 32 bureaux partout au pays. Des conseillers dans nos bureaux peuvent maintenant évaluer le besoin en réadaptation et diriger les gens vers des programmes de traitement sans avoir à passer par un processus décisionnel quasi judiciaire très complexe.

Je crois aussi que ce que Louise Richard a dit est très vrai. Il y a un manque de capacité partout au pays relativement au diagnostic et au traitement du SSPT et d'autres traumatismes liés au stress en milieu de travail, et c'est pourquoi nous avons tenté d'établir ce réseau de cliniques, où est située une masse critique d'expertise.

J'aimerais traiter plus précisément des allégations de M. Bruyca selon lesquelles nous n'offrons pas le bon type d'intervention. Je ne suis pas d'accord et ce, pour un certain nombre de raisons importantes. Si on se penche sur la question de savoir où les gens veulent recevoir le traitement — et ça revient en partie au point soulevé par M. Perron — il est peu probable que des gens qui souffrent du SSPT ou d'autres traumatismes liés au stress en milieu de travail ou d'autres troubles liés à des déploiements récents veuillent se faire traiter dans des hôpitaux gériatriques exploités par Anciens combattants Canada après la Deuxième Guerre mondiale. Voilà de quoi il s'agit, de maisons de soins infirmiers où nous finançons des lits retenus par contrats.

Ce que nous faisons pour les anciens combattants plus jeunes, et ce qui convient à mon avis, c'est de leur donner davantage de choix à savoir où ils seront traités dans la collectivité. Nous pouvons donc tirer profit de l'expertise du pays, dans les établissements qui ont la capacité de traiter ce type précis de troubles dont les gens souffrent.

Je signale qu'il y a eu une augmentation d'environ 80 p. 100 du taux d'occupation des lits que nous appelons lits communautaires ces dernières années tandis que le taux d'occupation des lits retenus par contrat a diminué de façon importante.

Si on examine les choix faits par les anciens combattants plus jeunes, on se rend compte que s'ils doivent obtenir des traitements dans un centre de soins, ils choisissent souvent de se faire traiter près de chez-eux au lieu d'aller dans des établissements du ministère, dont le nombre est très limité au pays.

● (0950)

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Très brièvement, Peter, si vous voulez faire un suivi...

M. Peter Stoffer: Je vais attendre mon prochain tour.

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Merci, Peter.

Madame Hinton, s'il vous plaît, vous avez sept minutes.

Mme Betty Hinton (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC): Merci.

Je vais partager mon temps avec M. Shipley, si les réponses sont assez courtes.

Je crois que vous êtes d'accord pour dire qu'il est évident qu'il y a un manque de fournisseurs de soins de santé au Canada, qu'il s'agisse de médecins, d'infirmières, de psychiatres, ou de tout autre intervenant impliqué dans le traitement du syndrome du stress post-traumatique. Il y a une pénurie de ces travailleurs des soins de santé depuis plus d'une décennie. J'ai été en fait très impressionnée; je crois que je vous ai entendu dire que vous avez 32 cliniciens. C'est très impressionnant.

Il est également intéressant de constater que ce problème existe depuis de nombreuses années. Vous avez évoqué le « traumatisme dû aux bombardements » durant la Deuxième Guerre mondiale et la « réaction de stress suite au combat », comme on l'appelait aux États-Unis. Je crois que nous avons fait beaucoup de chemin pour ce qui est d'aider les gens.

Dans votre tableau, vous avez des chiffres concernant les agents de la GRC. Je présume qu'il s'agit de la troisième colonne.

M. Bryson Guptill: Oui.

Mme Betty Hinton: On note une hausse assez importante de 2005 à 2007. Je n'ai pas fait le calcul exact, mais c'est une hausse de près de 50 p. 100. Je me demande si vous pourriez nous parler de la GRC un peu. De toute évidence, il s'agit ici de troubles causés par le stress.

Ma deuxième question est la suivante. Vous nous avez donné un tableau indiquant le nombre de clients qui ont fait l'objet d'une décision favorable relativement au SSPT. Avez-vous le nombre de clients qui ont fait l'objet d'une décision défavorable? Je vous demanderais de répondre à cette question en premier.

M. Bryson Guptill: Pour ce qui est des décisions favorables et défavorables, nous avons pensé que vous voudriez voir le nombre de cas qui ont fait l'objet d'une décision favorable. Je n'ai pas sous la main le nombre de décisions défavorables. En général, le taux de décisions favorables pour ce genre de troubles est d'environ 50 p. 100. Et c'est le cas depuis de nombreuses années. Mais nous pouvons vous trouver des données plus précises.

J'ai oublié votre première question.

Mme Betty Hinton: J'étais surprise du nombre de cas au sein de la GRC et de l'augmentation de plus de 50 p. 100 du nombre de cas. Ces agents de la GRC travaillent dans les villes canadiennes, il me semble, et non pas dans des zones de guerre. J'étais donc très surprise de voir une hausse aussi importante.

M. Bryson Guptill: Je crois que le pourcentage d'augmentation de nombre de cas au sein de la GRC est semblable à celui des jeunes militaires des Forces canadiennes. Comme vous le savez, la GRC a droit aux mêmes avantages pour le même genre de trouble, relativement aux pensions et aux prestations d'invalidité.

Des membres de la GRC ont été déployés dans certaines zones de guerre, et de nombreux agents de la GRC travaillent dans des zones de conflit. Je pense à Haïti par exemple. La réaction des agents de la GRC a été très semblable. Nous encourageons la GRC à profiter de certains des programmes de mieux-être qui sont offerts en vertu de la nouvelle Charte des anciens combattants.

Le comité ne sait peut-être pas que, bien qu'elle se prévale des pensions et des prestations d'invalidité en vertu des programmes d'Anciens combattants Canada, la GRC n'est en fait pas admissible à ces programmes en vertu de la législation sur les anciens combattants. La GRC s'en prévaut en vertu de la loi et des règlements sur la GRC. La GRC n'a pas encore modifié cette loi pour tirer profit de toutes les prestations offertes en vertu de la Charte des anciens combattants. Nous croyons que la GRC pourrait probablement en bénéficier de façon importante. Les programmes de mieux-être qui sont actuellement offerts aux membres de la Défense nationale, et aux membres des Forces canadiennes, ne sont pas encore offerts aux membres de la GRC, et ce, par choix. La GRC n'a pas encore pris de mesure à cet égard.

Mme Betty Hinton: J'ai une dernière question, concernant la santé mentale des enfants. Nous avons évidemment des bases en Ontario, mais d'autres aussi ailleurs au pays, où il y a eu le même genre de pertes. Est-ce que d'autres gouvernements provinciaux ont été réticents à faire leur part, outre le gouvernement de l'Ontario?

• (0955)

M. Bryson Guptill: Je ne suis pas au courant d'autres provinces qui soient réticentes. Nous avons parlé, par exemple des déploiements récents et du fait que certains décès causés en Afghanistan touchaient le Canada atlantique. Nous avons été informés par nos collègues de la Défense nationale du travail missionnaire entrepris avec les autorités provinciales de la santé pour les aider à se préparer au retour des gens déployés, surtout à Halifax, à l'hôpital VG, et à Gagetown, par exemple.

Selon nos collègues du MDN, les gouvernements provinciaux se sont engagés de façon très enthousiaste à accueillir ces gens s'ils ont besoin de traitements. Je serais donc surpris qu'il y ait d'autres situations semblables, mais il s'agit certainement d'une possibilité.

Mme Betty Hinton: Je ne sais pas combien de temps il me reste.

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Vous avez déjà utilisé six minutes.

Mme Betty Hinton: Dans ce cas, je vais formuler une conclusion.

Je tiens à vous dire, à tous les deux, combien je vous suis reconnaissante, en tant que citoyenne canadienne, du travail que vous faites. Je sais que vous faites face à de graves difficultés dans un contexte de pénurie de personnel, et que les choses vont aussi bien que possible dans les circonstances. Je vous remercie très sincèrement de ce que vous faites pour nos anciens combattants et j'ai beaucoup apprécié votre présence au cours de cette séance.

Merci.

M. Bryson Guptill: Merci à vous.

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Bien, merci.

Bev, est-ce que vous pouvez attendre...

