Anciens Combattants Canada | Veterans Affairs Canada

Évaluation de la Clinique de traitement en résidence des traumatismes liés au stress opérationnel (TSO) - Hôpital Sainte-Anne

Finale : Octobre 2011

Canada

Remerciements

L'équipe d'évaluation tient à remercier les personnes suivantes pour leur appui et leur contribution : le personnel de la Clinique de traitement en résidence des traumatismes liés au stress opérationnel, le personnel du Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel et de la direction générale de l'Hôpital Sainte-Anne; le directeur et le personnel de la Direction des politiques en matière de santé mentale d'Anciens Combattants Canada; le personnel des bureaux de la région de l'Ouest et de la région du Québec d'Anciens Combattants Canada, le personnel du bureau de district d'Ottawa et le groupe du programme de soutien social aux victimes de stress opérationnel. Nous tenons également à souligner la contribution du personnel de l'Hôpital Parkwood, à London, en Ontario, et du personnel de la Direction des politiques en matière de santé mentale au Ministère de la défense nationale qui offrent des services liés aux traumatismes liés au stress opérationnel, de même que celle des spécialistes en la matière du *Australian Centre for PTSD* et du *Center for PTSD* de la *Veterans Administration* des États-Unis.

L'équipe d'évaluation était constituée des personnes suivantes :
Don Love, directeur général, Vérification et Évaluation
Kevin Edgecombe, directeur, Vérification et Évaluation
Mike Sheen, gestionnaire de la vérification et de l'évaluation
Sandra Currie, agente de vérification et d'évaluation

Table des matières

Page

SOMMAIRE i
1.0 INTRODUCTION 1
2.0 CONTEXTE DE L'ÉVALUATION 4
2.1 PORTÉE ET OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION 4
2.2 QUESTIONS D'ÉVALUATION 4
2.3 CONCEPTION DE L'ÉVALUATION 5
3.0 MÉTHODOLOGIE 6
3.1 DONNÉES QUALITATIVES 6
3.1.1 Entrevues 6
3.1.2 Revue de la littérature et recherche 7
3.1.3 Visite sur place 7
3.1.4 Comparaison avec l'Australie et les États-Unis 7
3.2 DONNÉES QUANTITATIVES 7
3.3 LIMITES ET DIFFICULTÉS 9
4.0 CONTEXTE 10
4.1 Émergence des cliniques de traitement des TSO 10
4.2 Création d'une clinique de traitement en résidence (CTR) des traumatismes liés au stress opérationnel à l'Hôpital Sainte-Anne 12
5.0 CONSTATATIONS 13
5.1 PERTINENCE – Alignement avec les priorités du gouvernement 14
5.2 PERTINENCE – Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement 15
5.2.1 Législation 15
5.2.2 Justification 16
5.2.3 Services de traitement des TSO actuellement offerts par ACC 16
5.2.4 Autres options de services en matière de TSO 17
5.3 PERTINENCE – Mesure dans laquelle la CTR répond à un besoin continu et démontrable 19
5.3.1 Population admissible d'ACC 19
5.3.2 Population cible de la CTR 21
5.3.3 Estimation de la demande future de services en clinique interne 22
5.3.4 Répondre aux besoins de la population cible 24
5.3.5 Besoins non satisfaits de la population cible 29
5.4 RENDEMENT DE LA CTR 36
5.4.1 Satisfaction des clients 36
5.4.2 Mesures de référence 36
5.4.3 Portée du programme 37
5.5 Résumé des constatations 39
6.0 DISTRIBUTION 41
ANNEXE A – Importance des recommandations 42
ANNEXE B – Sigles et acronymes 43
ANNEXE C – Analyse des sources externes utilisées pour éclairer l'évaluation 44
ANNEXE D – Services en clinique interne pour les anciens combattants : comparaison avec l'approche australienne et l'approche américaine 49

SOMMAIRE

Cette évaluation porte à la fois sur la pertinence et le rendement de la Clinique de traitement en résidence des traumatismes liés au stress opérationnel (CTRTSO – ci-après appelée la « CTR ») de l'Hôpital Sainte-Anne. Compte tenu du début récent des activités de la CTR en février 2010, l'évaluation du rendement par rapport à la portée du programme a été limitée.

Anciens Combattants Canada (ACC) définit un traumatisme de stress opérationnel comme tout problème psychologique persistant découlant de l'exercice de fonctions dans les Forces canadiennes (FC) ou la Gendarmerie royale du Canada (GRC). Un problème psychologique comprend, par exemple, un syndrome de stress post-traumatique (SSPT), une dépression majeure, de l'abus d'alcool ou de drogues, ou divers troubles anxieux.

