



Chambre des communes  
CANADA

## Comité permanent des anciens combattants

---

ACVA • NUMÉRO 015 • 2<sup>e</sup> SESSION • 40<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mercredi 29 avril 2009**

**Président**

M. David Sweet

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 mercredi 29 avril 2009

• (1545)

[Traduction]

**Le président (M. David Sweet (Ancaster—Dundas—Flamborough—Westdale, PCC)):** Nous allons débiter la réunion. D'autres membres se joindront à nous plus tard. Je sais qu'ils ont été retardés à cause du vote.

Nous accueillons trois témoins d'Anciens Combattants Canada et je tiens à vous préciser que nous consacrerons un certain temps aux travaux du comité, à la fin de la réunion. Je suis un peu préoccupé, parce que nous allons devoir traiter de notre contribution à l'achat d'un cadeau pour la greffière. Je me demande combien de temps cela va nous prendre. Nous leverons la séance à 17 h 15 pour passer aux travaux du comité, si cela vous convient.

Nous allons tout de suite entendre les fonctionnaires, c'est-à-dire Darragh Mogan, Brenda MacCormack et Doug Clorey d'Anciens Combattants Canada.

Allez-vous tous faire une déclaration d'ouverture ou est-ce qu'une seule personne va s'en charger? Monsieur Mogan, avez-vous des remarques liminaires?

Vous connaissez, je pense, la tradition au comité. Nous vous accordons 10 à 15 minutes pour vos remarques liminaires, après quoi nous passons aux questions par alternance entre les partis.

Vous pouvez commencer.

**M. Darragh Mogan (directeur général, Politique en matière de programme et de service, ministère des Anciens Combattants):** Merci beaucoup, monsieur le président et merci aux membres du comité de nous avoir invités.

Mes collègues, Brenda et Doug, vous présenteront la nouvelle Charte des anciens combattants, puisque vous avez commencé à l'étudier. Nous vous parlerons des fondements politiques de la charte, de son contenu, de là où nous en sommes ainsi que des possibilités d'avenir.

[Français]

C'est pour moi un privilège de vous présenter M. Doug Clorey, le directeur des Politiques sur la santé mentale, et Mme Brenda MacCormack, la directrice des Programmes de la nouvelle charte des anciens combattants.

[Traduction]

Brenda vous donnera un bref aperçu en s'appuyant sur les transparents qui vous ont été envoyés. J'espère qu'ils vous ont été remis, monsieur le président. Doug vous parlera ensuite brièvement de la question de la santé mentale.

Si vous me le permettez, monsieur le président, je vais maintenant céder la parole à Brenda.

**Mme Brenda MacCormack (directrice, Programmes de la nouvelle Charte des anciens combattants, ministère des Anciens Combattants):** Merci, monsieur le président et merci aux membres

du comité. J'apprécie l'occasion de pouvoir vous donner un rapide aperçu de la nouvelle Charte des anciens combattants. Nous vous fournirons aussi quelques informations sur la dimension santé mentale et vous situerons les programmes en contexte.

Je me propose de vous parler un peu de la situation avant l'adoption de la nouvelle Charte des anciens combattants et de certains des problèmes auxquels nous étions confrontés à l'époque. Je vous entretiendrai des solutions auxquelles nous sommes arrivés et vous résumerai la situation actuelle par quelques faits et chiffres, maintenant que trois ans se sont écoulés depuis l'adoption de la charte. Je vous parlerai aussi de santé mentale.

Pour vous montrer comment tout cela fonctionne pour les anciens combattants, j'appuierai mon propos sur des profils d'anciens combattants afin que vous puissiez comprendre la nature de notre clientèle, après quoi je conclurai en vous parlant de nos défis et de nos possibilités d'avenir.

Dans les années 1990, jusqu'au début des années 2000, nous avons assisté à une augmentation du nombre d'anciens combattants des Forces canadiennes. Vous savez bien sûr que le rythme opérationnel des FC a augmenté. À l'époque, nous avons également pris conscience que nous n'offrions pas énormément de services aux familles.

Le graphique de la page 4 présente l'évolution de la population que nous servons et donne une idée des groupes de clients à qui nous nous adressons. Si l'on constate une augmentation du rythme opérationnel dans le cas des vétérans modernes, on s'aperçoit que le nombre de vétérans traditionnels diminue tandis que leurs besoins augmentent. Cette situation a été pour nous source de pressions à cause des besoins différents de nos groupes de clients.

Par exemple, nous savions que des vétérans des FC avaient du mal à faire la transition de la vie militaire à la vie civile et nous savions qu'il fallait aider leurs familles. Nous n'appliquions alors pas de démarche globale intégrée en matière de transition à la vie civile et nous ne savions pas dans quelle mesure les vétérans des FC et leurs familles parvenaient à faire la transition.

À l'époque, nous proposions une pension d'invalidité et le versement de prestations associées à des traitements, mais il n'y avait pas de revenus après. Comme il n'existait pas de programme de réadaptation, la seule façon pour un vétéran de bénéficier d'une assistance accrue consistait à être encore plus malade et à réclamer d'avantage au fonds de pension d'invalidité. À l'époque, les délais de traitement des demandes de pension étaient très longs, si bien que nos interventions auprès de la clientèle étaient retardées.

À l'époque, nous avons vraiment l'impression que notre intervention était inadaptée. Nous ne réglions pas les problèmes et nous avons de plus en plus de responsabilités, si bien que nous avons décidé de lancer un ensemble de programmes regroupés sous le vocable de nouvelle Charte des anciens combattants. Désormais, notre investissement était axé sur le mieux-être de notre clientèle. Comme vous le constaterez dans ma présentation, il s'agit de programmes polyvalents qui ont véritablement changé la nature de l'intervention gouvernementale auprès de cette clientèle.

Si je devais résumer tout cela en une seule phrase, je dirais que la nouvelle Charte des anciens combattants se veut une réponse aux besoins individuels de nos clients, qu'elle est destinée à assurer des services et à conduire des interventions en fonction des besoins et qu'elle a pour objet de favoriser la transition de la vie militaire à la vie civile pour les membres et les vétérans des FC ainsi que pour leurs familles en leur garantissant débouchés et sécurité.

L'autre élément important, c'est que nous avons cherché et continuons de chercher à garantir une transition sans heurts de la vie militaire à la vie civile. Je vous décrirai chacun de nos programmes, mais je dois préciser d'emblée qu'ils ont été conçus pour être administrés de façon intégrée. Tous ces programmes trouvent leur force dans le fait qu'ils sont menés de front et qu'ils sont destinés à répondre aux besoins constatés. Quand ils ont été mis en oeuvre, en 2006, le gouvernement s'est engagé à les financer à hauteur d'un milliard de dollars sur cinq ans.

La réadaptation est la véritable pierre angulaire de la nouvelle Charte des anciens combattants en ce sens qu'elle met la priorité sur le mieux-être. Ce programme, très complet, s'appuie sur la gestion de cas individualisée et ses critères nous autorisent une certaine latitude dans le genre de services que nous pouvons offrir au client. Il axé sur le client et sa famille, il vise à offrir des services médicaux et un soutien de type psychosocial, de même que des services d'assistance professionnels.

•(1550)

Ce programme n'a donc pas pour seul objet de remettre les gens au travail, parce que c'est parfois impossible. Il est plutôt question d'améliorer leur qualité de vie et leur fonctionnement au sein de la collectivité et au travail, quand cela est approprié.

Différents avantages financiers sont consentis dans le cadre de notre double régime d'allocation. Il est essentiellement question d'atténuer les effets économiques du handicap, qu'il soit lié au service ou qu'il mette fin à la carrière. On énonce ici l'ensemble des dispositions prévues, qu'il s'agisse de l'allocation pour perte de revenu en cours de réadaptation, de la pension de retraite supplémentaire ou d'autres allocations de soutien du revenu que nous pourrions peut-être examiner plus en détail à la faveur d'un autre exposé.

L'indemnité d'invalidité est l'autre forme d'indemnité économique destinée à reconnaître les effets d'une invalidité liée au service sur la qualité de vie de la personne. Il s'agit d'une indemnité forfaitaire non imposable qui est fonction du niveau d'invalidité du bénéficiaire.

Notre clientèle a également accès aux prestations de soins de santé — du régime de soins de santé de la fonction publique — qui offrent deux types de protections: une protection complémentaire et une protection complète pour ceux qui ne seraient normalement pas protégés par un régime d'assurance-maladie.

Il existe aussi un Programme d'aide au placement, soit un programme de transition de carrière destiné à ceux qui sont en bonne santé et qui veulent passer de la vie militaire à la vie civile. Celui-ci s'adresse entièrement à ceux qui veulent faire la transition de la vie

militaire à la vie civile, qu'ils soient malades ou qu'ils aient été blessés, ou encore à ceux qui ont décidé de voler de leurs propres ailes ou qui sont sur le point de prendre leur retraite. Le Programme d'aide au placement est essentiellement assorti de services d'aide à la transition de carrière qui permettent à nos clients de trouver un emploi dans le civil.

En toile de fond, on trouve la gestion des cas qui est essentielle à l'accompagnement du client, quand c'est nécessaire, car nous pouvons nous assurer qu'il dispose du soutien voulu au moment voulu et collaborer avec les Forces canadiennes du moment où le client quitte le service armé jusqu'au terme de son passage à la vie civile.

Nous soulignons aussi que la charte comporte un certain nombre de programmes de soutien à la famille. Je ne vous les décrirai pas en détail, mais sachez que la charte prend acte de la nécessité de reconnaître les besoins de la famille et de lui apporter le genre de soutien dont elle peut avoir besoin afin que le vétéran réussisse sa transition à la vie civile. J'ai cité certains éléments du programme aux diapositives 16 et 17.

Jusqu'ici, nous avons aidé près de 13 000 vétérans et militaires des FC ainsi que leurs familles. J'ai indiqué certaines activités de programmes en montrant combien de décisions nous avons rendues dans les différents volets du programme, de même que le pourcentage de décisions favorables.

Je vais maintenant laisser Doug vous parler un peu du contexte de la santé mentale, après quoi nous commenterons quelques études de cas pour vous donner une idée du fonctionnement du programme.

•(1555)

**M. Doug Clorey (directeur, Direction des politiques sur la santé mentale, ministère des Anciens Combattants):** Bonjour tout le monde.

Bien que cette présentation concerne la nouvelle Charte des anciens combattants, nous avons jugé important de vous présenter le contexte de la santé mentale dans lequel se situe cette nouvelle charte. J'ai cru comprendre, monsieur le président, que le ministère vous fera un exposé distinct sur la stratégie de santé mentale dans les prochaines semaines. Nous espérons alors entrer plus dans le détail.

La diapositive 20 présente le contexte général de la santé mentale au Canada. Un Canadien sur cinq sera atteint d'une maladie mentale durant sa vie.

Le deuxième point est également intéressant, parce qu'il nous apprend qu'environ un tiers seulement des personnes pouvant bénéficier de services professionnels s'en prévalent, ce qui veut dire que les deux tiers ne le font pas. Cela semble avoir un effet sur notre clientèle. Nous présentons aussi les répercussions économiques de la santé mentale et l'on constate que celle-ci est assez coûteuse pour l'économie canadienne.

Vous savez sans doute à quel point les services de santé mentale sont nécessaires. La participation accrue des FC aux opérations militaires, la participation à des missions de combat et des déploiements plus fréquents donnant moins de temps au personnel pour récupérer entre deux affectations opérationnelles sont autant de facteurs qui ont contribué à l'augmentation des maladies mentales au sein des forces armées.