M. Bev Shipley (Lambton—Kent—Middlesex, PCC): J'attends.

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Oui, car vous allez avoir très prochainement la parole pour une période complète.

Mme Betty Hinton: Trente secondes, ça ne l'intéresse pas?

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Eh bien, nous les lui ajouterons.

Merci, Betty.

À vous, monsieur Roger Valley.

M. Roger Valley (Kenora, Lib.): Merci.

Je vous remercie de l'information que vous nous donnez.

J'aimerais poser une question à M. Lalonde. Vous avez dit que les lits de l'Hôpital Sainte-Anne sont réservés aux personnes présentant le SSPT. Vous avez parlé de cinq autres cliniques au Canada. Je n'ai pas entendu lorsque vous les avez énumérées.

Est-ce que vous pouvez nous dire dans quelles régions seront situées ces cliniques?

M. Raymond Lalonde: Excusez-moi, je n'ai pas entendu votre question.

M. Roger Valley: Les lits de l'Hôpital Sainte-Anne sont réservés aux SSPT, du moins en grande partie. Vous avez parlé de cinq autres cliniques au Canada qui vont avoir des lits pour —

M. Raymond Lalonde: Ce n'est pas exactement ce que — Je dois peut-être apporter une précision.

Nous avons effectivement cinq cliniques. Ce sont des cliniques externes. Il y en a une à Sainte-Anne; c'est une clinique ministérielle. Nous avons conclu un protocole d'entente avec quatre provinces pour avoir une clinique au Québec, une à London en Ontario, une à

Winnipeg et une à Calgary. Nous prévoyons d'ouvrir d'autres cliniques à Fredericton, à Ottawa et à Edmonton, ainsi qu'une autre dont nous n'avons pas encore choisi l'emplacement. Il y aura aussi certainement une clinique en Colombie-Britannique, qui viendra s'ajouter aux cinq cliniques externes dont disposent déjà la Défense nationale et les Forces armées canadiennes dans cette province. Ce sont des cliniques externes ultra-spécialisées.

Nous nous sommes procurés des lits auprès de fournisseurs privés pour le programme de SSPT avec comorbidité et pour l'abus de substances. Nous avons deux cliniques de ce type en Colombie-Britannique, deux en Ontario et une au Québec; le programme est proposé en clinique externe à Halifax. Nous avons donc six cliniques qui proposent le programme du SSPT avec comorbidité.

M. Roger Valley: Où sont situées les deux cliniques en Ontario?

M. Raymond Lalonde: À Homewood et à Bellwood, près de Toronto. Il y a aussi celle d'Edgewood à Nanaimo. Il y en a donc six au total.

Nous avons des lits à l'Hôpital Sainte-Anne pour un programme appelé programme de stabilisation, que nous envisageons actuellement d'étendre.

Pour revenir à la question soulevée tout à l'heure par M. Stoffer, notre problème consiste à respecter l'équilibre entre la masse critique — il nous faut des experts dévoués connaissant le contexte militaire — et le fait que nous nos clients sont répartis dans l'ensemble du pays. Comme vous l'avez dit, cet équilibre exige que nous disposions de services intégrés.

Nous allons avoir 15 cliniques ultra-spécialisées dans l'ensemble du pays. Nous aurons des fournisseurs de services. Nous avons également des fournisseurs privés qui assurent des services spécialisés. Il y a donc équilibre entre le privé et le public. Il faut aussi assurer un équilibre entre les services spécialisés et l'accès en milieu communautaire à des fournisseurs de services et à des services de santé publics. Nous essayons d'assurer l'équilibre entre tous ces services.

• (1000)

M. Roger Valley: Merci.

Je voudrais poser une question à M. Guptill.

À la page 11, à propos de l'insuffisance de capacité — Je ne veux jeter la pierre à personne, mais je pense que les problèmes sont en grande partie dûs à des contraintes de nature provinciale, en particulier à la transférabilité de l'assurance-maladie.

Je signale très rapidement, parce que j'ai une question à poser et que je ne veux pas manquer de temps, que ce sujet m'intéresse à titre personnel.

Dans trois semaines, ma fille va obtenir son diplôme d'infirmière en psychiatrie. À Brandon, au Manitoba, une grosse promotion d'infirmières vont être diplômées; aucune d'entre elles ne pourra travailler dans l'Est. Elles ne peuvent travailler que dans l'Ouest. En Ontario, il faut d'abord être infirmière enregistrée, puis il faut se spécialiser. C'est deux ou trois ans de plus. Ces infirmières reçoivent des propositions pour voyager dans tout l'Ouest canadien, parce qu'au départ, il n'y a pas assez de médecins. Les infirmières en psychiatrie assurent des services qui doivent être normalement fournis par des médecins, parce que ces derniers ne sont pas assez nombreux. On a donc un énorme problème de capacité du réseau de la santé.

Comme M. Perron, j'aimerais beaucoup parler du Canada rural. Ma circonscription de Kenora est l'une des plus grandes au Canada. Même si vous regardez vos bureaux de district, il y en a 11 dans le sud de l'Ontario. Ensuite, il faut faire 1 600 kilomètres de North Bay à Winnipeg, et il n'y a qu'un seul bureau entre les deux, c'est celui de Thunder Bay.

Lorsqu'il faut se rendre dans une clinique ou se faire hospitaliser dans l'un de ces lits contractuels, le service est disponible n'importe où, mais j'aimerais savoir si les familles peuvent obtenir du soutien. Vous avez parlé des familles et de la Charte. Est-ce qu'elles obtiennent du soutien? Prenons le cas d'une femme qui doit faire hospitaliser son mari, ou d'un enfant qui doit faire hospitaliser son père ou sa mère. Existe-t-il du soutien pour les membres de la famille qui doivent faire ce genre de démarches? Ils doivent parfois se déplacer sur des centaines de kilomètres. Existe-t-il un réseau de soutien à leur intention?

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Merci, Roger.

Allez-y.

M. Bryson Guptill: Voilà une bonne question. Je peux vous dire que nous leur offrons du soutien. Les familles obtiennent du soutien. J'en reviens à l'exemple que j'ai évoqué pour la région de Calgary. Le personnel de la clinique m'a donné des exemples précis de ce qu'elle fait pour les familles des anciens combattants. Il a insisté sur le fait qu'on ne peut pas proposer de traitement aux membres de la famille à moins que l'ancien combattant ne soit lui-même en traitement. Je vais revenir sur le sujet soulevé par M. Perron. Parfois, les anciens combattants ne font état de leurs problèmes qu'avec réticence, en particulier dans les régions isolées. Nous nous sommes donc appliqués à élaborer une formule de rechange qui nous permet de déterminer si un ancien combattant risque de présenter des problèmes de santé mentale. Dans l'affirmative, nous proposons un traitement aux membres de la famille. Nous sommes en train de débroussailler ce domaine. Je pense que c'est une bonne formule. Nous avons les outils dont nous avons besoin, grâce à la nouvelle loi.

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Merci beaucoup, monsieur Guptill.

À vous, monsieur Ouellet.

[Français]

M. Christian Ouellet (Brome—Missisquoi, BQ): Je vous remercie, monsieur le président.

Monsieur Guptill, vous avez mentionné qu'il y avait un manque d'expertise et un *lack of identification capacity*. Que vous manque-t-il réellement pour avoir les effectifs nécessaires afin de stabiliser vos clients de façon permanente?

[Traduction]

M. Bryson Guptill: Comme je l'ai dit, nous avons les outils qui nous permettent d'apporter les réponses appropriées. Le recrutement du personnel nous pose parfois un problème. Je vais vous donner un autre exemple rencontré récemment, alors que je m'entretenais avec un psychologue de l'une de nos cliniques. En fait, c'est un psychiatre. Dans la ville où il se trouve, il devait traiter toutes sortes de cas et il était surchargé de travail. Lorsqu'il est venu dans notre clinique, il a pu se consacrer spécifiquement à des personnes présentant des troubles dus à un stress professionnel. Il m'a dit qu'il avait été grandement soulagé de pouvoir se consacrer à des patients présentant des besoins spécifiques, au lieu de devoir travailler à la limite de ses capacités, comme il aurait dû le faire dans le réseau ordinaire de la santé.