En 2001, l'Hôpital Sainte-Anne a lancé un projet pilote qui a inspire une nouvelle vision et qui a mené à l'établissement d'une clinqiue de consultations externes pour le traitement des TSO, et qui a subséquement favorisé la mise en place d'un programme interne de stabilisation en 2002. Le programme interne de stabilisation offre des services tertiaires, ou de troisième ligne, aux personnes ayant un TSO complexe nécessitant une stabilisation médicale et psychiatrique et qui ont besoin de recevoir des soins en clinique interne dans le cadre d'un séjour de 3 à 4 semaines.

L'approbation du Conseil du Trésor en 2007 concernant l'établissement de nouvelles cliniques TSO relevant de la compétence d'ACC a permis d'obtenir du soutien pour la création de la CTR, dans le but d'offrir des services et des soins de 3^{e} ligne en clinique interne aux anciens combattants, aux membres des FC et aux membres de la GRC qui sont atteints d'un SSPT complexe présentant une comorbidité avec d'autres TSO, tels que ceux dont il a été question plus haut, et pour qui le traitement en consultation externe s'est révélé insuffisant ou inefficace. En février 2010, lorsque la CTR a commencé ses activités, le programme interne de stabilisation actuel partageait les mêmes locaux que ceux réservés au nouveau programme de réadaptation en résidence au sein de la nouvelle clinique.

Les statistiques de la Direction des politiques en matière de santé mentale d'ACC pour la période s'étalant entre les mois de mars 2004 et mars 2011 reflètent l'augmentation considérable du nombre de clients ou patients ayant fait l'objet d'une décision favorable en matière d'invalidité pour une affection psychiatrique. Des quelque 14 000 personnes identifiées comme étant atteintes d'une affection psychiatrique, près de 10 000 ont reçu un diagnostic de SSPT, ce qui représente une augmentation de 350 p. 100 par rapport à la même période. Toutefois, la taille de la population cible de la CTR est relativement petite. Les experts en la matière au Canada, en Australie et aux États-Unis qui ont été consultés conviennent généralement que le nombre éventuel de clients ou patients de la CTR représente moins de 10 p. 100 de toutes les personnes qui souffrent du SSPT.

Ils s'accordent également pour dire que certaines de ces personnes continueront de nécessiter des soins et des traitements en clinique interne dans le futur.

Les statistiques sur la CTR indiquent que 92 p. 100 des clients ou patients ont été admis directement au programme de stabilisation, tandis que 8 p. 100 d'entre eux ont été admis directement au volet « réadaptation ». Des clients qui ont été admis au volet « stabilisation », 52 p. 100 ont par la suite été admis au volet « réadaptation ». Les cliniciens de la CTR ont indiqué que les personnes étaient atteintes d'affections plus complexes que ce qui avait été prévu initialement et que le processus de rétablissement était plus long que prévu. Le volet « stabilisation » semble constituer le programme de base de la clinique et une condition préalable à d'autres traitements. L'annexe D du présent rapport présente une comparaison des approches respectives utilisées en Australie aux États-Unis pour contrer les problèmes de santé mentale découlant du SSPT lié au combat. Les Australiens ont migré leur programme de réadaptation (semblable au volet « réadaptation » de la CTR) vers un modèle de consultations externes de jour en milieu hospitalier et, dans certains cas, vers un modèle de cliniques communautaires de consultations externes, et ils obtiennent des résultats cliniques similaires, sinon meilleurs.

Les critères d'admission pour la CTR sont limités du fait de son emplacement à l'Hôpital Sainte-Anne, qui est principalement un établissement de soins de longue durée. L'établissement ne possède pas la structure requise, et le personnel n'est pas formé pour traiter des personnes ayant des besoins de soins primaires en matière de stabilisation (qui reçoivent normalement des soins aigus requis dans des situations d'urgence). Le problème est que l'on risque de perdre la trace de ces personnes. Il ne s'agit pas d'un problème confiné à la CTR, il s'agit plutôt d'un défi en matière de services qui touche le Ministère dans son ensemble et une « lacune » dans le continuum de soins d'ACC. Les efforts déployés pour répondre aux besoins des membres de la famille des clients ou patients, ce qui était l'une des préoccupations soulevées dans le cadre d'une évaluation du réseau des cliniques TSO menée en 2008, demeurent inadéquats. Les évaluateurs ont souligné que l'inclusion de membres de l'équipe de soutien par les pairs au personnel de la CTR est un facteur clé pour favoriser la participation et le réconfort du client ou patient et pour établir un climat de confiance entre les partis. Toutefois, le soutien par les pairs offert à la CTR au moment de cette évaluation était inadéquat.