Le dernier point de la diapositive 21 présente les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002, dans le cas des militaires en particulier, qui nous a permis de dégager quatre grandes catégories de maladies mentales chez les militaires en situation d'active. Par ordre de prévalence, il s'agit de la dépression, de l'alcoolisme, de la phobie sociale et du SSPT. Ce qui est intéressant ici, c'est l'ordre de classement de ces maladies. Le SSPT, dont il est beaucoup question dans les médias ces jours-ci, arrive en fait en quatrième place sur la liste des problèmes de santé mentale.

À la fin mars 2008, nous recensons 11 888 clients atteints d'une affection mentale qui percevaient des prestations pour invalidité liées à un état psychiatrique, prestations qui sont administrées par le ministère des Anciens Combattants. Près de 63 p. 100 d'entre eux étaient des vétérans des FC, dont 12 p. 100 étaient encore en service actif, 24 p. 100 étaient des anciens combattants du service en temps de guerre et 14 p. 100 des gendarmes dont 5 p. 100 étaient encore en service actif à la GRC. Il convient de remarquer que la stratégie en matière de santé mentale du ministère ne s'adresse pas uniquement aux vétérans des FC, puisqu'elle concerne aussi les anciens combattants les plus âgés. Nous couvrons tout le spectre des affections mentales, de celles liées au service qui atteignent les plus jeunes, à la démence et à l'Alzheimer avec toutes les affections qui y sont liées. Nous avons constaté une augmentation d'environ 8 000 clients depuis mars 2003. Cela représente 1 500 à 1 600 nouveaux clients par an qui sont atteints d'une affection psychiatrique.

Soixante-huit pour cent de tous ces clients souffrent du SSPT. Je vous rappelle la diapositive précédente qui montrait que les deux tiers de nos clients souffrent de SSPT. Cela veut dire, et nous voudrions peut-être en reparler à un moment donné, que le SSPT semble être une affection que les militaires et les vétérans sont davantage disposés à reconnaître, par rapport à la dépression, par exemple.

Le troisième point montre le lien qui existe entre la nouvelle Charte des anciens combattants et le Programme de réadaptation. On constate que 60 p. 100 des clients qui se présentent au Programme de réadaptation — ce qui est sans doute une sous-estimation — sont aussi atteints d'affections mentales. À cause de cela, la réadaptation est à la fois dynamique et complexe.

La diapositive 23 est une ventilation statistique plus précise. Sur les 2 591 clients d'Anciens Combattants en réadaptation, environ 1 600 souffrent d'affections mentales. Un pourcentage important de nos clients qui cherchent à se réadapter pour intégrer la société souffrent donc de troubles mentaux.

● (1600)

La diapositive 24 résume notre stratégie en matière de santé mentale qui consiste essentiellement à favoriser l'accès à un ensemble de services et de prestations en santé mentale ou à offrir ces services au sein du ministère pour aider les vétérans et leurs familles à retrouver une fonctionnalité. Cette stratégie est axée sur une intervention précoce. Plus tôt on intervient auprès de ces personnes et plus on a de chances de les guérir, de leur permettre de continuer de fonctionner et de retrouver une vie normale.

Nous nous intéressons aussi à tous les aspects de la vie qui touchent à la santé mentale et au bien-être, ce qui est, nous le pensons, unique dans le cas des programmes de santé mentale s'adressant aux Anciens Combattants. Il n'est pas uniquement question d'offrir des services de santé par psychiatres et psychologues interposés, ou par d'autres professionnels de la santé, mais bien d'apporter un soutien social, économique et physique à domicile et

d'appréhender chaque personne individuellement en appliquant le point de vue de l'Organisation mondiale de la santé qui est de traiter toute la personne, dans tous les aspects de sa vie. En outre, nous nous dotons d'une capacité et exerçons un leadership dans le domaine de la santé mentale. Tout cela, nous le faisons en partenariat avec beaucoup d'autres.

Je ne commenterai pas en détail la diapositive 25, mais sachez qu'elle donne une idée des services que nous offrons aux anciens combattants et à leurs familles pour qu'ils retrouvent leur santé mentale et leur bien-être.

**M. Darragh Mogan:** Monsieur le président, à partir d'ici nous devrions vous présenter nos scénarios, mais nous avons déjà dépassé le temps alloué de quelques minutes. Voulez-vous que nous les traitions quand même ou préférez-vous laisser le soin aux députés de les aborder dans leurs questions. Je m'en remets à votre décision.

**Le président:** De combien de temps auriez-vous besoin? De cinq minutes de plus?

**M. Darragh Mogan:** Cinq minutes de plus, ce serait super.

Brenda, voulez-vous commenter ces scénarios?

**Mme Brenda MacCormack:** Nous avons prévu deux ou trois profils de vétérans pour vous montrer ce que donne le programme dans la pratique pour nos clients et pour montrer aussi comment fonctionnent nos interventions axées sur les besoins. Notre action dépend beaucoup de ce que déclarent nos clients et des besoins qu'ils expriment. Comme vous le constaterez dans ces scénarios, nos clients ont des niveaux de besoins très différents.

Le premier profil est celui de Justin qui, après avoir volontairement quitté l'armée, avait besoin d'un coup de main pour changer de carrière, comme pour la rédaction de son curriculum vitae. Il est parvenu à trouver un emploi dont il est très satisfait et il nous a adressé des commentaires très positifs relativement à ce que le programme avait signifié pour lui dans ce changement de vie professionnelle.

Le deuxième client, John, avait été libéré pour raison médicale en 2001, c'est-à-dire cinq ans avant l'entrée en vigueur de la nouvelle Charte des anciens combattants. Ce vétéran était très malade quand il s'est présenté au programme, présentant un SSPT plutôt grave, ayant un problème d'alcoolisme, faisant face à des accusations criminelles et vivant un mariage très difficile avec une épouse également militaire.

La diapositive 30 décrit certaines des interventions que nous avons menées auprès de John: counselling psychologique, participation familiale à la thérapie, soutien par les pairs et instauration d'une relation de confiance. Nous constatons une amélioration chez ce client, mais celui-ci montre bien le genre de complexité auquel nous nous heurtons. Ce cas montre aussi que les clients peuvent sortir du programme et y revenir autant de fois qu'ils le veulent. Voilà un client qui a bénéficié d'un coup de main à sa sortie de l'armée, mais qui est encore aux prises avec des difficultés et qui revient nous voir. Nous continuons de l'accompagner. C'est donc un vétéran auprès de qui nous continuons d'agir. Il n'est pas encore apte au travail. Nous continuons de l'aider à améliorer son fonctionnement au sein de sa famille et de la collectivité. Son mariage est encore tendu. Tout cela constitue autant d'objectifs que nous poursuivons dans son cas et nous allons voir s'il atteindra ses objectifs professionnels.

Le dernier cas est celui de Greg. Il illustre la situation d'un militaire gravement handicapé en 1996, puisqu'il a fallu l'amputer des deux jambes au-dessous du genou, ce qui n'empêche que son passage à la vie civile s'est bien déroulé. Il est resté à domicile pendant de nombreuses années où il s'est occupé de ses deux jeunes fils. Ceux-ci sont maintenant scolarisés et il veut pouvoir contribuer davantage à la situation familiale. Le programme nous a permis d'aider Greg sur tous ces plans, outre qu'il a reçu de nouvelles prothèses pour lui permettre d'occuper le genre d'emploi qui l'intéresse et qu'il a bénéficié d'une formation susceptible de l'aider dans sa réorientation professionnelle. Il a réussi son dernier stage dans l'industrie maritime.

Voilà qui illustre certains des besoins auxquels nous devons répondre.

● (1605)

**M. Darragh Mogan:** Monsieur le président, dans ces scénarios, nous avons volontairement omis de préciser le montant des prestations versées à toutes ces personnes. Dans le dernier cas, ce montant est assez élevé, mais nous pouvons le faire. Cependant, nous voulions vous montrer ce que donnent nos interventions par rapport à ce que nous aurions pu faire avant la nouvelle Charte des anciens combattants, autrement dit, verser une simple pension.

C'était à cela que devaient servir ces scénarios. Merci beaucoup pour votre patience.

**Le président:** Merci beaucoup, madame MacCormack, monsieur Clorey et monsieur Mogan.

Nous allons maintenant passer aux questions en commençant par le Parti libéral et Mme Sgro.

**L'hon. Judy Sgro (York-Ouest, Lib.):** Merci beaucoup, monsieur le président et merci à vous tous de vous être déplacés.

Vous nous avez remis une masse de documents à travers de laquelle vous êtes passés très rapidement. Nous aurons sans doute tous beaucoup de questions à vous poser. Je dois vous féliciter pour le travail que vous avez effectué sur ce document qui est très impressionnant. Nous voulons tous avoir la certitude que nos anciens combattants, les plus vieux comme les plus jeunes, bénéficient du genre de soins, de respect et d'assistance dont ils ont besoin. J'ai particulièrement apprécié les études de cas de Justin, de John et autres qui nous ont permis de nous faire une meilleure idée de ce à quoi vous êtes confrontés et du genre de soutien que vous pouvez apporter.

Pour ce qui est de l'aide au placement, quand vous essayez d'accompagner les gens pour qu'ils réintègrent la vie civile, parvenez-vous à obtenir des employeurs qu'ils accordent un traitement préférentiel aux hommes et aux femmes ayant servi sous l'uniforme? Reconnaittent-ils leurs qualités et leur contribution au pays? Ces gens-là bénéficient-ils d'un traitement préférentiel quand ils recherchent un emploi?

**Mme Brenda MacCormack:** Le Programme de placement d'emploi s'adresse à ceux qui quittent volontairement l'armée, qui décident de partir d'eux-mêmes. Je dois vous dire que, dans le civil, les employeurs sont très intéressés à embaucher d'anciens militaires. Je pense que ceux-ci sont reconnus pour leurs compétences et leur leadership. Pour l'instant, on peut donc dire que l'intérêt pour ces gens-là est très important.

À la suite des changements apportés à la Loi sur l'emploi dans la fonction publique, ceux qui ont été libérés pour raison médicale ont maintenant un accès prioritaire aux emplois au sein de la fonction publique fédérale. Cette priorité est absolue. Ceux qui sont encore

sous les drapeaux — les militaires en activité — ont la possibilité de postuler à des emplois de la fonction publique qui sont ouverts aux gens des Forces canadiennes.

**L'hon. Judy Sgro:** Avant l'adoption de la charte, à quels genres de services John ou Justin pouvaient-il prétendre?

**Mme Brenda MacCormack:** Avant l'entrée en vigueur de la nouvelle Charte des anciens combattants, ils auraient reçu une pension d'invalidité pour une invalidité liée au service. Le montant aurait été fonction de leur niveau d'invalidité et du genre de traitement nécessaire. Ce montant aurait été faible dans le cas d'une invalidité mineure. Il n'existait alors pas de paiement pour perte de revenu et nous n'avions pas les moyens de mener le genre d'interventions qui auraient pu leur permettre de réintégrer la vie civile après leur réadaptation.

Dans le cas de ceux qui partaient volontairement, nous ne pouvions pas appliquer de démarches à l'échelle nationale pour leur trouver des emplois correspondant à leurs compétences.