J'ai été très content d'entendre ces propos en tant qu'employé du ministère des Affaires des anciens combattants, mais ce qu'il m'a dit m'a rappelé le défi que nous avons à relever, car les ressources humaines coûtent cher. Nous avons du mal à attirer le personnel soignant et à le garder. Nous sommes donc constamment en recherche d'équilibre. Je pense que nous avons en main les outils et les ressources nécessaires pour faire face aux problèmes, mais ce sera toujours un défi, parce qu'en général — et je n'apprends rien au comité en disant cela, nous n'avons pas suffisamment de ressources pour régler tous les problèmes de santé mentale au Canada, et nous devons constamment faire du recrutement.

• (1005)

[Français]

M. Christian Ouellet: Monsieur Lalonde, tout à l'heure, vous avez mentionné que vous dispensiez des soins ultra-spécialisés dans votre institut. Si vous compariez ces soins à ceux des hôpitaux civils, diriez-vous qu'ils sont supérieurs, de même niveau ou inférieurs?

M. Raymond Lalonde: Dans le système des hôpitaux publics, il y a la même catégorisation des services, soit des services de première ligne, des services d'urgence et des cliniques sans rendez-vous. Il existe aussi des services de seconde ligne, par exemple lorsqu'une personne est référée chez un cardiologue, etc.

Il y a également des services ultra-spécialisés, telle la pédopsychiatrie, ceux qui font des opérations au cerveau, etc. Ce sont des cliniques très spécialisées. Il existe des cliniques ultra-spécialisées pour les personnes qui souffrent de problèmes d'anorexie.

Ce sont des services comparables. Il y a des services très spécialisés dans la province qui sont comparables, mais on ne peut pas dire que les nôtres sont supérieurs aux autres services offerts.

M. Christian Ouellet: Ce sont des services de même qualité.

M. Raymond Lalonde: Ce sont des services de même qualité, mais spécialisés dans des problèmes reliés au stress opérationnel, et la culture militaire est prise en compte dans la pratique de nos cliniciens.

M. Christian Ouellet: Parlons de l'appui que vous avez. En ce qui concerne le bâtiment de l'hôpital, par exemple l'hôpital de Sainte-Anne-de-Bellevue, qui a été conçu il y a 90 ans et qui a été rénové il y a 40 ans.

M. Raymond Lalonde: On est en train de le rénover.

M. Christian Ouellet: Correspond-t-il bien aux besoins des gens qui éprouvent des problèmes mentaux?

M. Raymond Lalonde: Il n'y a pas de problème quant aux locaux. La principale problématique concerne l'accès aux traitements. On parle également de ceux qui vivent en région; c'est un problème très important. Les gens doivent pouvoir aller chercher des soins, demander de l'aide, et nous devons pouvoir offrir les meilleurs services possibles.

C'est pourquoi je parlais d'un équilibre entre les services très spécialisés, les services du réseau public et les services de fournisseurs dans la communauté et la façon dont nous travaillons ensemble. L'un des mandats de nos cliniques est de travailler en collaboration avec les gens du milieu, dans leur communauté, pour les appuyer dans leur pratique.

Prenons par exemple un client de l'Abitibi qui a été vu à l'Hôpital Sainte-Anne et qui retourne chez lui par la suite. Lorsque cette personne retourne dans sa communauté après avoir été traitée chez nous pendant six mois, nous voulons que le médecin généraliste ou le psychologue qui est en Abitibi puisse contacter nos spécialistes pour discuter du traitement. Cette collaboration partagée entre les différents intervenants est extrêmement importante, plus que les locaux.

M. Christian Ouellet: Merci.

[Traduction]

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Je vous remercie, Christian.

Nous allons passer à Bev Shipley. Nous vous accorderons quelques minutes de plus parce que votre temps avait été écourté — je veux dire quelques secondes de plus.

M. Bev Shipley: Merci beaucoup, monsieur le président.

Monsieur Lalonde, je tiens à vous remercier de nous avoir accueilli l'automne dernier, je crois, à l'hôpital Sainte-Anne. C'était une première fois pour moi et j'ai beaucoup de respect pour ce que vous faites.

Monsieur Guptill, je tiens à vous remercier de vous joindre à nous aujourd'hui et vous remercie pour le travail que vous faites au ministère des Affaires des anciens combattants.

Je pense que toutes les personnes ici présentes visent à améliorer le traitement des anciens combattants et à déterminer les moyens que nous pouvons prendre pour les aider. Cela m'amène à ma première question.

Si je passe à la diapositive 10, simplement pour faire d'abord une observation, de toute évidence, dans tout ce que nous faisons, chaque fois que nous pouvons avoir une analyse et un diagnostic précoce, nous devons privilégier la prévention, et de toute évidence, nous devons mettre en place des mécanismes qui nous permettent de le faire de la meilleure façon possible.

Je considère que c'est ce que nous faisons actuellement. Nous faisons un dépistage préliminaire avant leur déploiement et à leur retour, nous procédons à un dépistage pour tâcher de déterminer — corrigez-moi si je me trompe — s'il y a des problèmes d'instabilité de façon à ce que nous puissions commencer à travailler avec ces personnes. Cela permet de réduire l'anxiété, et je crois qu'il existe un lien assez étroit entre l'anxiété profonde et le syndrome de stress post-traumatique.

À la page 10, vous dites que les gens attendent avant de consulter. J'espère que certaines des mesures de dépistage préliminaires ont permis d'éliminer ce sentiment de honte, que nous ne sommes pas vraiment dans la même situation aujourd'hui que nous l'étions hier — hier, c'est du passé.

Je suis préoccupé par les quatre derniers paragraphes, parce que s'ils sont en ordre chronologique, si ce trouble mène à la dépendance à l'égard de l'alcool, cela a de toute évidence des répercussions au niveau de l'emploi et peut mener à la violence familiale et à la séparation et bien sûr dans le dernier cas, le pire des scénarios, c'est la tendance au suicide.

Cela me ramène à ma première observation à propos du diagnostic précoce et de la prévention. Ces quatre aspects se déroulent-ils dans un ordre chronologique, et est-ce que vous vous en occupez dans un ordre précis pour favoriser le diagnostic précoce et la prévention dans la mesure du possible?

● (1010)

M. Bryson Guptill: Ils ne surviennent pas dans un ordre particulier mais indiquent l'ampleur du problème. Récemment, Statistique Canada a mené une enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Cette enquête a indiqué que le trouble mental le plus répandu chez les militaires est la dépression grave, suivie de l'alcoolisme. La phobie sociale est en troisième place suivie du SSPT.

Il existe donc d'importants problèmes dont il faut s'occuper et l'ensemble de la recherche a établi, et tout le travail que nous avons fait le souligne, que l'intervention précoce est indispensable. Donc il est très important que nous soyons en mesure de traiter très très rapidement les membres des Forces canadiennes qui s'adressent au ministère des Affaires des anciens combattants quand ils ont des problèmes, parce que plus tôt nous interviendrons, plus tôt nous pourrons remettre ces personnes sur pied.

M. Bev Shipley: Je ne veux pas vous interrompre, mais je ne veux pas non plus manquer de temps parce que j'ai d'autres questions à poser.

Si parmi les dossiers provenant du MDN, on signalait un cas de dépendance envers l'alcool de la part d'un militaire à son retour de son déploiement, cette information est-elle communiquée suffisamment tôt pour que vous soyez déjà au courant de l'existence d'un problème?

M. Bryson Guptill: Nous travaillons très étroitement avec le MDN durant l'étape de la transition. Pendant que les militaires continuent d'être en service, ils relèvent des gestionnaires de cas du MDN, mais si le MDN constate qu'un militaire a de graves problèmes et qu'il va bientôt sortir des forces, alors il nous contacte et nous intervenons.

Nous aimons utiliser l'analogie des deux mains sur le bâton. Pendant un certain temps, nous gérons tous les deux le cas et ensuite, dès qu'un militaire quitte le service pour retourner dans le civil, nous sommes là pour l'aider.