Malgré ces lacunes et d'autres lacunes dans les services relativement à l'accessibilité et au déplacement géographique, la CTR répond aux besoins d'un pourcentage faible mais non négligeable de la population cible qui en est au début de la stabilisation secondaire d'une affection mentale aiguë. Parmi les forces relevées à l'égard de la CTR, mentionnons le niveau d'engagement et de dévouement du personnel professionnel de la clinique et leur connaissance de la culture militaire, ce qui favorise l'établissement immédiat d'une relation de confiance avec le client ou patient et renforce le processus de rétablissement.

En ce qui concerne la question fondamentale de la pertinence, les éléments probants démontrent l'alignement des objectifs de la CTR aux priorités du gouvernement et l'harmonisation aux rôles et responsabilités de ce dernier, et confirment un besoin continu et démontrable pour la CTR. Pour ce qui est de la question fondamentale du rendement par rapport à la portée du programme, la clinique répond aux besoins d'un pourcentage faible mais non négligeable de la population cible, et le taux de satisfaction des clients est élevé.

Les recommandations suivantes font suite aux constatations de l'équipe d'évaluation et à ses conclusions fondées sur des données probantes.

RECOMMANDATIONS

R1 Il est recommandé que le directeur du Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel envisage d'augmenter les services de soutien par les pairs, afin de reconnaître leur appui et leur contribution inestimables à l'équipe multidisciplinaire de la CTR et afin de reconnaitre le besoin démontré d'un tel service du point de vue du client ou patient; et qu'il se penche sur la possibilité d'offrir des services de soutien aux anciennes combattantes qui participent aux programmes de la CTR par des pairs de sexe féminin. (Critique)

R2 Il est recommandé que le directeur, Politiques en matière de santé mentale, en collaboration avec le directeur du Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel, élabore des options en matière de politiques afin de mieux servir et de mieux suivre les personnes qui ont besoin de soutien en situation de crise ou d'urgence ou qui ont besoin de services de stabilisation de courte durée, ce qui permettra d'améliorer le continuum de soins pour traumatismes liés au stress opérationnel d'ACC, tout en éliminant les obstacles à la participation aux programmes de la CTR. (Critique)

R3 Il est recommandé que le directeur, Politiques en matière de santé mentale, en collaboration avec le directeur du Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel, évalue divers modèles de traitement en santé mentale en vue de leur mise en place à l'échelle communautaire et, ce faisant, qu'il tire parti des connaissances, de l'expertise et de l'expérience du personnel d'ACC auprès de la cohorte de militaires; et qu'il voit par ailleurs à ce que le processus d'élaboration du futur modèle prévoit des mesures visant à améliorer les programmes destinés aux familles. (Critique)

R4 Il est recommandé que le directeur du Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel examine le processus d'aiguillage, lequel a une incidence sur l'admission en temps opportun à la CTR, et qu'il y apporte des améliorations. (Essentiel)

1.0 INTRODUCTION

Cette évaluation porte sur la Clinique de traitement en résidence des traumatismes liés au stress opérationnel (CTRTSO, ci-après appelée la CTR) qui est située à l'Hôpital Sainte-Anne, à l'extérieur de Montréal, au Québec. Anciens Combattants Canada (ACC) définit un ***traumatisme lié au stress opérationnel*** (TSO) [ou une blessure de stress opérationnel (BSO)] comme tout problème psychologique persistant découlant de l'exercice de fonctions miliaires ou policières, ce qui comprend des troubles médicaux diagnostiqués comme les troubles anxieux, la dépression, la dépendance, la douleur chronique, le syndrome de stress post-traumatique (SSPT), ainsi que tout autre problème de santé moins grave, mais entravant néanmoins les activités quotidiennes.

L'expression « blessure de stress opérationnel » est un terme neutre qui vise à réduire la stigmatisation en mettant l'accent sur la « blessure » plutôt que sur la « maladie » [traduction][1]. Les TSO peuvent survenir à la suite de divers événements stressants, incluant une expérience traumatisante, l'exposition répétée à des atrocités humaines ou l'exposition soutenue à des opérations militaires intenses[2]. Le SSPT est un trouble anxieux qui se produit suite à une exposition à un événement traumatique. Les symptômes apparaissent habituellement peu après l'événement traumatique, mais ils peuvent se manifester des mois ou même des années plus tard. Ils peuvent également apparaître de façon intermittente au fil des années. La nature déterminante d'un TSO est qu'il s'agit d'un état ou d'un problème qui a été occasionné ou exacerbé par le service militaire ou policier.