● (1610)

**M. Darragh Mogan:** Permettez-moi d'ajouter qu'il n'existait pas de soutien aux familles. C'est différent pour les familles aujourd'hui. De nos jours, nous avons une armée de métier et ce n'est plus la même chose qu'au lendemain de la Seconde Guerre mondiale où, après trois années de service militaire, les gens rentraient chez eux.

Ces militaires de carrière n'ont nulle part où aller à leur sortie et nous devons soutenir leurs familles qui ont déménagé d'une base à l'autre et ont vécu les déploiements à l'étranger dans le cadre d'opérations de plus en plus risquées. Avant, nous n'avions pas les moyens de les aider, contrairement à aujourd'hui.

Notre service de gestion de cas s'adressait principalement aux vétérans traditionnels et non aux vétérans modernes qui, quand ils souffrent d'une invalidité grave, ont vraiment besoin de ce genre d'aide. Avant la charte, il n'existait que peu de prestations et de services. Et puis, nous avons grandement amélioré notre capacité en santé mentale.

**L'hon. Judy Sgro:** Parlant de santé mentale, il a beaucoup été question du SSPT de même que des nouvelles cliniques et des services désormais offerts. Dans le temps, bien de ces services auraient été appelés services de santé mentale. Quelle est donc la différence entre les services de santé mentale et les cliniques de SSPT? Ce n'est pas la même chose?

**M. Doug Clorey:** Le SSPT est une affection mentale. Quand on parle de services de santé mentale, on englobe tous les services visant à traiter une variété d'affections mentales dont le SSPT fait partie, au même titre que la dépression, les troubles de l'anxiété, les phobies sociales et autres. Les cliniques de SSPT concernent les traumatismes liés au stress opérationnel. Il peut donc s'agir de toutes les affections que j'ai mentionnées, mais ce sont surtout des cas de troubles liés au stress post-traumatique.

**L'hon. Judy Sgro:** Nous sommes en 2009, mais nous n'avons encore pas surmonté les stigmates rattachés aux maladies mentales, surtout chez les anciens militaires. Pourtant, nous sommes tous conscients des expériences horribles qu'ont vécues ces jeunes hommes et femmes. Aller dans une clinique de SSPT devrait tout de même être beaucoup plus acceptable à leurs yeux et plus facile que pour leurs aînés il y a 10 ou 20 ans de cela. Êtes-vous attentifs à toute cette question de langage et de terminologie?

**M. Doug Clorey:** Tout à fait. C'est précisément pour cette raison que nous parlons de traumatismes liés au stress opérationnel. Il est entendu que, si l'on avait parlé de maladies mentales au sein des Forces canadiennes, le stigmate aurait été tellement important que personne n'aurait réclamé de traitement ou n'aurait voulu se prévaloir des autres services offerts. C'est pour cela que le MDN a créé l'expression « traumatisme lié au stress opérationnel ». On voulait souligner que le problème était lié aux opérations, qu'il s'apparentait à toute autre blessure, physique ou mentale, que c'était un traumatisme lié au stress opérationnel. Cette simple appellation a beaucoup contribué, surtout auprès des militaires et des anciens combattants, à réduire le stigmate associé à la maladie mentale et à inciter les gens à réclamer les services dont ils ont besoin.

**L'hon. Judy Sgro:** Les réservistes ont-ils également droit à ces services?

**M. Darragh Mogan:** Oui, il n'y a pas de différence.

**L'hon. Judy Sgro:** Il n'y a pas de différence.

**M. Darragh Mogan:** La difficulté, dans le cas des réservistes, c'est qu'il faut les retracer, parce qu'ils vont et viennent. C'est tout le problème. Il faut s'assurer que, quand ils quittent l'armée... Nous nous proposons de voir en entrevue de transition tous ceux qui quittent l'armée, mais si les gens ne reviennent pas pour un deuxième ou un troisième contrat dans la réserve, on les perd de vue. C'est un véritable défi. Nous avons lancé un projet spécial de communication avec les réservistes parce que nous pensons avoir affaire à un problème caché sur le plan du passage à la vie civile, étant donné que nous devons être en mesure de mieux retracer les réservistes.

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

Merci, madame Sgro. Cela fait sept minutes et demie.

Monsieur André.

[Français]

**M. Guy André (Berthier—Maskinongé, BQ):** Bonjour.

J'ai quelques questions. En ce qui a trait au traumatisme et au stress opérationnel, avez-vous, avec les années et la recherche, développé des moyens de prévenir davantage le stress opérationnel chez ceux qu'on envoie en mission militaire?

Avec la nouvelle charte, on voit que vous avez mis au point des programmes de réadaptation liés au stress opérationnel pour aider les anciens combattants. Quels résultats avez-vous obtenus?

On parle de problèmes de santé mentale. Y a-t-il d'autres problèmes de santé mentale qu'on retrouve chez les anciens militaires, outre le stress opérationnel? Quels sont ces types de maladies? Au Québec, quelle est votre collaboration avec, par exemple, les CLSC, qui donnent des services de première ligne?

Je sais très bien que les intervenants ont des expertises en ce qui a trait à certaines maladies mentales, mais il y en a d'autres où ils en ont moins. Donnez-vous de la formation à des spécialistes, des intervenants, des psychologues par le truchement de certains établissements de santé au Québec et au Canada, pour permettre à

ces professionnels de pouvoir assurer des services à ces personnes, à proximité de leur milieu?

On parle des gens en milieu rural qui doivent souvent se déplacer très loin pour avoir accès à des services. Quelle est votre intervention à ce niveau? Avez-vous des projets pour améliorer la qualité des services à ces personnes?

• (1615)

[Traduction]

**M. Doug Clorey:** Je vais commencer. Vous avez posé beaucoup de questions.

Pour ce qui est de la prévention des traumatismes liés au stress opérationnel, sur quoi portait votre première question, la recherche a notamment permis de constater que la meilleure façon de prévenir ce problème, si tant il est qu'il soit possible de le prévenir, consiste à bâtir la résilience chez les individus afin qu'ils soient mieux préparés à affronter ce qui les attend. En règle générale, le ministère des Anciens Combattants n'intervient qu'en aval, c'est-à-dire quand il n'est plus possible de prévenir les traumatismes liés au stress opérationnel, puisqu'ils se sont déjà produits. Je ne peux m'exprimer au nom du ministère de la Défense nationale, mais je sais que celui-ci s'efforce d'améliorer la résilience des militaires afin qu'ils soient mieux préparés à affronter ce qui les attend et donc à éviter, on peut l'espérer, certains des traumatismes liés au stress opérationnel.

L'autre domaine d'intervention en matière de prévention est l'éducation. Nous faisons beaucoup pour mieux sensibiliser les gens, tout comme les Forces canadiennes, pour réduire les stigmates et bien faire comprendre qu'un traumatisme en santé mentale est un traumatisme, tout comme une blessure physique, et qu'il faut, dans les contacts avec les différents organismes de services et de traitement, aborder la chose de la même façon. Un traumatisme mental doit donner lieu aux prestations qui s'imposent.

Brenda pourrait vous parler de la deuxième partie de votre question concernant le taux de réussite en réadaptation. Aux Anciens Combattants, nous nous disons que le rétablissement est possible et qu'il doit être la norme. Dès lors, nous offrons toujours nos services comme si le rétablissement était au rendez-vous.

Nous ne disposons pas, pour l'instant, de bonnes statistiques sur toute la durée de vie. Dans quelle mesure nos efforts donnent-ils des résultats durant toute la vie de nos clients? C'est difficile à dire. Cependant, nous partons du principe que chacun va pouvoir se rétablir et c'est dans ce but que nous travaillons.

Pour ce qui est des autres problèmes de santé mentale, ce que nous constatons chez les vétérans est le reflet de la population canadienne en général. Nous constatons toutes sortes de problèmes de santé mentale dont certains sont liés aux opérations et d'autres pas. Il n'est donc pas inhabituel pour nous de faire ce genre de constat.

Nous essayons par ailleurs de collaborer avec les organismes locaux, comme au Québec, surtout à partir de nos bureaux de district. En outre, nous travaillons en étroite liaison avec nos cliniques de SSPT pour coordonner les efforts avec les organismes provinciaux en formation, éducation et sensibilisation. D'ailleurs, sachez que les cliniques de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel assument quatre fonctions. La première consiste à évaluer globalement la personne; la deuxième consiste à la traiter si besoin est; la troisième consiste à communiquer avec les fournisseurs de services locaux, comme ceux que vous avez mentionnés, et la quatrième consiste à faire de la recherche.

Il est très important pour nous de coordonner notre action avec les fournisseurs de services au sein des collectivités, parce que ces cliniques de SSPT n'offrent qu'un service temporaire. Nos clients finissent par retourner chez eux, par réintégrer leurs collectivités, et nous devons alors nous en remettre aux fournisseurs de services locaux. Une partie de notre travail consiste donc à collaborer avec ces fournisseurs de services afin qu'ils offrent le genre de prestations qui est nécessaire.

Ai-je répondu à la plupart de vos questions?

• (1620)

[Français]

**M. Guy André:** J'ai également une question. Vous avez parlé de la résilience comme moyen de prévenir un peu le stress opérationnel.

Je sais que, lorsqu'une personne entre dans l'armée, elle subit des examens physiques pour déterminer si elle est apte à participer à une mission militaire. Exerce-t-on une vigilance sur le plan psychologique?

Comme vous le savez, certaines personnes sont plus prédisposées que d'autres à développer un stress opérationnel. Fait-on vraiment un travail de dépistage?

[Traduction]

**M. Doug Clorey:** Encore une fois, vous feriez mieux de poser cette question au ministère de la Défense nationale, mais je peux vous dire que le MDN soumet son personnel à une présélection fondée sur des critères physiques et psychologiques avant et après les déploiements. Il faudrait cependant que vous demandiez plus de précisions à ce sujet au ministère concerné. Il est encore question de faire en sorte que les gens soient plus résilients afin de les outiller pour faire face aux missions qui leur seront confiées.

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

Merci, monsieur André. Cela fait sept minutes et demi également.

Allez-y, monsieur Stoffer, pour cinq minutes.

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

Merci de vous être déplacés.

Dans votre exposé, vous avez dit que votre clientèle d'anciens combattants traditionnels diminue d'environ 5 000 personnes par an. Il s'agit pourtant de votre clientèle de base. Corrigez-moi si j'ai tort, mais peut-on dire qu'en réalité nous perdons beaucoup plus de gens qui ne font pas partie de cette clientèle de base? Merci.

Comme vous le savez, en septembre dernier, le gouvernement a fait une promesse au sujet des anciens combattants alliés. Pourriez-vous nous donner une idée du moment où cette promesse sera respectée, en fonction des orientations qu'on vous a éventuellement fixées à cet égard?

De plus, je suppose que la plupart des décisions que vous mentionnez à la diapositive 19 sont des décisions du TACRA. Je me trompe?

**M. Darragh Mogan:** En fait, la plupart de ces décisions sont des décisions initiales. Certaines peuvent se retrouver en appel, mais c'est rare.

**M. Peter Stoffer:** Bien.

Savez-vous combien de personnes se sont vu refuser une première demande? Bien sûr, la lettre qu'on leur envoie précise qu'elles peuvent se pourvoir en appel, mais il est possible qu'elles ne le fassent pas parce qu'elles appartiennent à une génération qui se dit que, si le gouvernement leur refuse quelque chose, il n'y a pas lieu

d'espérer l'obtenir ensuite. Savez-vous combien de personnes ayant été refusées dans un premier temps n'ont pas fait appel par la suite?