Notre façon de procéder est beaucoup plus intégrale que par le passé parce qu'en vertu de l'ancienne loi, nous devions nous consacrer entièrement à déterminer si une personne était atteinte d'une invalidité que nous pouvons appeler une affection ouvrant droit à pension et une fois ce processus d'arbitrage terminé, nous pouvions commencer à nous occuper de cette personne. Aujourd'hui, nous pouvons nous occuper de ces questions en même temps. Donc, ces personnes peuvent présenter une demande d'indemnité d'incapacité mais parallèlement, grâce à nos bureaux en première ligne — pour revenir au point soulevé par Mme Hinton : les 31 ou 32 bureaux qui existent d'un bout à l'autre du pays, nous pouvons immédiatement acheminer cette personne à nos conseillers de secteur afin qu'ils s'entretiennent avec eux et avec les membres de leurs familles, et constater qu'ils semblent avoir certains problèmes qui se rattachent à leur service militaire, même sans les définir, et les inscrire à un programme de traitement.

M. Bev Shipley: J'ignore si M. Lalonde a quelque chose à rajouter.

M. Raymond Lalonde: Je pense que l'intervention précoce ou la prévention est vraiment un facteur clé qui permet d'améliorer le résultat obtenu. Le MDN a consacré beaucoup de travail et d'effort à cette initiative, et nous devons nous rendre compte qu'un militaire qui revient de l'Afghanistan et qui souffre du syndrome de stress post-traumatique ne deviendra pas le client du ministère des Affaires des anciens combattants le lendemain. Il peut être traité par les Forces canadiennes pendant un an ou deux avant que nous le voyions, donc à ce stade nous travaillons en collaboration. Nous mettons en commun nos pratiques exemplaires. Nous travaillons avec les Forces canadiennes dans le cadre de programmes cliniques afin d'assurer la continuité du traitement lorsqu'ils sont libérés; ainsi, le jour de la libération, ils ne reçoivent pas des services de notre part qui sont tellement différents de ceux qu'ils recevaient auparavant que cela crée une discontinuité. Nous travaillons donc réellement en collaboration en ce qui concerne cet aspect également.

• (1015)

M. Bev Shipley: Je vous remercie.

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Nous reviendrons à vous, Bev. Tout le monde aura l'occasion de poser une question.

C'est maintenant le tour de M. Roger Valley.

M. Roger Valley: J'aimerais revenir sur certains aspects concernant les régions rurales. Ce sont des questions qui m'intéressent parce que je viens d'une région rurale. Je suis toujours préoccupé par l'absence de services dans ma circonscription et d'autres grandes circonscriptions où la population est peu dense. En plus de venir d'une circonscription qui s'étend sur plus d'un tiers de l'Ontario, je sers 41 réserves. De ce nombre, 21 sont des réserves auxquelles on a uniquement accès par voie aérienne, ce qui signifie qu'elles se trouvent dans le nord de l'Ontario. Certaines d'entre elles se trouvent à 500 milles de la route la plus proche, donc il est très difficile d'obtenir des services là-bas. Nous savons également que nous ne pouvons pas nous attendre au niveau de service qui existe dans de nombreuses collectivités. Lorsque j'ai posé la question plus tôt, j'ai eu l'impression que M. Lalonde avait répondu en partie à mes commentaires.

Monsieur Guptill, je ne crois pas avoir formulé ma question correctement. Je vais vous donner un exemple précis. Une personne fait 400 milles pour se rendre à l'un des endroits qui offrira les services et y est conduite par un membre de sa famille ou qui que ce soit. Je me disais que des services familiaux leur offriraient l'hébergement dans un hôtel puisque nous leur offrons une aide, ou y a-t-il un endroit prévu pour loger ces personnes. Comment la famille —? En règle générale, les anciens combattants de la Deuxième guerre mondiale sont des personnes âgées qui disposent de ressources très limitées dans ma circonscription et dans les régions en question.

Je sais que ce n'est peut-être pas le moment d'en parler maintenant, mais vous avez mentionné la charte, et nous parlons d'aider les familles. C'est à cela que je voulais en venir.

M. Bryson Guptill: Nous avons une disposition qui permet le transport à des fins médicales. Grâce à cette mesure, nous pouvons payer les frais de déplacement des personnes qui se rendent à des rendez-vous médicaux. Les personnes qui reçoivent ce genre de thérapie peuvent se prévaloir de cette disposition.

M. Roger Valley: Monsieur Lalonde, souhaitez-vous répondre à cette question?

M. Raymond Lalonde: Si le patient doit être accompagné, nous payons les frais de déplacement de l'accompagnateur. Mais il faut

que l'accompagnement de la personne qui se rend à sa thérapie soit justifié par une raison médicale. Par exemple, un de nos clients du sud de l'Ontario devait se rendre à Nanaimo pour participer à un programme de soins du SSPT. Cela dépend des besoins. Dans les faits, les clients ne choisissent pas l'endroit où ils sont soignés. S'il existe un fournisseur de soins à proximité de leur localité, nous payons les frais de déplacement pour qu'il s'y rende, mais si le patient vient de l'Ontario et doit se rendre à Sainte-Anne pour obtenir des soins de stabilisation, nous payons les frais de déplacement de la personne qui accompagne ce patient, s'il existe une raison médicale justifiant l'accompagnement.

M. Roger Valley: Merci.

Nous n'avons jamais eu l'occasion de discuter certaines des observations que j'ai faites quant aux difficultés qui existent au Canada depuis des décennies en matière de transférabilité des soins de santé et au sujet des médecins qui se déplacent d'une province à l'autre. Je ne voulais pas dire que ma fille ne pourrait pas travailler dans le reste de l'Est canadien, mais je sais qu'elle ne pourrait pas travailler en Ontario. Elle serait peut-être autorisée à travailler au Québec ou ailleurs.

Je sais que cette question ne relève pas des affaires des Anciens combattants, mais le gouvernement fédéral doit régler le problème et collaborer avec les provinces pour que les soins de santé soient transférables. À votre avis, cela constitue-t-il une limite dans l'accès aux services des professionnels de la santé?

M. Bryson Guptill: C'est un bon argument, et ça ne touche pas seulement le secteur que vous avez mentionné. Ma fille est en train de faire son doctorat en ergothérapie. Les règles diffèrent selon les régions du pays. Ce n'est pas inhabituel dans certains domaines de la médecine, mais cela pose parfois des problèmes qui doivent être réglés. Cet élément ne nous a pas posé de problème grave, mais si cela en devenait un, je crois que nous avons les outils nécessaires pour le résoudre.

M. Raymond Lalonde: Nous allons devoir examiner cette question, car on envisage d'utiliser les services de télésanté mentale pour offrir des services dans les localités éloignées. Nous examinons un projet avec la Alberta Mental Health Board, à Calgary. Notre clinique de TSO pourrait fournir ces services de télésanté mentale. Si nous avions une clinique à Fredericton, par exemple, pour les provinces Atlantique, et que nous souhaitions que cette clinique fournisse des services de télésanté mentale à Terre-Neuve, c'est un problème que nous devrions régler. Mais les services de télésanté mentale sont l'une des solutions que nous envisageons pour offrir des services dans les localités éloignées.

• (1020)

M. Roger Valley: Avant que mon collègue m'interrompe, permettez-moi de dire que l'avantage qu'il y a à ce que ma fille ne puisse travailler ailleurs que sur la côte est, c'est qu'elle voulait m'évaluer, mais elle ne peut pas le faire en Ontario.

Permettez-moi de souligner de nouveau la question de la pénurie qui existe partout au Canada en ce qui concerne les thérapeutes en santé mentale. Je ne veux pas qu'on prenne cette question à la légère. En raison de cette pénurie, ces thérapeutes travaillent sous pression et cette pression est accrue encore dans des cas comme ceux que j'ai mentionnés. Ma fille travaille plus qu'elle ne le devrait. Elle est censée être infirmière psychiatrique, travailler avec des patients et les amener consulter des psychiatres professionnels ou des conseillers pour se faire traiter. Mais ce n'est pas ce qui se passe, car il n'y a pas suffisamment de médecins pour traiter ces maladies.

La situation n'est déjà pas reluisante et elle ne fait qu'empirer, à moins que nous puissions trouver une solution aux problèmes de pénurie et de capacité qui existent au Canada.

Merci.

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Merci.

Passons maintenant à David Sweet.

M. David Sweet (Ancaster—Dundas—Flamborough—Westdale, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci à nos témoins d'être venus nous rencontrer.