Contexte général canadien

En mai 2006, l'honorable Michael J. L. Kirby a déposé le rapport d'une étude nationale sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie intitulée **« De l'ombre à la lumière – *La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada* »**, étude qui a fait date. Les recommandations formulées dans ce rapport continuent d'avoir d'importantes répercussions sur les questions de santé mentale et sur l'élaboration des politiques en matière de santé mentale au Canada.

La campagne de lutte contre la stigmatisation de la Commission de la santé mentale du Canada continue à jouer un rôle essentiel en amenant le public à mieux comprendre et accepter les problèmes de santé mentale. Le ministère de la Défense nationale (MDN)

---

1 Extrait d'un exposé du Major Alexandra Heber, M.D., FRCPC, directrice des services cliniques, Services de santé mentale, psychiatre et chef de programme, Centre de soutien pour trauma et stress opérationnels, Centre des Services de santé des Forces canadiennes (Ottawa), Canada.

2 Source : Site Web d'Anciens Combattants Canada, « Santé mentale – Qu'entend-on par traumatisme lié au stress opérationnel? »

et ACC participent activement aux efforts visant à faciliter l'évolution vers une meilleure compréhension des questions de santé mentale et des améliorations aux soins et aux traitements.

Stratégie en matière de santé mentale d'ACC

En vertu de la *Loi sur le ministère des Anciens Combattants*, de la *Loi sur les pensions* et, depuis 2005, de la *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes*, ACC joue un rôle important sur le plan des soins de santé et du soutien offerts aux anciens combattants ayant fait leur service militaire, notamment en fournissant des soins et des traitements qui visent à répondre aux besoins des anciens combattants qui ont servi et qui souffrent de troubles de santé mentale. L'un des éléments clés de la stratégie initiale et de la stratégie actuelle en matière de santé mentale d'ACC est le renforcement de la capacité d'offrir partout au pays des soins spécialisés aux clients ayant besoin de services en santé mentale en raison de traumas psychiques découlant du service. C'est sur cette stratégie qu'a reposé la décision d'ACC de mettre en place un réseau de cliniques TSO à l'échelle du pays et, plus tard, d'étendre ce réseau. La stratégie actuelle du Ministère en matière de santé mentale met l'accent sur un *continuum des services*, afin d'éviter que des anciens combattants ne soient victimes d'une défaillance du système, et sur le *renforcement de la capacité, le leadership et les partenariats*. Dans le cadre de ses efforts de renforcement de la capacité, ACC a récemment entrepris un projet pilote à Terre-Neuve, dans le but d'établir des partenariats au sein de cette province afin d'augmenter la capacité et d'élargir les ensembles de compétences du personnel d'ACC et d'autres agents de prestation à l'échelle fédérale et provinciale, de même que ceux des fournisseurs du secteur privé.

La CTR est reflétée dans le Continuum de soins pour traumatismes liés au stress opérationnel d'ACC (voir figure 1 ci-dessous). Il s'agit d'un **établissement hospitalier (en interne)** qui se voue à offrir un traitement et des soins tertiaires, ou de troisième ligne, aux anciens combattants, aux membres des FC, aux membres de la GRC qui sont atteints d'un SSPT complexe ou grave présentant une comorbidité avec d'autres problèmes de santé mentale, comme la dépression, l'abus de substances ou les troubles anxieux, ainsi qu'à leurs familles, et pour qui le traitement en consultation externe s'est révélé insuffisant ou inefficace. En tant que clinique offrant des soins de troisième ligne à l'interne, la CTR offre des traitements spécialisés qui offrent à ces personnes leur meilleure chance, sinon la dernière, de se rétablir. (Les programmes offerts par la CTR sont indiqués dans la partie des soins tertiaires de la figure 1 mise en évidence en orange.)

Selon l'Association canadienne pour la santé mentale, une personne sur dix au sein de la population civile canadienne souffre d'un SSPT. Les membres du secteur militaire et du secteur de la police sont beaucoup plus susceptibles de vivre des événements traumatisants et d'y être exposés plus fréquemment.