Par ailleurs, la Légion royale du Canada nous a écrit pour exprimer ses réserves au sujet du versement de sommes forfaitaires en vertu de la nouvelle charte. Il faudrait éventuellement s'intéresser à cela. Des anciens combattants réclament le versement d'annuités à la place. Je me demande si vous ne pourriez pas régler ce problème.

Par ailleurs, deux de mes commettants — tous deux à Dartmouth — ont subi des traitements psychiatriques. Il a été déterminé que tous deux étaient guéris et le ministère a ensuite refusé toute assistance supplémentaire aux enfants parce que les parents ne recevaient plus d'aide psychiatrique. Comme les parents ne bénéficiaient plus de cette aide, on a coupé les services pour les enfants. Des témoins nous ont indiqué que le SSPT et les syndromes de ce type peuvent être transférables. Or, voilà qu'on a refusé à ces enfants de leur apporter davantage d'aide à ce sujet.

Je suis également saisi de beaucoup de plaintes relativement à la présence d'amiante à bord de navires. J'ai une dizaine de cas de ce genre sur mon bureau, qui viennent de partout au pays, des cas de personnes à qui l'on a refusé les demandes de sinistre pour amiantose. Or, nous savons que les navires construits dans les années 1940 et 1950 comportaient de l'amiante.

Il y a aussi les cas de perte d'ouïe. Comme vous le savez, après un cas qui s'est retrouvé devant les tribunaux il y a quelques années, le MAC a été contraint de faire machine arrière et de reprendre contact avec toutes les personnes dont les demandes pour perte d'ouïe avaient été rejetées. Pourriez-vous nous dire ce qui se passe de ce côté et si vous avez presque terminé ce processus.

Enfin, il y a la question des hôpitaux. Vous n'êtes pas sans savoir que les hôpitaux relevant du MAC — qui sont maintenant administrés par les provinces à l'exception de Sainte-Anne — s'adressent aux anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale et de la guerre de Corée. Que ferez-vous de ces hôpitaux quand la plupart de ces personnes seront décédées? Envisagez-vous d'en permettre l'accès aux vétérans modernes ou caressez-vous d'autres plans?

Merci beaucoup. J'aurais d'autres questions, mais je risque de me faire interrompre bientôt. Merci.

• (1625)

**M. Darragh Mogan:** Je vais essayer de répondre à certaines de ces questions, monsieur le président.

Pour ce qui est des anciens combattants alliés, comme vous le savez, c'est une réponse politique que vous recherchez — réponse concernant les tenants et les aboutissants du dossier — mais je pense qu'on peut affirmer que tout le monde veut vraiment aider ces anciens combattants le plus rapidement possible et l'on peut affirmer qu'on est très sensibilisé à cet égard.

S'agissant du pourcentage d'appels ayant abouti, nous vous soumettrons cette information plus tard, monsieur le président. Je ne voudrais pas me risquer à spéculer à ce sujet.

**M. Peter Stoffer:** Je comprends.

**M. Darragh Mogan:** Ça va? Bien.

S'agissant du choix entre une somme forfaitaire et une annuité, tout dépend du bénéficiaire. Certains préfèrent une somme forfaitaire, car il est possible de l'investir, même si, comme on le sait, il faut être prudent de nos jours avec ces questions d'investissement.



Quant à un retour au versement de pensions dont le montant, par définition, est appelé à augmenter si le bénéficiaire démontre que son état s'aggrave, outre qu'il serait possible d'envisager la chose du point de vue des politiques, j'estime qu'on irait à l'encontre de notre approche axée sur le mieux-être. Je ne pense donc pas qu'on en revienne à l'ancienne formule consistant à verser une pension, mais je suis convaincu que le ministre est déterminé à améliorer la charte dans les plus brefs délais.

Monsieur le président, M. Stoffer a posé la question des enfants d'anciens combattants qui bénéficient d'une aide psychiatrique et il a dit ce qui se passait quand les parents ne recevaient plus une telle aide. Il faut examiner cela cas par cas. Comme nous avons le pouvoir de continuer d'aider ces enfants, vous pourriez peut-être nous donner des noms à la pause. Nous examinerons les dossiers.

S'agissant de l'amiantose des marins, nous sommes au courant de ce phénomène et nous sommes en train de l'étudier. Je ne peux vous dire où nous en sommes actuellement, mais je pourrai vous tenir au courant par la suite, si vous le désirez.

Pour ce qui est de la perte d'ouïe, il se trouve que nous tentons de réviser notre politique pour l'aligner sur la décision de la Cour d'appel fédérale. Nous étudions la façon de rendre des décisions relatives aux prestations d'invalidité qui soient conformes à la décision de la cour. Cette politique devrait bientôt être publiée.

**Le président:** Monsieur Stoffer, je dois vous dire que des députés de ce côté-ci de la table commençaient à s'inquiéter en entendant votre longue liste de questions, et vous avez maintenant dépassé le cap des cinq minutes, donc...

**M. Peter Stoffer:** Cinq minutes?

**Le président:** Oui, c'est la durée de chaque série.

C'est maintenant au tour de Mme O'Neill-Gordon, pour sept minutes.

**Mme Tilly O'Neill-Gordon (Miramichi, PCC):** Merci, monsieur le président.

Je tiens à remercier nos témoins.

Il y a une question qui vient juste de me venir à l'esprit. Quand on voit tout ça, on se rend compte qu'il y a énormément d'informations à digérer et je me demandais s'il existe un moyen par lequel vous pouvez rejoindre les anciens combattants pour leur expliquer ce à quoi ils ont droit, eux et leurs familles?

**Mme Brenda MacCormack:** Bien évidemment.

Nous avons mis en oeuvre une stratégie complète de diffusion qui nous amène à sauter sur toutes les occasions qui se présentent pour informer les militaires tant qu'ils sont en active de même que les groupes d'anciens combattants. C'est ce que nous faisons dans tous les séminaires de SPSC et dans toutes les réunions générales de ce genre.

Nous avons aussi mis sur pied un réseau de conférenciers constitué d'employés du MAC qui sillonnent le pays et visitent toutes les bases pour informer les gens chaque fois qu'ils en ont l'occasion. Le MAC est représenté dans 17 bases et escadres à travers le pays et nous ne cessons de renforcer cette présence. Celle-ci nous donne l'occasion de communiquer ce genre d'informations en personne.

**Mme Tilly O'Neill-Gordon:** C'est bon à savoir, parce qu'il y a beaucoup de choses à connaître et que certains anciens combattants et membres de leurs familles pourraient passer à côté de ce à quoi ils ont droit.

Oui?

**Mme Brenda MacCormack:** J'allais simplement vous préciser également que nous voyons aussi les militaires qui quittent l'armée à l'occasion d'entrevues de transition, quand ils passent à la vie civile. C'est un autre moment où nous pouvons leur fournir des informations. Nous avons aussi la possibilité de publier dans un grand nombre de publications des FC et, encore une fois, de transmettre des renseignements sur nos programmes.

**Mme Tilly O'Neill-Gordon:** Bien.

Pourriez-vous nous présenter les avantages du versement forfaitaire en cas d'invalidité par rapport à une pension mensuelle?

**Mme Brenda MacCormack:** Comme je le disais, la nouvelle Charte des anciens combattants vise essentiellement à répondre aux besoins des anciens combattants et de leurs familles. Il ne serait pas juste de faire une simple comparaison entre le versement d'une pension d'invalidité et le paiement d'une somme forfaitaire. Ce qu'il convient de comparer, c'est la pension d'invalidité et l'ensemble des programmes que nous administrons, programmes qui sont synonymes de sécurité et d'opportunités et qui sont véritablement ciblés sur le mieux-être de nos clients, puisque nous investissons les fonds qui nous sont confiés dans l'amélioration du bien-être des anciens combattants à qui nous offrons sécurité et débouchés. Ils sont certains de pouvoir se prévaloir de ces programmes en cas de problème.

Cette approche est donc beaucoup plus complète et elle s'appuie sur des principes qui sont conformes à la façon moderne de gérer l'invalidité.

• (1630)

**Mme Tilly O'Neill-Gordon:** D'accord.

Depuis combien de temps cette charte est en vigueur?

**Mme Brenda MacCormack:** La charte a été mise en oeuvre en avril 2006, ce qui fait tout juste trois ans. Elle est nouvelle quant au genre de programmes offerts par le gouvernement et nous avons donc encore beaucoup à apprendre en regard des résultats qu'elle nous permettra d'atteindre. Elle est excellente parce qu'elle nous permet de progresser, comme Darragh l'a dit, outre que le gouvernement s'est engagé à ce que ce document soit en constant devenir. Nous continuerons donc d'évaluer les résultats en cours de route, d'évaluer les programmes et d'envisager les différentes options s'offrant à nous pour répondre aux besoins que nous constaterons en cours de route.

**Mme Tilly O'Neill-Gordon:** Bien. Je suis heureuse de voir ce que notre gouvernement a adopté et de constater que cela fonctionne aussi bien, parce qu'il est certain que tout le monde aime nos vétérans.

Merci.

**Le président:** Il reste trois minutes et demie. Quelqu'un d'autre veut-il poser une question?

**M. Phil McColeman (Brant, PCC):** Oui, monsieur le président.

Sachez que j'apprécie que vous ayez pris le temps de venir nous rencontrer aujourd'hui.

Est-ce que le SSPT est plus répandu chez les anciens combattants traditionnels ou chez les vétérans modernes?

**M. Doug Clorey:** Si vous m'aviez posé cette question il y a quelques années, je vous aurais sans doute répondu que le SSPT est beaucoup plus répandu chez les vétérans des Forces canadiennes. Je ne suis pas sûr que tel soit encore le cas. Il est intéressant de constater que les anciens combattants du temps de guerre parviennent à un point dans leur vie où ils réfléchissent sur leur passé, comme nous le ferons sans doute tous à un moment donné, et il semble que cela leur rappelle des traumatismes de leur jeunesse qu'ils avaient réprimés pendant plus de 60 ans.

D'ailleurs, les Australiens ont effectué une étude sur les anciens combattants de la guerre de Corée. Il est étonnant de voir que 60 ans plus tard, ces personnes qui avaient apparemment eu des vies bien remplies pendant tout ce temps, des vies qu'on pourrait baptiser de stables, et qui avaient eu une famille, ont commencé à réfléchir sur leur passé à un moment donné et que tous ces symptômes ont surgi au point qu'on diagnostique chez elles un SSPT.

Je ne suis donc pas certain de la façon de répondre à votre question, mais je pense que l'on dispose maintenant de plus de données indiquant que le SSPT chez un militaire peut apparaître n'importe quand, même 60 ans plus tard.

**M. Phil McColeman:** Cela peut donc survenir n'importe quand. Si ça ne vous dérange pas, j'aimerais mieux comprendre. Quels sont les principaux symptômes que présentent ces gens-là?

**M. Doug Clorey:** Je ne suis pas médecin, et ce que nous voyons...

**M. Phil McColeman:** Ça va.

**M. Doug Clorey:** ... c'est que ces gens-là revivent leur passé. Ils présentent les symptômes du SSPT quand ils revivent un événement passé, très souvent avec beaucoup d'anxiété à la clé.