Si vous avez lu le procès-verbal de nos délibérations, car vous avez dit que vous connaissiez certains témoignages, vous saurez que j'ai toujours posé des questions sur notre capacité à — comment dire? — préparer nos soldats avant de les envoyer au combat.

Le ministère des Anciens combattants consacre-t-il de l'argent à la recherche ou, à l'heure actuelle, l'argent sert-il principalement aux services cliniques?

M. Bryson Guptill: Nous consacrons des sommes considérables à des recherches dans ce domaine. Je dois cependant avouer que la grande majorité du budget du département sert au traitement des anciens combattants. Nous avons, je crois, une petite équipe de recherche dirigée par des gens très compétents.

Nous avons également été en mesure de consulter des recherches qui ont été menées dans d'autres pays, et nous en bénéficions grandement. Notre directeur de la recherche, David Pedlar — j'ai mentionné son nom tout à l'heure — me dit qu'il est en mesure, entre autres, de bénéficier des recherches menées aux États-Unis grâce aux comités auxquels il siège. Il existe un groupe international qui fait la comparaison des méthodes exemplaires et des résultats des recherches. Les États-Unis, par exemple, consacrent quelque 2 milliards de dollars par année à des recherches dans ce domaine et sur des questions connexes. Nous avons donc à notre disposition une bonne quantité d'études de cette façon.

M. David Sweet: Effectue-t-on à l'heure actuelle un dépistage préliminaire, avant qu'un soldat soit envoyé dans une zone de conflit, pour déterminer qui est mieux en mesure de survivre à un traumatisme sans souffrir de SSPT, et qui sera plus vulnérable dans une situation traumatisante et risque de souffrir d'un trouble mental?

M. Bryson Guptill: C'est une bonne question, et il vaudrait peut-être mieux que vous la posiez à nos collègues de la Défense nationale. J'ai lu certains des témoignages, et j'ai remarqué que certains de vos témoins vous ont dit, comme ils nous l'ont dit à nous aussi, qu'il existe un dépistage préliminaire.

Avant que votre comité s'intéresse à cette question, je sais qu'on a notamment discuté de l'efficacité de ce dépistage préalable. On s'est demandé si ce dépistage permettait vraiment de détecter quelle personne souffrirait de telles maladies. Aucune réponse n'a été apportée à cette question, je crois, mais l'armée fait des efforts pour s'assurer que ses troupes sont bien entraînées et qu'elles reçoivent l'entraînement qui convient avant qu'elles soient déployées.

M. David Sweet: Vous avez dit que les États-Unis consacrent 2 milliards de dollars à la recherche, et il y a d'autres recherches ailleurs au monde également. Savez-vous si ces recherches mettent l'accent sur la mise au point de meilleures méthodes de dépistage?

Deuxièmement, savez-vous si l'on fait actuellement des recherches sur la façon de préparer les personnes? On évoque la possibilité de déceler les personnes qui sont capables de gérer le stress. Je ne sais pas comment l'on pourrait procéder, mais existe-t-il des programmes

qui permettraient de placer quelqu'un dans des situations stressantes pour le désensibiliser à des traumatismes futurs?

M. Bryson Guptill: Oui. Mais compte tenu de la nature du travail de nos soldats, je ne crois pas qu'il soit souhaitable de trop les désensibiliser. Cependant, on nous a dit que l'entraînement avant le déploiement est un excellent moyen de préparer les troupes à ce à quoi elles pourraient être confrontées après leur déploiement. C'est tout à fait vrai.

• (1025)

M. David Sweet: D'accord. Il y a donc eu des recherches importantes à ce sujet auparavant?

M. Bryson Guptill: Tout à fait.

M. David Sweet: Fait-on des vérifications au cours des opérations pour voir si ces recherches et méthodes exemplaires donnent de bons résultats pour nos soldats?

M. Bryson Guptill: Je sais que la Défense nationale met l'accent sur l'instruction préalable au déploiement. Nous avons collaboré avec la Défense nationale, mais ses représentants seraient mieux en mesure que nous de répondre à vos questions.

M. David Sweet: J'ai une dernière question.

Nous sommes tous préoccupés par la question des ressources. Sommes-nous conscients de ce besoin dans nos établissements postsecondaires publics, ainsi que dans les centres de recrutement de la Défense nationale? Mène-t-on une campagne de haut niveau pour essayer d'attirer dans ce secteur du travail clinique des personnes qui voudraient faire carrière dans le domaine de la médecine et de la psychologie?

M. Bryson Guptill: Je ne suis pas vraiment en mesure de répondre à cette question, mais vous souhaiterez peut-être la poser à nos collègues de la Défense nationale. Rakesh Jetley nous a fait une présentation. Il est psychiatre à la Défense nationale, et il fait un excellent exposé de ce que la Défense nationale fait pour préparer les troupes, ainsi que pour accroître les compétences dont elle dispose dans le domaine de la psychiatrie.

M. David Sweet: Monsieur le président, ce serait une bonne idée d'inviter cette personne à témoigner à un moment donné.

Le vice-président (M. Brent St. Denis): D'après ce que nous dit notre greffière, nous allons entendre des représentants de la Défense nationale à notre prochaine réunion.

M. David Sweet: C'est parfait.

Merci beaucoup.

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Merci, David.

Monsieur Stoffer, s'il vous plaît.

M. Peter Stoffer: Merci encore.

En ce qui concerne le problème qui s'est posé à Petawawa, j'ai été heureux de voir que le gouvernement de l'Ontario et le gouvernement fédéral ont agi de concert pour le résoudre. Mais il a néanmoins fallu que l'ombudsman produise un rapport et que les médias en parlent. Vous avez dit tout à l'heure que vous ne voudriez pas que cette situation — Je crois que vous avez dit qu'il ne fallait pas créer de « ghetto ». Je ne suis pas certain que je l'exprimerais de cette façon.

Pour moi, une base militaire possède une identité distincte. Les hommes et les femmes qui servent notre pays sont prêts à faire le sacrifice ultime, et les familles qui vivent dans ces bases militaires sont prêtes à accepter que leur père ou leur mère fasse ce sacrifice. Lorsqu'ils ont des problèmes, je ne crois pas qu'il faudrait renvoyer la balle à d'autres parce que cela relève d'une autre compétence.

Cela fait partie de la vie militaire, et j'ai toujours cru que le gouvernement fédéral devrait assumer la responsabilité de ces problèmes. Je sais que cette question ne relève pas de vous, mais j'espère que nous n'aurons plus à l'avenir de cas comme ceux qui se sont produits à Shearwater, Esquimalt, Borden, ou Valcartier, ou d'autres rapports de ce genre, et que le gouvernement prendra ses responsabilités. J'espère également que s'il existe des établissements provinciaux, ceux-ci seront prêts à travailler en étroite collaboration avec nous avant que nous ayons besoin d'un autre rapport de l'ombudsman. Je suis heureux de voir que le problème a bien été résolu, comme vous l'avez dit.

Pour revenir au cas de Louise Richard, le titre de l'article était le suivant : [Traduction] *Les nouveaux anciens combattants n'ont pas accès aux établissements de soins de santé du gouvernement fédéral du Canada*. Est-ce vrai?

M. Bryson Guptill: Je ne crois pas que ce titre soit vrai. Nous avons essayé de faire en sorte que les anciens combattants des Forces canadiennes reçoivent les meilleurs soins possibles. Nous voulons aussi nous assurer d'avoir à notre disposition tous les outils nécessaires pour répondre à leurs besoins. Un grand nombre d'anciens combattants moins âgés des Forces canadiennes ne se sont pas prévalus des dispositions des nouveaux programmes de bien-être, et je les encourage à le faire.

Quant aux traitements qu'ils reçoivent, nous sommes en mesure de leur offrir les meilleurs traitements possibles. En ce qui a trait aux établissements dans lesquels ils reçoivent ces traitements, ce que je voulais dire précédemment, c'est que nous voulons nous assurer qu'ils ne soient pas limités seulement aux établissements financés par le gouvernement fédéral. Comme vous le savez, nous n'exploitons qu'un seul hôpital au Canada, et nous devons donc compter sur la collaboration des gouvernements des provinces pour tous les autres établissements. Il ne s'agit pas seulement des établissements fédéraux, mais aussi de ceux des provinces, et nous sommes prêts à payer les frais des soins qui sont nécessaires.