Figure 1 : Continuum de soins pour TSO d'Anciens Combattants Canada

	SOINS PRIMAIRES (1re ligne)		SOINS SECONDAIRES (2e ligne)		SOINS TERTIAIRES (3e ligne)				
Gestion de cas									
Gestion des soins cliniques									
Soutien social aux victimes de stress opérationnel (SSVSO)									
SERVICES	Services d'urgence (hôpitaux provinciaux)	Services communautaires de santé publique (omnipraticiens, cliniques communautaires), Ligne d'aide d'ACC	Fournisseurs de services privés d'ACC	Cliniques TSO	Clinique de gestion de la douleur	Programme de stabilisation	Centres de traitement des dépendances privés ou publics	Programme de traitement du SSPT et des dépendances comorbides	Nouvelle clinique de traitement en résidence
Profil du client	Risque imminent pour soi-même ou les autres	Problèmes de santé et sociaux d'ordre général	TSO, faible comorbidité (générale-ment non complexe)	TSO complexes (importants problèmes comorbides)	Douleurs complexes et problèmes de santé mentale comorbides	TSO complexes (importants problèmes comorbides)	TSO et dépendance comorbide (problème primaire : dépendance)	TSO complexe et dépendance comorbide (problème primaire : dépendance)	TSO complexes (importants problèmes comorbides), détérioration importante du fonctionnement au quotidien; disposition à suivre une thérapie intensive; le trouble est stable sur le plan psychiatrique
Description des services offerts	Soins de courte durée	Prévention, promotion de la santé, dépistage, diagnostic, traitement et aiguillage	Interventions propres à une discipline (pharmaco-thérapie, psycho-thérapie, etc.)	Approche interdisci-plinaire, évaluation spécialisée et traitement individuel ou en groupe	Approche interdisci-plinaire, suivi, évaluation continue et lien avec ACC et les services communau-taires, services de psycho-éducation et de traitement individuels ou en groupe	Évaluation médicale aiguë, services de traitement et gestion des symptômes physiques	Approche interdisciplinaire, évaluation continue, counseling individuel ou thérapie de groupe axés sur les dépendances, soins de suivi et lien avec ACC et les services communautaire	Approche interdisciplinaire, évaluation continue, counseling individuel ou thérapie de groupe axés sur le SSPT et les dépendances comorbides, soins de suivi et lien avec ACC et les services communautaires	Approche interdisciplinaire, évaluation continue; interventions individuelles, en groupe, avec des pairs et avec des membres de la famille; possibilités de mettre en pratique les nouvelles connaissances, compétences et attitudes, planification des soins de suivi
Milieu	Établissement hospitalier (en interne)	Consultations externes	Services de traitement en consultation externe	Services de traitement en consultation externe	Services internes	Services internes	Services internes	Services internes	Services internes

Source : Direction des politiques en matière de santé mentale d'ACC

2.0 CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

Cette évaluation de la Clinique de traitement en résidence (CTR) des TSO de l'Hôpital Sainte-Anne a été effectuée conformément aux exigences et aux documents d'orientation du Conseil du Trésor. Conformément au mandat énoncé dans le Plan pluriannuel d'évaluation fondé sur le risque de 2011-2016 d'ACC, l'évaluation vise à informer la sous-ministre et les membres concernés de la haute direction au sujet de la pertinence et du rendement des programmes de la CTR. Des travaux d'évaluation antérieurs en ce qui a trait aux traumatismes de stress opérationnel ont été effectués en 2008 par la Direction générale de la vérification et de l'évaluation d'ACC, lorsque cette dernière a mené une évaluation du réseau des cliniques pour TSO. L'équipe d'évaluation de la CTR s'est inspirée des constatations et des recommandations de cette première évaluation pour effectuer la présente évaluation.

2.1 PORTÉE ET OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

Cet exercice constitue la première évaluation de la seule clinique interne de traitement des TSO de propriété fédérale visant les anciens combattants, les membres des FC et les membres de la GRC. Comme la CTR n'est entièrement opérationnelle que depuis la mi-février 2010, cette évaluation porte uniquement sur la pertinence de la CTR, et sur le plan du rendement global, sur les résultats immédiats escomptés par rapport à la portée du programme de la CTR. Bien qu'il soit trop tôt pour évaluer les résultats intermédiaires et ultimes par rapport aux programmes de la clinique, il convient de noter que la recherche dans le domaine des TSO et des problèmes comorbides et sur la façon d'obtenir de meilleurs résultats cliniques se poursuit à l'échelle nationale. Les résultats de l'évaluation serviront à élaborer des options en matière de politiques et à établir les futures orientations stratégiques pour la CTR. L'évaluation satisfait aux exigences du gouvernement du Canada établies dans la Politique sur l'évaluation de 2009, laquelle exige que certains problèmes touchant l'évaluation soient réglés et qu'il soit tenu compte de questions particulières dans l'évaluation (voir la section 2.2 ci-dessous) et des risques auxquels la CTR est confrontée.