Ils commencent à vouloir se réfugier dans des lieux sûrs. Il n'est pas rare qu'une personne souffrant de SSPT ne puisse plus vivre dans un foyer traditionnel. Elle fait des cauchemars, de l'insomnie, elle souffre de paranoïa et très souvent de dépression. Il s'agit le plus souvent d'une combinaison de symptômes divers qui, en soi, peuvent être caractéristiques d'une maladie mentale.

Et c'est là toute la complexité du SSPT, car il s'agit d'un amalgame de différents états de santé mentale regroupés en une seule et même affection.

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

Merci, monsieur Clorey.

Nous allons maintenant passer au Parti libéral, avec M. Andrews pour cinq minutes.

• (1635)

**M. Scott Andrews (Avalon, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Merci de vous être déplacés aujourd'hui.

Parlons un peu de la nouvelle Charte des anciens combattants afin que je comprenne davantage ce dont il retourne et que vous me disiez ce vers quoi nous nous dirigeons. Tilly vient juste de vous poser une question à ce sujet. Cela fait maintenant trois ans que la charte est en vigueur et elle donne de bons résultats. À quelle fréquence pensez-vous qu'il faudrait la modifier?

**M. Darragh Mogan:** La fréquence peut varier, mais si l'on considère ce qui est advenu de la première Charte des anciens combattants, entre 1946 et 1953, je pense que celle-ci a été modifiée en trois temps. Au moment de la guerre de Corée, le Canada s'est doté de la Loi sur les avantages destinés aux anciens combattants qui s'est inscrite en complément de la Charte sur les anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale.

Cependant, pour répondre à votre question, sachez que nous nous intéressons surtout à l'amélioration du bien-être et à la transition réussie des vétérans à la vie civile grâce à une batterie de prestations et de services. Nous partons de notre expérience et nous avons entrepris une évaluation formelle de la nouvelle Charte des anciens combattants afin de dégager d'éventuelles lacunes. Nous avons déjà relevé certains problèmes du point de vue du soutien aux familles. À cet égard, nous travaillons en collaboration avec un groupe appelé le Groupe consultatif sur la nouvelle Charte des anciens combattants, que nous venons juste de rencontrer aujourd'hui.

Pour ce qui est du soutien financier apporté à un vétéran en réadaptation, il y aurait par exemple lieu de se demander si 75 p. 100 du salaire d'un simple soldat pendant deux ans, c'est-à-dire pendant la réadaptation, permet de faire vivre une famille de quatre personnes. C'est mieux que le régime qui existait avant la charte, mais il n'est peut-être pas raisonnable de s'attendre à ce que quelqu'un vive avec si peu. Autrement dit, on risque de conduire les gens à l'échec si on ne leur verse pas un revenu de soutien suffisant pendant la phase de réadaptation.

En plus des services à la famille, il y a tout ce qui touche au domaine de la santé mentale. Nous avons réalisé d'énormes progrès dans la limite des pouvoirs qui nous sont conférés, mais il est, selon moi, impératif de tenir compte des problèmes constatés sur ce plan.

Quant à la périodicité des changements, les choses se feront dès que nous aurons obtenu les informations que nous sommes en train de recueillir et dès que le gouvernement du moment sera prêt à bouger et aura les ressources pour le faire. Nous voulons, comme tout le monde sans doute, bâtir un solide consensus parmi les vétérans modernes à propos des lacunes que nous avons relevées. La nouvelle Charte des anciens combattants repose sur de solides fondations, mais nous avons repéré quelques grands problèmes et nous allons pouvoir les régler assez rapidement.

**M. Scott Andrews:** Vous avez dit qu'un groupe au sein du ministère est en train d'examiner la charte?

**M. Darragh Mogan:** Nous avons le Groupe consultatif sur la nouvelle Charte des anciens combattants qui est composé de représentants de différentes organisations d'anciens combattants, de spécialistes en gestion d'incapacité et de spécialistes en soins psychologiques. Ce groupe, qui représente le volet professionnel, prodigue au gouvernement des conseils sur l'application de la nouvelle Charte des anciens combattants et propose d'éventuels changements.

Ce n'est certainement pas le seul volet sur lequel nous allons recueillir des informations, mais c'est l'un de ceux où nous avons pu rassembler un échantillon de groupes de défense des anciens combattants qui ont beaucoup d'expérience, ainsi que des professionnels de la santé et des universitaires.

**M. Scott Andrews:** Doivent-ils faire rapport dans un délai donné?

**M. Darragh Mogan:** Ils devront déposer leur rapport dans le courant de cette année. Il s'agira d'un rapport public et je suis certain que votre comité sera intéressé à entendre les membres de ce groupe qui seront, je pense, tout à fait disposés à venir témoigner.

**M. Scott Andrews:** Est-ce le seul groupe qui examine la charte actuellement?

**M. Darragh Mogan:** Notre Direction des évaluations conduit une évaluation formelle, qui se déroule en dehors du cadre actuel et qui vise à examiner les résultats du programme dans son ensemble ainsi que son efficacité. La direction tente aussi de répondre à une question qui n'est pas nouvelle: cette formule représente-elle le bon compromis entre les pensions d'invalidité et les sommes forfaitaires, étant donné qu'il est question d'investir dans le mieux-être des gens? Cette évaluation générale durera deux ans. Elle correspond à l'engagement qui avait été pris, avec l'accord de tous les partis, d'entreprendre un tel exercice dans les deux ou trois premières années.

**M. Scott Andrews:** Et où en est-on?

**M. Darragh Mogan:** La première étape sera conclue cette année et, comme cette étude se poursuivra sur deux ans, elle sera terminée dans 18 mois à deux ans d'ici.

**M. Scott Andrews:** Donnera-t-elle lieu à la production d'un document public?

**M. Darragh Mogan:** Il s'agira d'un document destiné au Parlement et au public.

**M. Scott Andrews:** J'en suis à la diapositive 35 où vous parlez de modifier la charte. Vous pourriez peut-être la commenter, mais j'aimerais surtout savoir ce que vous entendez par renouvellement de la politique fondée sur les besoins. Est-il question de quoi que ce soit qui ne serait actuellement pas fondé sur les besoins? De quoi est-il question ici, au juste?

**M. Darragh Mogan:** Pour vous resituer en contexte, il faut revenir sur la situation d'avant la charte. Avant, nous avions des programmes — comme le Programme de pension d'incapacité caractérisé par un régime de droits. Autrement dit, la personne souffrant de telle ou telle incapacité pouvait prétendre recevoir un certain montant, peu importe ses besoins. C'était ainsi, car il s'agissait d'un programme compensatoire. C'est le seul programme que nous avons et tout notre cadre de politiques pour aider les anciens combattants tournait autour d'un barème de droits. Ce qui s'est produit — et ce n'était pas l'intention visée au départ — c'est que la seule façon pour un bénéficiaire d'obtenir plus d'argent ou un meilleur soutien en cours de route consistait à montrer qu'il était plus malade qu'au début. Si tel était le cas, il obtenait gain de cause. Nous ne voulions plus d'un système encourageant ce genre de choses. C'est ainsi que nous avons adopté une série de politiques axées sur des critères d'admissibilité plutôt que sur le bien-être des bénéficiaires et sur leurs besoins.

Nous essayons donc de réviser le plus grand nombre de politiques possible, surtout celles qui s'adressent plus particulièrement aux vétérans modernes, pour nous assurer qu'elles sont conformes à leurs besoins et qu'elles n'occasionnent pas de dépendance financière qui pourrait, par inadvertance, favoriser une dégradation de leur état de santé. C'est sur ce principe de base que s'est appuyée la nouvelle Charte des anciens combattants. Il n'est pas question de laisser entendre que nous allons refuser des prestations aux gens. Plus exactement, nous allons verser des prestations à ceux qui en ont le plus besoin, ce que nous ne pouvions pas faire auparavant.

• (1640)

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

Merci, monsieur Andrews. Vous avez largement dépassé vos cinq minutes, mais dans vos questions, vous avez mentionné une série de témoins que nous souhaiterons peut-être inviter au comité pour l'examen de la charte que nous avons prévu.

Pour le Parti conservateur, monsieur Lobb, pour cinq minutes.

**M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC):** Bonjour et merci de vous être déplacés.

Je tiens à préciser que dans la circonscription de Huron—Bruce, que je représente, nous comptons un grand nombre de soldats d'active et qu'il est rassurant, pour nous, de savoir que de tels programmes existent pour les anciens combattants, qu'il y a cette nouvelle charte, le tout pour les aider quand ils en ont besoin et quand ils veulent passer à la vie civile. Je suis donc rassuré de voir qu'ils seront bien servis dans l'avenir.

Pour ce qui est de la réadaptation, j'ai trouvé votre diapositive 10 très intéressante. J'aime beaucoup l'idée que des gestionnaires de cas travaillent non seulement auprès des clients, mais aussi auprès des familles et des familles élargies. Pourriez-vous nous en dire davantage à ce sujet et nous donner une indication de l'origine de cette idée ainsi que du genre de résultats positifs que vous avez obtenus grâce à cela. Je suppose que c'est une stratégie gagnante.

**Mme Brenda MacCormack:** Qui dit réadaptation dit forcément travail au contact de la personne et de sa famille, d'où la reconnaissance du fait que les besoins de la famille doivent être intégrés dans tout programme de réadaptation.

La gestion des cas apporte ce genre d'influence stabilisatrice, ce point de contact unique où le gestionnaire de cas peut travailler au contact de son client, en liaison avec les ressources communautaires extérieures, au contact avec les professionnels chargés de soigner le vétéran et les membres de sa famille, pour aider les clients à naviguer dans le système, pour les défendre quand c'est nécessaire, pour les aider à se fixer des objectifs et pour contribuer à définir les interventions nécessaires visant à aider les anciens combattants. Cette relation personnelle avec le gestionnaire de cas est donc primordiale.

Quant au travail auprès des familles, nous sommes bien sûr conscients qu'en présence de vétérans qui ont des besoins de santé complexes, les membres de leurs familles — c'est-à-dire leurs enfants et conjoints — seront concernés à cause de l'impact des affections mentales.

La gestion de cas est le moyen qui nous permet d'appliquer une approche globale et intégrée caractéristique du Programme de réadaptation.

**M. Ben Lobb:** Il est impressionnant de voir le nombre de références que contient votre rapport sur la santé mentale, sujet que vous abordez de front en même temps que tous les problèmes d'assuétude qui y sont liés.

Pour ce qui est de la réadaptation, il faut savoir que la plupart d'entre nous viennent des régions rurales du Canada. Je représente moi-même une circonscription rurale. Pourriez-vous me donner une idée de la façon dont les soins fonctionnent pour les vétérans qui vivent dans les collectivités rurales et de la façon dont vous organisez la diffusion externe?

**Mme Brenda MacCormack:** Pour ce qui est de la prestation des services, nous avons bien sûr la capacité, partout au pays, de mobiliser les fournisseurs de services, que ce soit dans le domaine médical ou dans le domaine psychologique. Vous aurez sans doute compris, des propos de M. Clorey, l'importance de l'infrastructure qu'il contribue à bâtir pour que nous disposions de la capacité nécessaire en santé mentale. Celle-ci doit nous permettre d'intervenir auprès de notre clientèle sous la forme d'un counselling psychologique, d'un counselling familial ou d'un travail social.

Le réseau de fournisseurs nous confère une certaine capacité à l'échelle du pays. De plus, nous avons signé un contrat national avec un fournisseur de services de réadaptation professionnelle qui a accès à nos clients et qui leur dispense des services partout au Canada. Il peut même se déplacer pour accéder à nos clients et leur apporter sur place les services dont ils ont besoin.