M. Peter Stoffer: Si Louise Richard souhaite être traitée à l'établissement Perley, plus particulièrement, et si elle en fait la demande, pourrait-elle y avoir droit?

M. Bryson Guptill: Je ne peux pas commenter particulièrement le cas de Mme Richard.

M. Peter Stoffer: Je vais donc poser la question de façon plus générale. Si l'un de nos nouveaux anciens combattants souffre de SSPT, qu'il a divers problèmes dont il doit se remettre et qu'il souhaite être traité à l'établissement Perley — pour quelque raison que ce soit, parce qu'il se sent physiquement ou psychologiquement mieux à l'établissement Perley — ferait-on droit à sa demande?

• (1030)

M. Bryson Guptill: Ils pourraient —

M. Peter Stoffer: Je vous demande par oui ou non.

M. Bryson Guptill: La réponse est oui. Mais permettez-moi de vous décrire ce qui se fait à l'établissement Perley.

L'établissement Perley est en fait une maison de soins infirmiers. Elle est principalement réservée aux personnes qui souffrent de démence. La plupart de ces patients ont 85 ans. Le Perley compte

une aile communautaire de 200 lits et une aile des anciens combattants de 250 lits.

Dans le cas d'un membre des Forces canadiennes, si une évaluation révélait... et c'est un événement important, il faut que ce soit au moyen d'une évaluation. Si on jugeait qu'un ancien combattant a besoin de soins en maison de soins infirmiers dans le cadre de sa réadaptation, aux termes des nouvelles mesures législatives relatives aux anciens combattants, ce membre des Forces canadiennes pourrait être soigné à l'établissement Perley.

M. Peter Stoffer: Merci.

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Merci, Peter.

Bev, vous sembleriez vouloir continuer.

M. Bev Shipley: Oui, mais je n'aurai peut-être pas besoin de tout mon temps.

Je suis encouragé de voir — et je vous encourage encore, à titre d'organisation canadienne, à consacrer du temps et des ressources, ainsi qu'à partager les frais des recherches et du développement qui se font dans d'autres pays. On ne saurait trop souligner l'importance de ne pas refaire des recherches qui sont faites par d'autres au lieu de bénéficier de recherches réalisées en partenariat.

Je veux parler plus particulièrement des cliniques. Certaines mesures prises par le passé commencent à porter fruit. Un certain nombre de mesures se mettent en marche pour les anciens combattants, grâce à la Charte des droits, à l'ombudsman, à une déclaration des droits et à l'examen des soins de santé accordés aux anciens combattants. On met l'accent sur le diagnostic rapide et la prévention pour les aider à éviter des problèmes graves.

Mais comme M. Valley et d'autres l'ont dit au sujet de ces cliniques, qu'en est-il des spécialistes? Qu'en est-il des omnipraticiens? Qu'en est-il du personnel de ces cliniques? Où en sommes-nous dans le parachèvement de ces mesures pour éviter de nous écarter de notre objectif et de ne pas avoir en bout de ligne les spécialistes dont nous avons besoin pour offrir les soins nécessaires?

M. Bryson Guptill: Comme je l'ai déjà dit, nous avons déjà la possibilité d'embaucher des gens, selon les besoins.

M. Bev Shipley: Il y a des gens disponibles?

M. Bryson Guptill: Oui, nous avons pu en trouver. Je ne dis pas que ce soit une tâche facile. Il y a encore des difficultés.

Ce qui me préoccupe entre autres, c'est que lorsque nous engageons ces personnes, elles ne travaillent plus pour la communauté. Une fois que leurs services nous sont réservés, elles ne peuvent plus travailler pour la population civile. Il faut donc être en mesure de les remplacer également.

Nous n'avons donc pas eu de cas dans lesquels nous n'ayons pas été en mesure de trouver les ressources, mais c'est un problème constant. Il existe une pénurie de ressources à l'échelle du pays.

M. Bev Shipley: Quand on les enlève de la communauté, quelle est la réaction des gens dans la communauté? Peut-être que certains de ces spécialistes, pour une raison ou une autre, veulent justement travailler dans ce milieu. Cela est peut-être dû à leur engagement envers leur pays, envers les anciens combattants, ou encore envers le personnel des forces armées, et c'est tout à fait crédible.

J'imagine qu'il y a beaucoup de respect dans la communauté pour cela, c'est-à-dire pour les spécialistes qui choisissent cette voie. D'un autre côté, bien sûr, cela crée sans doute un vide au sein de la communauté. Comment doit-on réagir à cela?

M. Raymond Lalonde: Eh bien, si vous permettez, nous y réagissons en demandant au personnel des cliniques, c'est-à-dire à nos spécialistes, de faire une contribution en termes de formation et de soutien à leur communauté et de collaborer avec les intervenants communautaires pour offrir des services aux clients.

Alors, c'est donnant-donnant. On s'occupe de nos clients, mais en même temps, il faut veiller à ce que...

J'ai maintenant le mandat de sensibiliser les gens à la question du traitement des traumatismes liés au stress opérationnel. Cela avantage l'ensemble de la communauté.

M. Bev Shipley: Vous voulez donc faire en sorte que tout le monde soit gagnant, à la fois les gens dans la communauté et les anciens combattants.

J'ai une autre question à vous poser. Existe-t-il un lien étroit entre les troubles d'anxiété et le SSPT?

• (1035)

M. Raymond Lalonde: Le SSPT comporte un certain nombre de symptômes, dont les pensées intrusives, c'est-à-dire que le sujet ne peut pas s'empêcher de penser à quelque chose, avec comportement d'évitement. Les traumatismes liés au stress opérationnels ne sont pas uniquement dus à un incident traumatique précis.

Comme l'a dit Bryson tout à l'heure, le problème de santé mentale le plus répandu au sein des Forces canadiennes est la dépression. Un diagnostic d'anxiété ou de dépression témoigne parfois simplement du stress provoqué par le fait d'être en mission. Si par exemple vous êtes à l'étranger et loin donc de votre famille et que vous êtes toujours nerveux et déprimé, eh bien vous souffrez d'un traumatisme lié au stress opérationnel. Le SSPT représente un traumatisme assorti d'un certain nombre de critères et de symptômes.

M. Bev Shipley: Et j'imagine qu'à la fin —

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Je vous prie de conclure.

M. Bev Shipley: Évidemment, on ne s'intéresse pas uniquement aux victimes du SSPT, mais également à ceux qui souffrent des autres traumatismes liés au stress opérationnel. J'aimerais que vous nous fassiez part à un moment donné de vos recommandations quant à la meilleure façon de faire des progrès dans ce domaine.

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Merci, Bev.

M. Bev Shipley: C'est donc une question qu'on laisse en suspens. Merci.

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Gilles Perron, s'il vous plaît.

[Français]

M. Gilles-A. Perron: Je vais poser des questions brèves et j'aimerais obtenir des réponses brèves.

Raymond, quel est le temps d'attente pour un rendez-vous au CHUM à Québec?

M. Raymond Lalonde: Au CHUM à Québec, je ne le sais pas.

M. Gilles-A. Perron: Si je te dis plus d'un an, est-ce que tu me croiras? C'est inacceptable.

Deuxièmement, sur le front, en première ligne, pour la détection, pourquoi ne pas utiliser le réseau des CLSC au Québec ou avoir une personne comme Pascale Brillon, qui donne des cours, de la formation, etc.? C'est disponible, c'est en place. Cela coûterait moins cher que de construire un autre centre.

Je vais vous donner un autre exemple. Prenez un individu du Lac Saint-Jean qui doit prendre l'autobus pour se rendre régulièrement au

CHUM à Québec. C'est inacceptable. Il n'y a pas 100 000 cas au Lac Saint-Jean, il y en a peut-être 10. En Abitibi, il y en a peut-être sept ou huit, peut-être une douzaine dans les Bois-Francs, dans la région de Sherbrooke.

Il faut absolument trouver un moyen pour parvenir à faire un début de diagnostic sur les lieux mêmes. Nous avons les outils au Québec. Pourquoi n'avez-vous pas de rencontres avec les gens de l'Association des psychologues, des CLSC, etc.? Nous avons les outils et les infrastructures; il suffit de s'en servir.