2.2 QUESTIONS D'ÉVALUATION

La CTR est intégrée à l'activité liée à l'Hôpital Sainte-Anne qui figure à titre d'activité de programme distincte dans l'Architecture des activités de programme 2011-2012 d'ACC. Les objectifs de l'évaluation reflètent les questions fondamentales à prendre en compte dans l'évaluation qui sont mentionnées à l'annexe A de la Directive sur la fonction d'évaluation du Conseil du Trésor, à savoir *:*

- **Question – Alignement avec les priorités du gouvernement :** Évaluation des liens entre les objectifs de la clinique TSO interne (CTR) et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats ministériels stratégiques.

- **Question – Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement :** Évaluation des rôles et des responsabilités du gouvernement fédéral relativement à l'administration de la clinique TSO interne.

- **Question – Besoin continu d'un programme, d'une politique ou d'une initiative :** Évaluation de la mesure dans laquelle la clinique de traitement en résidence (CTR) des TSO répond à un besoin démontrable et est réceptive aux besoins des anciens combattants, des membres des FC et des membres de la GRC.

- **Question – Réalisation des résultats escomptés :** Évaluation de l'atteinte des résultats immédiats escomptés par rapport à la portée du programme.

Les trois premiers objectifs concernent les questions fondamentales de la **pertinence**. Le dernier objectif concerne le **rendement** qui englobe normalement l'évaluation de l'*efficacité, de l'efficience et de l'économie*. L'efficacité est examinée en évaluant la mesure dans laquelle le programme de la CTR produit les résultats escomptés – y compris les résultats immédiats, intermédiaires et ultimes. Comme la CTR n'est entièrement opérationnelle que depuis la mi-février 2010, l'exercice se limite à évaluer l'atteinte des résultats immédiats par rapport à la portée du programme. L'efficience et l'économie des programmes de la CTR constituent également une limite de la portée de l'évaluation.

2.3 CONCEPTION DE L'ÉVALUATION

L'évaluation est fondée sur de multiples sources de données probantes, y compris des éléments probants de nature quantitative et de nature qualitative. Les éléments probants ont été recueillis dans le cadre d'une analyse documentaire, notamment les résultats d'études de recherche, et dans le cadre d'entrevues menées auprès de personnes clées, d'experts en la matière, de membres du personnel professionnel de la CTR et du Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel (CNTSO), du personnel des bureaux régionaux et de district d'ACC, des cadres supérieurs du MDN qui travaillent dans le domaine de la santé mentale et de divers membres du groupe Soutien social aux victimes de stress opérationnel (SSVSO) qui offrent du soutien par les pairs. À ces données probantes se sont ajoutées des données de recherche et des données cliniques, de même que des commentaires d'experts en la matière des États-Unis et de l'Australie, lesquels ont servi à formuler les constatations de l'évaluation et les recommandations faites par l'équipe d'évaluation. Les constatations des évaluateurs tiennent compte des questions fondamentales susmentionnées et éclaireront les futures décisions prises par la haute direction du Ministère en ce qui concerne la conception et la prestation des services offerts aux vétérans, aux membres des FC et aux membres de la GRC en clinique interne.

Les analyses externes utilisées pour éclairer la présente évaluation figurent à l'annexe C.

3.0 MÉTHODOLOGIE

La méthodologie était axée sur l'utilisation de diverses sources de données de nature quantitative et de nature qualitative pour évaluer la pertinence de la CTR par rapport à la portée du programme.

3.1 DONNÉES QUALITATIVES

3.1.1 Entrevues

Des guides d'entrevue ont été élaborés et des entrevues officieuses structurées ont été menées afin de recueillir des informations qualitatives. Les entrevues ont été réalisées auprès d'un vaste éventail de personnes possédant des connaissances et une expertise dans le domaine de la santé mentale, notamment des personnes exerçant des fonctions relatives à la CTR et des experts indépendants, ce qui a permis d'obtenir une perspective équilibrée pour ce qui est des observations et des opinions. Par ailleurs, certaines personnes interrogées ont pu faire part de leurs observations sous plus d'un angle. De plus, le risque de biais a été atténué en menant de multiples entrevues auprès de personnes exerçant des fonctions clées ou travaillant dans des secteurs clés :

- des membres du personnel participant directement aux activités de la Clinique de traitement en résidence, y compris le personnel professionnel (8);
- des experts en la matière du Canada, des États-Unis, de l'Australie et du MDN (8);
- des membres du personnel de la direction générale de l'Hôpital Sainte-Anne qui assurent la surveillance des activités de la CTR (4);
- des membres du personnel de la Direction des politiques en matière de santé mentale d'ACC qui sont responsables de la stratégie globale d'ACC en matière de santé mentale (6);
- des membres du personnel « de première ligne » des bureaux de district et des bureaux régionaux d'ACC (4);
- des membres de l'équipe de soutien par les pairs (6);
- des personnes recevant ou ayant reçu un traitement à la CTR pour TSO (4).