• (1645)

**M. Darragh Mogan:** Je dois préciser qu'il serait trompeur de vous faire croire que nous pouvons offrir les mêmes services à Tobermory qu'à London. Je pense que vous le savez.

Nous avons des conseillers itinérants qui ont été formés à la gestion de cas. Il y a aussi le contrat national dont Brenda vient de vous parler et nous maintenons un réseau de fournisseurs bénévoles et professionnels dans le domaine. Nous ne laisserons pas de côté le réserviste ou le vétéran qui réside à Tobermory et qui a de la difficulté à faire la transition à la vie civile. Nous ne laisserons pas tomber ces gens-là. Nous pouvons ne pas être en mesure de leur offrir un service indépendant, comme nous le faisons à London ou à Chatham ou dans des villes de ce genre, mais nous ne laissons personne de côté et nous ne demandons à personne de quitter son milieu pour bénéficier d'un service.

**M. Doug Clorey:** Permettez-moi d'ajouter une chose en ce qui concerne la santé mentale. Le comité sera peut-être intéressé de savoir que nous travaillons d'arrache-pied à la mise sur pied d'un réseau de télésanté mentale qui nous permettra d'établir la liaison entre les résidents de collectivités éloignées et nos cliniques de SSPT.

**Le président:** Vous êtes quasiment arrivé au bout de votre temps, monsieur Lobb.

Nous allons passer au Bloc québécois.

Monsieur Gaudet.

[Français]

**M. Roger Gaudet (Montcalm, BQ):** Merci, monsieur le président.

Je reviendrai au graphique de la page 4. Pourriez-vous m'expliquer ce graphique qui dénombre les vétérans traditionnels, les survivants, les vétérans modernes et les membres de la Gendarmerie royale.

Les vétérans traditionnels, est-ce que ce sont des vétérans qui reçoivent une pension, ou est-ce que ce sont les survivants?

**Une voix:** Oui.

**M. Roger Gaudet:** C'est ce que je veux savoir. Les vétérans traditionnels ne reçoivent pas de pension? Est-ce que tout ces gens reçoivent une pension?

[Traduction]

**Mme Brenda MacCormack:** Tous ceux qui sont visés par ce graphique reçoivent des services d'Anciens Combattants Canada. Dans le cas des vétérans traditionnels, il s'agit surtout de pensions d'invalidité. Dans celui des vétérans modernes, on a affaire à un mélange entre ceux qui ont reçu une pension d'invalidité avant l'entrée en vigueur de la nouvelle Charte des anciens combattants. Les versements forfaitaires concernent tous les autres, après l'adoption de la nouvelle Charte des anciens combattants. Ce graphique concerne aussi les bénéficiaires du Programme pour l'autonomie des anciens combattants.

[Français]

**M. Roger Gaudet:** Si je comprends bien, tous ces gens reçoivent des services ou une pension. C'est bien ça?

[Traduction]

**Mme Brenda MacCormack:** Oui.

[Français]

**M. Roger Gaudet:** Merci.

Voici ma deuxième question: à quel moment les soldats et les soldates deviennent-ils anciens combattants? Une telle question n'a jamais été posée, et ça m'intrigue.

[Traduction]

**M. Darragh Mogan:** D'après la définition reconnue, le vétéran ou ancien combattant est quelqu'un qui a suivi l'instruction de base et qui a été libéré avec certificat de bonne conduite. C'est la définition de vétéran pour des fins de reconnaissance du statut uniquement et pas pour des fins de prestations. D'autres critères d'admissibilité s'appliquent dans le cas des prestations offertes comme l'allocation d'invalidité et les programmes de la nouvelle Charte des anciens combattants. Dans tous les cas, toute personne ayant servi le Canada, ayant suivi l'instruction de base et ayant été libérée avec certificat de bonne conduite est un vétéran.

Beaucoup sont des vétérans et n'en sont pas conscients. Il est extrêmement important de reconnaître ce statut pour le bien-être des gens. Beaucoup de vétérans modernes nous disent qu'après avoir quitté l'armée, ils n'ont pas eu l'impression d'être reconnus. Or, quand on a justement l'impression de ne pas être reconnu pour un acte qui vous a amené à risquer votre vie, cela risque d'avoir un effet négatif sur l'état de santé mentale ou sur la capacité d'effectuer une transition saine vers la vie civile.

Votre question est très importante, car elle porte sur un aspect qui est lourd de conséquences.

[Français]

**M. Roger Gaudet:** J'ai une autre question. L'exemple qui me vient est celui du lieutenant qui s'était fait couper une jambe en Afghanistan; est-il devenu un ancien combattant ou travaille-t-il encore pour le ministère de la Défense nationale? Reçoit-il une pension d'invalidité des anciens combattants? Il peut peut-être travailler en même temps, je ne le sais pas. Je veux savoir comment fonctionne tout ça.

[Traduction]

**Mme Brenda MacCormack:** Tous les exemples que nous vous avons cités sont ceux de vétérans qui ont été libérés, mais dans le cas d'un militaire, qui est encore en active et qui a été blessé en Afghanistan, nous sommes informés de la blessure subie et nous appliquons un protocole selon lequel nous prenons contact avec le vétéran et sa famille pour les mettre au courant de notre existence. La charte nous donne la possibilité de verser l'allocation d'invalidité pendant que le militaire est encore en activité. Cela marque le début de notre relation avec ce militaire et sa famille. Nous les accompagnons ensuite, si besoin est, selon la gravité des blessures du militaire et selon qu'il est capable de réintégrer l'armée ou s'il doit effectuer la transition vers un emploi civil. Dans ce dernier cas de figure, la collaboration est renforcée.

•(1650)

**M. Doug Clorey:** Pour répondre plus directement à votre question, je dirais que ces gens-là ne sont pas considérés comme des vétérans tant qu'ils continuent d'être employés par les Forces canadiennes. Il faut qu'ils soient libérés pour être considérés comme vétérans.

[Français]

**M. Roger Gaudet:** D'accord.

Donc s'ils reçoivent une pension et qu'ils travaillent encore, supposons, pour le ministère de la Défense nationale, pour l'armée, ils ne sont pas considérés comme des anciens combattants, mais ils reçoivent une pension.

Sont-ils des anciens combattants ou des employés du ministère de la Défense nationale? Je ne parle pas de leur salaire, mais d'une pension reçue parce qu'ils ont une ou deux jambes en moins.

[Traduction]

**M. Doug Clorey:** La pension est versée par Anciens Combattants Canada, pendant que ces gens-là sont encore sous les drapeaux, mais ce n'est qu'après leur libération qu'ils sont considérés comme des anciens combattants.

[Français]

**M. Roger Gaudet:** Des anciens combattants.

**M. Doug Clorey:** C'est ça.

**M. Roger Gaudet:** Merci, monsieur le président.

[Traduction]

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

Nous allons maintenant passer au Parti conservateur. Monsieur Clarke, pour cinq minutes.

**M. Rob Clarke (Desnethé—Missinippi—Rivière Churchill, PCC):** Merci, monsieur le président.

Merci aux témoins de s'être déplacés.

Je vous présente mes excuses, parce qu'à cause d'une réunion, j'ai raté une partie de votre exposé. Veuillez m'en excuser.

Ayant servi 18 ans dans la GRC, avant de prendre ma retraite avec le grade de sergent, je suis très intéressé par ce que fait le ministère des Anciens Combattants.

On dénombre à présent beaucoup de vétérans de la GRC qui ont servi outre-mer. Ils ont servi leur pays. Ils ont servi la mère patrie. J'en ai vu beaucoup qui souffrent du syndrome de stress post-traumatique. Il incombait au commandant de détachement ou à un sous-officier de recommander aux services de santé appropriés d'examiner éventuellement un gendarme pour déterminer s'il souffrait du syndrome de stress post-traumatique.

Quand la GRC a-t-elle été prise en compte dans le mandat du ministère des Anciens Combattants en ce qui concerne le syndrome de stress post-traumatique?

**M. Darragh Mogan:** La Gendarmerie royale du Canada est cliente d'Anciens Combattants Canada depuis 1949 et il s'agit donc d'une relation de longue date.

Pour ce qui est des problèmes particuliers de santé mentale constatés chez les agents de la GRC, les gens commencent à se rendre compte que c'est là un élément important et, comme vous êtes vous-même ancien gendarme, vous avez une idée du caractère traumatique de certains événements que les gendarmes peuvent être appelés à vivre, tant ici qu'à l'étranger, mais surtout outre-mer. La GRC tient à faire partie de notre stratégie en matière de santé

mentale pour bénéficier des services de nos cliniques de SSPT. Les gendarmes ont de plus en plus recours à nos coordonnateurs formés au soutien par les pairs du SSVSO qui aident quotidiennement les gens ayant vécu des événements traumatiques. Il s'agit d'un soutien non thérapeutique et non clinique en santé mentale qui est assuré par des pairs. La GRC participe à la fois aux cliniques SSPT et au réseau de soutien par les pairs que nous avons mis sur pied.

**M. Rob Clarke:** Vous avez mentionné les cliniques. La GRC a accès à toute la gamme des services offerts par Anciens Combattants Canada. Où se trouvent ces cliniques?

**M. Doug Clorey:** Nous en avons 10 qui s'inscrivent en complément des centres de soutien social aux victimes de stress opérationnel qu'administre le MDN. Il s'agit de 15 points de service répartis entre le ministère des Anciens Combattants et le ministère de la Défense nationale. d'ouest en est. Il y en a un dans chacune des villes suivantes: Vancouver, Edmonton, Calgary, Winnipeg, London, Ottawa, Montréal, Québec et Fredericton, en plus d'un programme de soins internes administré à l'Hôpital Sainte-Anne de Montréal qui constitue la 10<sup>e</sup> clinique. Voilà donc nos emplacements.

**M. Rob Clarke:** Quelle est la durée du programme à la clinique interne dont vous venez juste de parler, dans le cas de la réadaptation ou des mécanismes mis en oeuvre pour traiter les effets quotidiens du stress post-traumatique? Y a-t-il une durée?

**M. Doug Clorey:** Toutes nos cliniques de SSPT, à l'exception d'une seule, offrent des services externes. Les clients se présentent sur place, sont traités, puis s'en vont. Quant au programme de traitement à l'interne, il est d'une durée de huit semaines et il prévoit également la participation des membres de la famille du client, ce qui constitue donc une initiative d'ampleur de la part du ministère. L'administration se fait à partir de l'Hôpital Sainte-Anne.

•(1655)

**M. Rob Clarke:** Combien avez-vous prévu de lits dans cet établissement pour le programme de huit semaines? Combien pouvez-vous accueillir de participants? Combien de places avez-vous réservées en tout à Sainte-Anne?

**M. Doug Clorey:** Je n'ai pas de réponse à ces questions, mais je pourrais vous les obtenir plus tard.

**M. Rob Clarke:** Parfait. Je vous remercie.

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

Il reste un autre créneau pour le Parti conservateur.

Monsieur Kerr, pour cinq minutes.

**M. Greg Kerr (Nova-Ouest, PCC):** Merci beaucoup de vous être déplacés. Vous répondez très rapidement aux questions qui vous sont posées.