M. Raymond Lalonde: Quand vous parlez du CHUM, à quoi faites-vous référence? Parlez-vous de notre clinique à Québec?

M. Gilles-A. Perron: Oui, de la clinique à Québec.

M. Raymond Lalonde: Non, les délais ne sont pas d'un an.

M. Gilles-A. Perron: Ils sont d'un an.

Denis Boucher est sur une liste d'attente. Il aura un rendez-vous la dernière semaine de mai, mais ça fait un an qu'il attend.

M. Raymond Lalonde: Il y a eu des problèmes de changement de personnel à la clinique. Notre objectif, pour les cliniques TSO, est de donner des rendez-vous dans les 15 jours ouvrables. Nous discutons présentement avec les gens de la clinique pour augmenter les ressources afin de pouvoir atteindre cet objectif.

Deuxièmement, il est certain que notre but n'est pas de traiter tous les gens à la clinique. Cependant, pour l'évaluation et pour une période de temps, il est possible que le meilleur endroit soit la clinique, parce qu'il y a une équipe interdisciplinaire. Mais on veut que la majorité de notre clientèle soit soignée dans la communauté, afin qu'elle n'ait pas besoin de voyager.

C'est pour cela qu'on veut travailler avec les fournisseurs de services dans la région du Lac Saint-Jean, par exemple. On veut augmenter leur niveau de connaissances et l'interaction avec nos professionnels dans nos cliniques, afin de faire en sorte que les patients ne viennent à la clinique que pour avoir une bonne évaluation et lorsque le traitement requiert l'intervention de l'équipe interdisciplinaire, soit le psychologue, le psychiatre, etc.

M. Gilles-A. Perron: Je suis d'accord avec toi. Tu joues le même rôle que l'Institut de cardiologie à Montréal.

M. Raymond Lalonde: Exactement.

M. Gilles-A. Perron: Je suis d'accord là-dessus, mais il faut mettre le pied dans la porte pour recevoir un traitement qui prend une éternité, et ce n'est pas acceptable.

M. Raymond Lalonde: On a un plan pour remédier à cela, et notre objectif est 15 jours ouvrables, pour le premier rendez-vous aux cliniques.

•(1040)

M. Gilles-A. Perron: J'ai une autre préoccupation qui, je sais, est en dehors de votre système. J'aimerais savoir comment on fait pour prévenir les troubles de stress post-traumatique. Mme Brillon ainsi que M. Guay, qui sont venus nous rencontrer, nous ont dit que c'était faisable. Ce sont des gens que tu as dû connaître, car ils ont des patients parmi les militaires et à l'Hôpital Sainte-Anne.

Je trouve déplorable que Mme LeBeau soit venue nous dire que la Défense nationale donnera à nos jeunes soldats un cours de trois heures et demie sur les troubles de stress post-traumatique, en préparation de leur départ pour l'Afghanistan au mois d'août. Les jeunes ne savent même pas que ça existe.

Pourtant, dans ce livre-ci, on mentionne différents symptômes, de sorte qu'il est possible de faire un autodiagnostic et ainsi peut-être réaliser qu'on a un problème. Comment se fait-il qu'on n'enseigne pas cela, qu'on ne donne pas d'avantage de formation à la Défense nationale? Subissez-vous des pressions en ce sens? L'un de vous deux a dit tout à l'heure que plus vite une personne est soignée, meilleures sont les chances de réussite. Alors, les victimes devraient être soignées sur le front, sur le terrain des opérations.

M. Raymond Lalonde: C'est certain que nous ne sommes pas des experts des programmes et services de la Défense nationale, mais ce que je peux vous dire, c'est que la Défense nationale fait tous les efforts pour identifier les gens instables ou qui pourraient présenter des faiblesses sur le plan de la santé mentale, soit en raison de problèmes familiaux ou personnels, etc. Ce n'est pas avantageux, pour les Forces canadiennes, d'envoyer en mission un militaire qui va souffrir d'une maladie qui peut devenir chronique et qui l'obligera à quitter les Forces canadiennes. Un des problèmes dont les militaires m'ont parlé, c'est que souvent les gens veulent tellement aller en mission qu'ils ne vont pas nécessairement parler de tous leurs problèmes. Il y a un tabou associé à la santé mentale et il y aussi la volonté des militaires d'accomplir leur devoir dans le cadre des missions.

M. Gilles-A. Perron: Je vous crois. À Valcartier, le deuxième étage où se trouvent les psychologues est surnommé l'escalier de la honte.

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Ce sont de bonnes questions, Gilles.

M. Gilles-A. Perron: Merci.

[Traduction]

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Merci, Raymond.

Il ne reste plus que Roger qui voudrait poser une question très courte. Y a-t-il quelqu'un d'autre?

Allez-y, Roger, avec une petite question avant qu'on suspende pour quelques instants pour nous permettre de remercier les témoins.

M. Roger Valley: Merci, ce sera très bref.

La diapositive numéro 16 traite du leadership. On sait que les gouvernements arrivent au pouvoir et puis disparaissent par la suite. En fait, nous allons défaire ce gouvernement sous peu, mais ce que nous voulons —

[Français]

M. Gilles-A. Perron: On ne fait pas de politique ici.

[Traduction]

M. Roger Valley: Vous avez parlé de la collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé. J'aimerais savoir qui sont les chefs de file en matière de stratégie de santé mentale. Qui sont les

chefs de file dans le monde? De qui peut-on tirer des leçons? Sommes-nous des chefs de file? Est-ce que ce sera bientôt le cas?

M. Bryson Guptill: Eh bien, c'est difficile de dire qui mène dans ce domaine. Il se fait beaucoup de recherches dans ce domaine. C'est clair qu'en termes d'argent ou de volume, les États-Unis sont au premier rang en matière de recherche. Aux États-Unis il y a sans doute plus de cas diagnostiqués de SSPT que dans tous les autres pays confondus. On mène des recherches au Royaume-Uni également. Ils ont adopté une approche un peu différente. L'Australie fait beaucoup de recherches dans ce domaine également.

Il existe un sous-groupe composé des pays occidentaux, à savoir les alliés occidentaux, qui collaborent et qui partagent de la recherche en la matière. Comme je l'ai dit, M. Pedlar en est responsable et il serait plus apte à vous donner plus de détails là-dessus.

M. Roger Valley: Merci.

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Merci beaucoup, monsieur Guptill et monsieur Lalonde. Vous nous avez rendu un grand service aujourd'hui. Notre rapport intérimaire dont on discutera sous peu sera sans doute grandement influencé par la contribution que vous avez faite aujourd'hui. Je vous en remercie.

Sur ce, nous allons suspendre pour une minute pour permettre aux témoins de quitter la pièce avant de passer aux autres points à l'ordre du jour. Betty a demandé de faire une intervention pendant cette suspension d'une minute. Elle voudrait que Gilles et Roger soient attentifs.

•

_____ (Pause) _____

•

Le vice-président (M. Brent St. Denis): J'ai présenté une motion. Je n'entends pas en discuter. La motion se passe d'explications, alors je vais céder la parole à Betty en premier.

•(1045)

Mme Betty Hinton: Je n'ai pas besoin de prendre la parole en premier. Je veux simplement figurer sur la liste des intervenants.

Le vice-président (M. Brent St. Denis): D'accord. Peut-être vaudrait-il mieux commencer par Roger, avant de passer la parole à Betty. Si on ne réussit pas à terminer, puisqu'il faut libérer la salle pour le prochain comité, la discussion portant sur la motion de Betty serait simplement reportée à la semaine prochaine avec celle de Peter.

Très bien, Roger.

M. Roger Valley: Je vais être très bref, puisque je parle en votre nom.

On ne veut pas trop insister sur la frustration que nous avons ressentie quand nous avons appris qu'on avait fait abstraction d'une partie de notre travail. Cette motion envoie un message très clair au ministre — on demande des réponses à quatre questions. Nous voulons que le travail du comité soit pris très au sérieux. Nous ne voulons pas être éclipsés de quelque façon que ce soit. Nous savons que le premier ministre a la prérogative de faire certaines choses, mais il faut quand même être sérieux. Si le comité veut faire son travail, qu'il le fasse. La réponse du ministre va nous permettre d'orienter nos travaux.