Au total, quarante entrevues ont été réalisées, et les commentaires, renseignements et opinions recueillis ont été examinés et résumés sous forme de question d'évaluation, avant de faire l'objet d'une analyse plus poussée en conjonction avec d'autres éléments probants de preuve pour formuler les constatations de l'évaluation.

3.1.2 Revue de la littérature et recherche

La revue de la littérature comprenait notamment un examen d'études de recherche et d'articles connexes, de présentations au Conseil du Trésor, du Budget 2007, des discours du Trône de 2007 et de 2010, d'évaluations antérieures et de sites Web connexes. De plus, le CNTSO a fourni des copies de présentation de l'Hôpital Sainte-Anne qui remontent à l'année 2001 et qui décrivent la vision initiale pour une clinique de traitement en résidence. Voir l'annexe C pour une liste détaillée des sources internes et externes utilisées pour informer la présente évaluation.

3.1.3 Visite sur place

L'équipe d'évaluation a effectué une visite à l'Hôpital Sainte-Anne afin d'observer les installations de la CTR, de mener des entrevues en personne auprès du personnel participant directement aux activités de la Clinique de traitement en résidence et auprès des membres de la direction générale de l'Hôpital Sainte-Anne et du personnel du CNTSO. La visite sur place a de plus fourni à l'équipe d'évaluation une occasion de discuter avec les clients/patients de la CTR. Il convient de noter que les entrevues auprès des clients/patients participant au programme de la CTR ont été menées à la demande de ces derniers eux-mêmes, lorsqu'ils ont appris que l'équipe d'évaluation était sur place.

3.1.4 Comparaison avec l'Australie et les États-Unis

L'histoire en conflits armés de l'Australie et des États-Unis est moins récente que celle du Canada. Ces deux pays ont envoyé des troupes au Vietnam et ont dû composer avec les problèmes de santé physique et mentale éprouvés par leurs soldats au cours de ce conflit. Il était important que des experts en la matière de ces deux pays soient interrogés afin de déterminer leur approche respective en matière de soins et de traitements offerts aux anciens combattants et les leçons qu'ils ont apprises. La comparaison a été renforcée par l'analyse des résultats d'études de recherche et des documents précis fournis à l'équipe d'évaluation par les experts australiens et américains. Cette étude comparative vise à éclairer davantage les décideurs d'ACC et à leur fournir des renseignements à valeur ajoutée.

3.2 DONNÉES QUANTITATIVES

La Direction des politiques en matière de santé mentale d'ACC produit un rapport statistique trimestriel renfermant des données sur les clients d'ACC, et plus particulièrement sur ceux qui ont reçu une décision favorable pour une affection psychiatrique, de même qu'un profil de ces clients – anciens combattants, anciens membres des FC libérés, membres actifs des FC et membres de la GRC. Ce rapport fournit des données contextuelles utiles sur la taille de la population admissible et sur les tendances historiques. Autres références des données à signaler :

Examen des dossiers provenant de l'évaluation de la Nouvelle Charte des anciens combattants (NCAC)

Un examen des dossiers réalisé par un ergothérapeute externe a permis d'évaluer globalement les progrès des participants au Programme de réadaptation de la Nouvelle Charte des anciens combattants (NCAC). L'échantillon choisi pour l'examen des dossiers portait sur les personnes qui ont commencé le programme de réadaptation entre le 1er avril 2006 et le 31 octobre 2009, et qui ont participé au programme pendant au moins six mois. Un échantillon aléatoire stratifié de 350 participants a été tiré. Cet échantillon descriptif a permis d'effectuer l'analyse des caractéristiques de l'échantillon et la comparaison entre divers groupes, mais n'a pas permis de généraliser les résultats à la population entière des participants. Les résultats de l'examen des dossiers ont toutefois constitué une image assez fidèle des résultats et des pourcentages obtenus par l'examen de la population entière au moyen des informations statistiques du Ministère. Cette évaluation a utilisé l'information provenant de l'examen des dossiers de l'évaluation de la NCAC comme éléments de preuve supplémentaires pour établir le nombre de personnes présentant des problèmes de santé mentale et éprouvant de la douleur.