J'ai trouvé intéressant ce que vous avez dit au sujet de l'examen national. Je veux parler de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. J'aimerais en savoir davantage à ce sujet, parce que je suis sûr que cela ne concerne pas uniquement les vétérans. Cette enquête a été lancée pour plusieurs raisons. Pourriez-vous nous dire quand elle a été réalisée et quand elle sera mise à jour? Comment peut-on y participer en général et comment peut-on accéder aux données finales. Il en a souvent été question et je m'interrogeais simplement à cet égard.

**M. Doug Clorey:** Je peux vous donner quelques indications générales, mais je n'ai pas tous les détails ici. J'espère que nous pourrions traiter de cela quand nous vous ferons un exposé plus complet sur notre stratégie en matière de santé mentale.

Cette enquête générale sur la santé dans les collectivités canadiennes a été effectuée par Statistique Canada en 2002. Elle comportait un volet sur les Forces canadiennes qui concernait plus particulièrement la santé mentale des militaires. Je n'ai pas ici le nombre exact de militaires concernés, mais je sais que cela représentait un pourcentage important des effectifs des Forces canadiennes. C'est à partir de ce supplément sur les FC que nous avons dégagé les quatre priorités dont je parlais tout à l'heure.

**M. Greg Kerr:** Quand pensez-vous que cette enquête sera refaite ou mise à jour?

**M. Doug Clorey:** Je ne le sais pas du tout, parce que c'est principalement Statistique Canada qui s'en occupe.

**Une voix:** Nous pourrions vous obtenir ce renseignement.

**M. Greg Kerr:** Parfait.

Au début, monsieur Clorey, vous avez parlé de stigmatisme. Judy a elle-même posé la question. Ce sont des choses dont on entend parler. D'ailleurs, tout à l'heure, mon ami a parlé de la GRC et je me souviens d'avoir travaillé sur cette question, il y a plusieurs années, quand vous avez tous entendu parler des gendarmes qui prenaient des congés liés au stress. Il n'était alors pas question de les traiter ni de les envoyer ailleurs, ils ne pouvaient qu'être délogés du service.

Constate-t-on des progrès par rapport aux stigmates rattachés à la dépression et à l'alcoolisme, en particulier? Je ne suis pas certain de bien comprendre le phénomène de phobie sociale dont il a été question. Avez-vous l'impression que nous parvenons à faire reculer ces stigmates, pas uniquement au ministère des Anciens Combattants, mais pour ce qui est de la prestation des services en général?

**M. Doug Clorey:** Comme je le disais tout à l'heure, j'estime que nous faisons des progrès face au stigmatisme associé au syndrome de stress post-traumatique, comme l'indique l'augmentation du nombre de clients que nous accueillons. Pour ce qui est de la dépression, je ne suis pas certain que ce soit le cas et cela traduit d'ailleurs la situation que l'on constate dans la société canadienne en général. Il existe encore d'importants stigmates qui sont rattachés à l'idée voulant que la dépression soit un état clinique exigeant le même genre d'intervention que n'importe quelle autre maladie. Les gens continuent de se dire que la guérison est une simple affaire de volonté.

On constate une certaine évolution du côté des vétérans, mais certainement pas autant que dans le cas du syndrome de stress post-traumatique.

**M. Greg Kerr:** Bien. Et cela est donc caractéristique de ce qu'on constate dans la société relativement à cette question, n'est-ce pas?

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

**M. Darragh Mogan:** La seule chose que je tiens à ajouter, c'est que, dans l'armée, on reconnaît maintenant beaucoup plus le fait que le rythme opérationnel et la nature des déploiements peuvent avoir des effets dont certains sont des réponses tout à fait naturelles à des circonstances inusuelles et d'autres des réponses tout à fait anormales à des circonstances inhabituelles, et qu'il convient de s'en occuper. À preuve, le fait que les deux organisations ont pris des engagements très forts dans le domaine de la santé mentale. À preuve également le fait que le nombre de ceux qui s'adressent à nous pour obtenir des prestations d'invalidité est passé de 5 000 il y a 10 ans à 14 000

aujourd'hui, ou à 11 000 ou 12 000. Je pense que la chose commence à être acceptée.

Il faut, par ailleurs, dire que l'autre élément qui joue beaucoup est l'absence de recherche sur ce qui est invisible aux yeux. Partout dans le monde, la recherche a tendance à porter sur les blessures physiques, même s'il y a lieu de se réjouir de ce fait. Il demeure qu'il y a tout l'éventail de découvertes qu'il reste à faire dans le domaine de la santé et du bien-être mental et que nous entamerons dès que le milieu de la recherche aura, lui aussi, éliminé ce stigmate. C'est donc une chose dont nous devons encore nous occuper. Entre-temps, ces gens-là viennent nous voir et nous devons nous occuper d'eux.

• (1700)

**M. Doug Clorey:** Pour conclure, je trouve troublant qu'on ne fasse pas davantage sur ce plan parce que, selon l'Organisation mondiale de la santé, d'ici 2010 ou aux environs de 2015, les problèmes de santé mentale seront la deuxième cause principale d'invalidité dans le monde, après les maladies cardiaques. Je n'ai pas l'impression que nous réagissions assez vite face à ce problème.

**M. Greg Kerr:** Sans parler des coûts massifs que cela représente pour l'économie. Nous aurons la possibilité, un autre jour, de poursuivre cette étude, mais je suis persuadé que nous allons devoir en parler davantage, pas uniquement en ce qui concerne le ministère, mais aussi en ce qui concerne le public en général et j'apprécie vos propos en ce sens.

Merci.

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

Histoire de préciser ce qui s'est dit, parce que deux d'entre vous ont répondu à la question posée, vous estimez que le principal problème est la dépression?

**Une voix:** Oui.

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à M. Stoffer.

Je vous invite à vous limiter à un maximum de trois questions à la fois, monsieur.

**M. Peter Stoffer:** J'ai effectivement trois questions à poser. La première concerne les hôpitaux. Qu'envisagez-vous de faire des hôpitaux à longue échéance, quand la majorité des anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale et de la guerre de Corée seront décédés?

En outre, le numéro 1-866 destiné aux vétérans en Nouvelle-Écosse ne répond plus après 16 h 30 et un répondeur invite les gens à rappeler le lendemain. Ne serait-il pas possible de changer ce système et de tout transférer à un centre d'appel national? C'est frustrant. Le service est excellent durant les heures d'ouverture, quand les préposés répondent. Le problème c'est que si on appelle après une certaine heure, on se fait dire qu'il faut rappeler le lendemain.

L'autre problème que vous avez vous-même mentionné — et nous sommes tout à fait au courant de cela, Doug — c'est que beaucoup au MDN touchent une pension du MAC. Pourriez-vous nous dire combien sont dans cette situation et s'ils sont englobés dans les données statistiques que vous nous avez communiquées? Si vous n'avez pas les chiffres ici, vous pourriez peut-être nous les faire parvenir plus tard. Il me semble contradictoire que ces gens, qui ne sont pas des vétérans, ce qui peut se comprendre, puissent percevoir une pension du MAC. Il serait donc intéressant de savoir combien d'entre eux se trouvent dans cette situation et s'ils sont englobés dans vos données statistiques.

Ce sera tout pour l'instant, j'aurais d'autres questions à poser, mais je suis certain que le président va m'interrompre.

**M. Darragh Mogan:** Je vais répondre aux deux premières et Doug pourra peut-être répondre à la troisième.

Pour ce qui est de notre plan à long terme dans le cas des hôpitaux, il faut dire qu'Anciens Combattants Canada a créé ces hôpitaux afin de combler un vide dans la collectivité. On recense pour l'instant quelque 250 000 à 260 000 lits de soins infirmiers au Canada qui n'étaient pas là au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. À la fin de cette guerre, les services de soins de longue durée se voulaient une importante mesure bouche-trou.

Désormais, les vétérans des anciens conflits agissent et réclament de plus en plus la possibilité de rester dans leurs collectivités. Nous envisageons donc, pour ces établissements — même pour les vétérans modernes parce qu'il est très important que les soins de longue durée puissent être prodigués à proximité du lieu de résidence de la famille ou du vétéran — de mettre l'accent sur un service de soutien individualisé à proximité du lieu de résidence du vétéran, dans les maisons de soins infirmiers existantes. Avec le temps, nous spécialiserons les soins et les services, dans les établissements offrant des lits retenus par contrat, pour les vétérans les plus anciens qui ne peuvent se faire soigner au sein de la collectivité, et je pense ici principalement aux soins de relève et aux soins gériatriques.

Nous pourrions donner à votre comité un exposé plus complet sur notre stratégie de soins de longue durée, mais je viens de vous résumer l'orientation que nous nous proposons de suivre. Même les vétérans traditionnels veulent demeurer à proximité de leurs collectivités. Par exemple, il n'est pas question pour eux d'aller à l'Hôpital Sunnybrook s'ils vivent à Barrie, en Ontario, parce qu'ils n'y reverront plus leurs familles.

L'amélioration de l'admissibilité des anciens combattants des Forces canadiennes est une décision politique qu'il faudra envisager à un moment donné.

Pour ce qui est du numéro 1-800, il faudra que je vérifie la disponibilité du service. J'ai l'impression que les heures devraient être plus longues, mais nous devons vous en reparler plus tard.

**M. Peter Stoffer:** À propos des établissements hospitaliers, vous avez dit que les vétérans veulent rester plus longtemps chez eux. Or, à Halifax, la liste d'attente est très longue et, pour être admis, les gens doivent se plier à une procédure en trois étapes. Si effectivement, la plupart des anciens combattants veulent rester à proximité de chez eux, pourquoi une liste d'attente aussi longue pour être admis dans cet établissement et pourquoi une procédure d'admission en trois étapes? En réalité, il n'y a tout simplement pas suffisamment de maisons de soins infirmiers dans certaines régions, comme dans le Canada atlantique, pour réaliser ce que vous dites.

Corrigez-moi si je me trompe, mais je ne vous ai pas entendu dire que les hôpitaux n'existeraient peut-être plus dans 20 ans d'ici et j'espère que ce n'est pas ce que vous sous-entendiez. Sainte-Anne fait un travail fantastique au Québec, tout comme Camp Hill et d'autres établissements, même s'ils sont administrés par les provinces et financés par le fédéral. Je n'imagine pas que l'on puisse sonner le glas de ces établissements à la faveur d'une formule favorisant davantage les soins communautaires. Il n'y a rien de mal à disposer d'hôpitaux communautaires, pour ceux qui en veulent, mais en réalité, la grande majorité des anciens combattants avec qui je m'entretiens régulièrement, adorent Camp Hill. Ils aimeraient beaucoup être admis à Camp Hill, mais cela leur est impossible à cause des restrictions d'accès.

● (1705)

**M. Darragh Mogan:** C'est sans doute vrai, mais je ne peux pas vous dire si les critères d'admissibilité vont changer ou pas. En revanche, je peux vous dire une chose: quand on donne aux vétérans de la Nouvelle-Écosse le choix entre rester à Eastern Passage et aller à Camp Hill, ils préfèrent Eastern Passage. Pour l'instant, c'est donc une question de choix plus que de présence ailleurs et nous cherchons donc à augmenter les choix possibles.

Nous vous ferons parvenir ultérieurement les renseignements concernant le numéro 1-800 de même que la disponibilité du service.

Doug, voulez-vous intervenir?

**M. Doug Clorey:** Si je vous comprends bien, vous voulez savoir combien de clients du ministère des Anciens Combattants perçoivent des indemnités d'invalidité pendant qu'ils sont encore actifs au sein des Forces canadiennes.