Merci.

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Betty.

Mme Betty Hinton: Tout d'abord, j'aimerais savoir pourquoi on demande des instructions au ministre. Il s'agit après tout du travail du comité. Nous n'avons pas besoin des instructions du ministre pour faire le travail que le Parlement nous a donné. Je n'accepte donc pas cet aspect-là de la motion.

Je pense que c'est uniquement le troisième des quatre points qui est important pour le comité : « Est-ce que le ministre et le gouvernement sont réceptifs aux suggestions, y compris l'ajout de mesures d'application à une Déclaration des droits? Il va sans dire que le gouvernement est réceptif. Le comité n'a pas encore terminé son étude et, à mon avis, il est très important qu'il le fasse.

Il y a toujours matière à amélioration en toute chose, donc je ne vais pas m'opposer à la motion; il n'y a pas lieu de le faire. Mais je vous demande tout simplement pourquoi on demande conseil au ministre alors qu'il s'agit du mandat du comité.

Le vice-président (M. Brent St. Denis): David.

M. David Sweet: Je suis d'accord avec Betty. Terminons notre travail tout de suite. J'ai déjà dit que j'avais des inquiétudes au sujet du processus, et du fait que nous allons faire des recommandations concernant la valeur juridique. Nous avons reçu les experts juridiques et nous avons entendu de bons témoignages à cet égard. On a discuté amplement des dates, de l'importance de la déclaration, etc. La motion va retarder la Déclaration des droits car il faut attendre une réponse du ministre.

Je vais appuyer la motion, monsieur St. Denis.

[Français]

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Quelqu'un d'autre veut-il intervenir?

[Traduction]

Roger.

M. Roger Valley: Merci. Le comité ne veut surtout pas devenir inutile. Nous savons que le comité peut donner tous les conseils qu'il veut, mais le premier ministre a déjà indiqué clairement ce qu'il veut faire, donc qui va-t-il écouter? Est-ce que le gouvernement est prêt à donner valeur de loi à la déclaration? Je pense qu'il faut le savoir.

• (1050)

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Y a-t-il d'autres observations ou d'autres questions?

Si non, est-ce que la motion est adoptée à l'unanimité?

(La motion est adoptée.) [Voir les *Procès-verbaux*]

Le vice-président (M. Brent St. Denis): La motion est adoptée, et nous allons demander à M. Anders d'envoyer une lettre.

Gilles a la parole.

[Français]

M. Gilles-A. Perron: J'ai deux questions à poser à Mme Hinton. Quand aura lieu le vote sur le rapport déposé à la Chambre? En ce qui concerne le rapport sur l'ombudsman, le ministère a-t-il commencé à réfléchir à un projet de loi ou à le rédiger?

[Traduction]

Mme Betty Hinton: Je suis flattée que vous pensiez que j'ai tous ces pouvoirs Gilles, mais ce n'est pas le cas.

M. Gilles-A. Perron: Vous êtes bien placée pour entendre des choses.

Mme Betty Hinton: Ce sont des questions qu'il faudra poser au leader du gouvernement ou au ministre lui-même quant au dépôt de la déclaration. Je ne peux assurément pas y répondre moi-même.

M. Gilles-A. Perron: Mais avez-vous demandé à votre leader s'il a une idée? Je vais vérifier auprès du mien.

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Quand le premier ministre a fait l'annonce à Vimy de la Déclaration de droits et de la création d'un poste d'ombudsman, est-ce qu'il a dit que cette charge aurait valeur de loi?

Peut-être qu'on pourrait ajouter cela à la question de Gilles et vous demander d'obtenir une réponse.

Peter.

M. Peter Stoffer: J'ai donné au greffier un préavis de motion à étudier lors de notre prochaine réunion. La motion stipule que le comité demande aux fonctionnaires du ministère des Anciens combattants de comparaître devant lui pour faire le point sur l'examen des soins de santé fait par le ministère.

Je lis les journaux de temps en temps, et j'ai entendu dire que le ministère est en train de faire un examen des soins de santé. J'aimerais savoir ce qu'il en est. Si l'annonce est faite demain, je ne pense pas que les députés d'opposition, pas plus que les députés ministériels, aimeraient être éclipsés de quelle que façon que ce soit. Vous pourriez peut-être nous dire où en est l'étude, au début, au milieu ou presque à la fin.

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Betty.

Mme Betty Hinton: S'ils n'étaient pas en train de faire un examen des soins de santé, ils ne feraient pas leur travail, car c'est ce qu'ils sont censés faire.

M. Peter Stoffer: Je ne suis pas d'accord.

Mme Betty Hinton: Permettez-moi de terminer. Le gouvernement et le ministère attendent que le comité ait entendu les besoins et ait fait ses recommandations.

Plus il y a de sujets qui interviennent — et je ne conteste pas l'importance de ces différents sujets. Le SST est un sujet très important, tous ces sujets sont très importants, et je sais qu'ils sont importants pour tous les anciens combattants. Cependant, si on n'avance pas dans l'examen des soins de santé, nous allons rendre un mauvais service aux anciens combattants. La Chambre ne siègera que jusqu'à la mi-mai. Il ne nous reste que sept ou huit semaines, et il faut donc avancer dans nos travaux.

M. Roger Valley: Est-ce qu'il y a quelque chose de prévu à la mi-mai dont on n'a pas encore entendu parler?

Mme Betty Hinton: Il nous reste huit semaine. Il y a une semaine de relâche et la session prend fin normalement à la mi-juin.

M. Roger Valley: Je m'excuse, je cherchais à —

Mme Betty Hinton: Vous cherchiez à être drôle?

M. Roger Valley: Non, je suis l'exemple de David Sweet qui est assis là-bas.

M. Peter Stoffer: Voici ce que je dirais à Mme Hinton. Gerald Lefebvre, le porte-parole de M. Thompson a dit « jusqu'à ce qu'on ait terminé l'examen complet des soins de santé ». Il ne parle pas de travailler en collaboration avec le Comité des affaires des anciens combattants. Il dit « jusqu'à ce qu'on ait terminé ». C'est qui ça « on »?

S'ils attendent nos recommandations, ils devraient le dire, parce que dans le document on dit très clairement « jusqu'à ce qu'on ait terminé l'examen complet des soins de santé ».

Mme Betty Hinton: Le comité s'est entendu au tout début de ses travaux, Peter, pour étudier la question des soins de santé et faire des recommandations.

M. Peter Stoffer: C'est exact.

Mme Betty Hinton: Donc, lorsqu'il parle de « on » — Ce n'est pas moi qui ait dit ça.

M. Peter Stoffer: Non, c'est lui qui l'a dit.

Mme Betty Hinton: Je sais. Ce sont les mots qu'il a utilisés. Je suppose qu'il parle de nous tous. Donc il attend notre contribution, et le comité n'a toujours pas commencé son examen des soins de santé.

M. Peter Stoffer: Si le comité ne veut pas inviter les fonctionnaires, serait-il possible de demander qu'ils nous envoient une lettre pour nous dire où ils en sont? Est-ce qu'ils ont presque terminé leur examen? Ce serait bien si le ministère nous disait qu'il attend des recommandations du comité avant de faire son rapport. Ce serait très agréable d'entendre cela.

Mme Betty Hinton: D'accord. Je vais transmettre le message. Je pense que le ministère prend pour acquis que le comité va examiner

toute la question des soins de santé. Les fonctionnaires attendent nos recommandations.

M. Peter Stoffer: Oui je suis d'accord, mais je croyais que c'était implicite, qu'ils attendraient le texte de nos recommandations sur la déclaration des droits.

Mme Betty Hinton: Peter, si vous vous sentez plus à l'aise avec l'idée que tout soit énoncé clairement, je peux faire ça pour vous. Je serais ravie de le faire.

•(1055)

M. Peter Stoffer: Oui, ce serait très bien.

Merci.

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Allez-vous surseoir à votre motion en attendant la réponse de Betty?

M. Peter Stoffer: C'est exact.

Le vice-président (M. Brent St. Denis): Donc, pour l'immédiat nous allons retirer cette motion.

Y a-t-il autre chose?

Merci beaucoup, chers collègues.

La séance est levée.

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

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

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

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

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