Je n'ai pas les chiffres pour l'ensemble de notre clientèle, mais des 11 888 clients que nous traitons en psychiatrie, 1 369 sont encore sous les drapeaux. Ils font donc partie de nos statistiques.

**Le président:** Merci, monsieur Clorey et monsieur Stoffer.

Nous allons maintenant passer à M. Andrews pour cinq minutes.

**M. Scott Andrews:** Merci, monsieur le président.

Je ne pense pas que je vais utiliser la totalité de mes cinq minutes, mais j'ai tout de même deux questions à poser.

Il est question de revoir la charte. Celle-ci existe depuis trois ans et il s'agit d'un document en constant devenir. Comme je suis tout nouveau là-dedans, pourriez-vous me faire un peu l'historique de la charte? Combien de temps votre ministère a-t-il consacré à sa planification? Combien de temps et de travail avez-vous déjà investis pour en arriver à cette charte?

**M. Darragh Mogan:** Bonne question.

Nous avons commencé les premières études en 1999 pour constituer le dossier sur lequel nous allions appuyer le passage d'un système de droits à un système fondé sur les besoins ou sur la recherche du mieux-être. Nous avons effectué une étude sur les besoins des anciens combattants des Forces canadiennes et leur avons demandé ce à quoi ils s'attendaient. Leurs réponses ne nous ont pas surpris. Nous avons également commencé à examiner les preuves empiriques et la raison de l'augmentation du nombre de demandes d'indemnités, outre que nous nous sommes posé la question des résultats pour ces personnes.

Tout est devenu très clair quand nous avons commencé à parler aux experts, puisque nous pouvions compter sur le Conseil consultatif des Forces canadiennes dont les membres sont des universitaires et des praticiens. Quand nous leur avons soumis les scénarios et les résultats de nos recherches, ils nous ont dit: « Écoutez, à cause de votre seul mode d'intervention, qui est un programme de pensions, vous encouragez involontairement les gens à rester invalides. Ce n'est pas ce que vous voulez et ce n'est pas ce que veulent les anciens combattants, mais la seule façon pour eux d'augmenter leurs revenus consiste à réclamer une indemnité supérieure et donc à faire réévaluer leur dossier, ce qui donne lieu à une augmentation de leur pension. Cela étant, vous n'investissez pas suffisamment tôt dans le mieux-être, par le truchement d'un programme de rééducation. »

C'était un résumé de ce que nous avons fait. Il nous a fallu investir environ quatre ans et demi de recherche afin de former les arguments que nous allions présenter au gouvernement. Tous les partis ont été d'accord avec ce que nous avons présenté et tous ont été d'accord avec le plan d'intervention proposé, ce que nous avons trouvé très encourageant. Cependant, il aura fallu tout un travail de préparation, de recherche, de rassemblement de la preuve, si l'on peut dire, pour justifier les changements et justifier la mise de fond importante de près de 1 milliard de dollars sur cinq ans.

**M. Scott Andrews:** Parfait. On part donc de 1999 avec cinq ans de recherche et de développement, jusqu'en 2005-2006, pour se retrouver où nous en sommes aujourd'hui.

Voici ma deuxième question. J'ai deux ou trois sous-questions à vous poser au sujet de votre graphique de la page 19 qui concerne le nombre de demandes reçues et réglées.

Ces nombres représentent trois ans d'activité, n'est-ce pas?

**Mme Brenda MacCormack:** C'est exact.

**M. Scott Andrews:** Parfait.

Et les 60 p. 100 de décisions favorables sont exprimées par rapport au nombre de demandes reçues?

**Mme Brenda MacCormack:** Par rapport au nombre de demandes pour lesquelles nous avons rendu des décisions, soit 20 712, par exemple, dans le cas des indemnités d'invalidité.

**M. Scott Andrews:** Bien. Ainsi, le restant, c'est-à-dire un peu moins de 7 000, soit 6 500, il s'agit de décisions qui n'ont pas été prises, qui sont encore en cours de...

**Mme Brenda MacCormack:** En cours de traitement. Certaines ont pu être retirées, mais la plupart d'entre elles en sont à une étape ou une autre de la procédure.

**M. Scott Andrews:** Combien de temps un vétéran doit-il attendre une décision?

**Mme Brenda MacCormack:** Cela varie, selon la nature de sa demande. Cependant, nous appliquons des normes de service et, dans le cas des demandes d'invalidité, la norme est de 24 semaines entre la réception de la demande et la prise de décision.

• (1710)

**M. Scott Andrews:** Bien.

Avez-vous des statistiques pour les 40 p. 100 de demandes refusées? S'agit-il, en partie, de demandes semblables formulées dans des situations similaires ou s'agit-il d'anciens combattants qui font des demandes relatives au même genre d'invalidité? Y en a-t-il une série qui soit refusée pour une raison en particulier? J'aimerais avoir un peu plus de détails sur ces 40 p. 100.

**Mme Brenda MacCormack:** Leur rejet s'explique sans doute par différentes raisons. On peut affirmer que certaines affections sont mieux acceptées que d'autres, parce que nous savons qu'elles correspondent à une prévalence plus forte dans le contexte militaire. Le processus d'arbitrage est quasi judiciaire et l'on peut donc dire qu'il exige une diligence raisonnable. Il est nécessaire d'obtenir et d'examiner la preuve et de s'assurer que l'on donne un bon service à tous ceux qui ont fait une demande en vertu du programme.

**M. Scott Andrews:** Pour en revenir aux demandes refusées, y en a-t-il certaines qui le sont pour une raison particulière? Y a-t-il un nombre frappant de ces décisions qui sont rejetées parce qu'elles ne correspondent pas au critère X, Y ou Z?

**M. Darragh Mogan:** Ce pourrait fort bien être le cas. Il faut qu'il y ait un rapport avec le service militaire et, si ce rapport ne peut être

établi à partir des dossiers médicaux et militaires, il est plus difficile d'obtenir une approbation que s'il ressort clairement qu'on s'est cassé le bras en tombant d'un char d'assaut. Ce pourcentage de 60 p. 100 peut ne pas sembler élevé, mais il est supérieur à ce qu'on constate dans la plupart des commissions des accidents du travail et chez la plupart de nos homologues aux États-Unis et au Royaume-Uni, parce que nous appliquons le principe du bénéfice du doute qui, en droit, est le principe le plus généreux qu'on puisse imaginer. L'autre principe est celui de la prépondérance des probabilités qui fait que le nombre d'acceptations est supérieur au nombre de rejets.

Si on les analysait individuellement, on constaterait que les demandes sont surtout rejetées à cause de l'absence de preuve établissant un lien avec le service militaire. Ce qui doit être le cas.

**M. Scott Andrews:** Serait-il possible de faire parvenir au comité certaines statistiques relativement à ces 40 p. 100?

**M. Darragh Mogan:** Oui. Nous essaierons de vous faire parvenir ces renseignements par l'intermédiaire du président.

**Le président:** Vous pourriez peut-être les ventiler en fonction des différentes catégories.

Merci, monsieur Mogan, et merci à vous, monsieur Andrews.

Nous allons devoir passer aux travaux du comité, mais avant cela, j'ai moi-même deux ou trois questions à vous poser.

Ai-je bien entendu que votre norme de service stipule que vous devez traiter une décision en 24 semaines?

**Un témoin:** Oui.

**Le président:** Et allez-vous revoir cette norme?

**M. Darragh Mogan:** Oui. Nous aimerions pouvoir réduire cette période, mais elle est déjà moindre que ce qu'elle était il y a 10 ou 11 ans, quand on parlait de 18 mois. J'estime que nous avons changé une procédure très lourde.

Nous évaluons cette procédure en permanence pour nous assurer que le dossier soit traité très rapidement, dès lors que nous sommes en possession d'une preuve médicale claire, d'un rapport médical ou dès lors que nous avons la preuve qu'un incident militaire s'est produit. Il y a bien sûr des invalidités liées au service militaire — concernant l'appareil musculosquelettique, par exemple — qui ne méritent pas le même niveau d'analyse et qui n'exigent donc pas le même temps que les autres invalidités.

Notre groupe de gestion des programmes est donc en train de conduire cette évaluation.

**Le président:** Monsieur Mogan, les 24 semaines concernent strictement les pensions et pas les autres services, n'est-ce pas?

**M. Darragh Mogan:** Non. Les programmes se rattachant à la nouvelle Charte des anciens combattants sont destinés à réagir très rapidement. Il ne s'agit pas nécessairement des pensions. La précocité de nos interventions est fondamentale et nous cherchons donc à réduire les délais de traitement. Nous n'y sommes pas encore parvenus, mais nous allons passer nettement au-dessous de la barre des 24 semaines.

**Le président:** Il est bien de savoir que vous faites la différence et que le délai de traitement est réduit.



J'ai maintenant une simple question qui concerne la page 4 de votre présentation sur PowerPoint en quatre couleurs. J'ai constaté que du côté du graphique concernant les « estimés », les barres sont plus foncées. Cela est-il simplement dû à votre photocopieur qui a déraillé ou ce changement de couleur signifie-t-il quelque chose?

**M. Darragh Mogan:** Il n'y a pas de code secret à voir là-dedans, monsieur le président. C'était simplement un problème d'encre.

**Le président:** Parfait. Je me disais que c'était peut-être une erreur ou quelque chose du genre.

**M. Darragh Mogan:** Nous ne faisons pas d'erreurs à la fonction publique, monsieur, je suis désolé.

**Des voix:** Oh, oh!

**Le président:** Mille excuses.

Dans le cas de la télésanté, est-ce que vous posez des questions particulières pour recueillir les réactions à propos de ce service? On imagine toujours que la thérapie clinique doit se dérouler dans un bureau, en présence du thérapeute. Vos clients sont-ils très satisfaits de ce genre de service? Est-il aussi efficace qu'une thérapie en personne?

Vous voyez où je veux en venir. Je me demande si on a une idée de l'efficacité de cette formule par rapport à celle consistant à faire venir le client dans un bureau et à le mettre en présence d'un conseiller, d'un psychologue ou d'un psychiatre.

• (1715)

**M. Doug Clorey:** Je peux vous parler du service de télésanté mentale, si c'est ce à quoi vous faites allusion.

**Le président:** Oui.

**M. Doug Clorey:** Nous en sommes encore aux balbutiements. Au ministère, nous avons lancé trois projets pilotes pour nous assurer que nous savons ce qui nous attend avec cette question de la télésanté mentale.

Il s'agit d'un service offert dans toutes les provinces du Canada, mais il est délicat. Il faut pouvoir mettre en place toutes les sauvegardes nécessaires relativement à une intervention qui prend place dans un contexte où les personnes ne sont pas en présence l'une de l'autre.

Nous avons mené un projet pilote à Terre-Neuve, un à Calgary et un autre, récemment, à Fredericton afin d'élaborer des protocoles pour nous assurer que ces interventions, quand elles seront généralisées au ministère, donneront les résultats escomptés et que nous disposerons de toutes les sauvegardes nécessaires.

**Le président:** Parfait. Merci beaucoup.

Merci à vous tous. Nous avons apprécié vos réponses et nous avons aussi tiré certaines conclusions, pour notre prochaine étude, quant aux témoins que nous devons convoquer.

Nous allons prendre une pause avant de passer à huis clos pour traiter des travaux du comité.

*[La séance se poursuit à huis clos.]*

---





**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.**