Étude sur la vie après le service militaire (ÉVASM)

Cette étude, une initiative conjointe d'ACC, du MDN et de Statistique Canada, comporte quatre volets. Le premier volet de l'ÉVASM est une étude sur le revenu des membres des FC qui ont été libérés sur une période de dix ans, soit de 1998 à 2007, tandis que le deuxième volet est une enquête sur la transition à la vie civile (ETVC). Les données de l'ETCV ont été tirées d'un échantillon représentatif à l'échelle du pays comprenant 4 721 des 32 015 vétérans de la Force régulière qui ont été libérés de 1997 à 2008 et avec qui Statistique Canada a communiqué par la suite, soit de février à mars 2010. La plupart des personnes appelées ont répondu au sondage (71 p. 100), et la grande majorité de celles-ci (94 p. 100) ont accepté que leurs réponses soient communiquées à ACC et au MDN. L'information tirée du rapport de l'ETCV a été utilisée pour éclairer la présente évaluation au sujet des problèmes comorbides physiques et de santé mentale.

Les volets trois et quatre de l'ÉVASM feront l'objet d'un rapport ultérieur sur les résultats de l'étude sur le cancer et la mortalité des FC, et ceux-ci n'ont pas été utilisés dans la présente analyse.

Sondage sur la satisfaction des clients

Les membres du personnel professionnel de la CTR ont communiqué des renseignements sur les clients/patients participant aux deux volets du programme de la CTR, y compris des données démographiques sur les clients/patients et les résultats des sondages sur la satisfaction des clients à l'égard du volet du programme de stabilisation de la CTR. Ils ont également assuré le suivi du nombre de clients réadmis et ont recueilli des données découlant des sondages sur les congés/autorisations de sortie.

Autres sources de données

Dans le cadre d'une étude du MDN sur les TSO, dont les résultats devraient être publiés en 2011, on utilisera un échantillon stratifié de 2 500 personnes afin de déterminer combien de militaires des FC encore en service souffrent d'un SSPT directement attribuable à la mission militaire. La prévision concernant la population cible qui exigera des soins et des traitements en clinique interne est une information essentielle car ACC doit prévoir la demande relative à ses services. Les données ont également été tirées d'une étude de recherche australienne et d'entrevues menées auprès d'experts en la matière en Australie et aux États-Unis ayant mentionné le pourcentage estimatif de cas de SSPT grave qui nécessiteront des soins en clinique interne.

3.3 LIMITES ET DIFFICULTÉS

Le fait que la Clinique de traitement en résidence est en opérations depuis moins de deux ans a limité la portée de cette évaluation. Le Plan pluriannuel d'évaluation fondé sur le risque de 2011-2012 d'ACC, qui a été approuvé en mars 2011, a restreint la portée de l'évaluation à la pertinence et au rendement de la CTR, et particulierement au rendement qui est relié aux résultats immédiats escomptés par rapport à la portée du programme de la CTR. Il est important de noter que les questions de l'efficience et de l'économie ont été exclues de cette evaluation. L'évaluation a été effectuée sous la pression provenant du transfert éventuel de l'Hôpital Sainte-Anne à la province de Québec, et les résultats serviront à informer la haute direction d'ACC en ce qui concerne le besoin continue et la portée du programme.

Il a également été difficile d'obtenir les résultats cliniques pour la CTR. Le programme interne de stabilisation de quatre lits, qui existe déjà depuis 2002, a été situé au même endroit que le programme de réadaptation en résidence de six lits pour former, à la mi-février 2010, la Clinique de traitement en résidence des traumatismes liés au stress opérationnel, en vue d'offrir les deux volets de programme : services de traitement de stabilisation et services de thérapie de réadaptation. Ces derniers comprennent des séances de thérapie de groupe plus intensive et structurée destinée à la population cible. Ainsi, même si les résultats cliniques obtenus pour le programme de stabilisation offert sur une plus longue période sont disponibles, ceux qui ont été obtenus pour le programme de réadaptation en résidence et l'ensemble du programme de la Clinique de traitement en résidence ne sont pas immédiatement accessibles. Le plan d'action actuel à l'intention de l'équipe de gestion de la CTR prévoit une évaluation interne des résultats cliniques dans un avenir proche. Le Centre national de traitement des TSO a récemment lancé un appel d'offres relatif à un système de surveillance des résultats signalés par les clients (SSRSC), soit un système de collecte de données sur le Web qui produira des rapports en temps réel à l'intention du client et du clinicien et permettra de faire le suivi des progrès, ou de l'absence de progrès, à des fins de modification de traitement. Ce système sera utilisé dans l'ensemble du réseau du CNTSO. Le MDN

s'est également doté du même outil qu'ACC pour mesurer les résultats pour les clients à des fins de surveillance similaires.

En raison de l'ampleur des éléments considérés, l'équipe d'évaluation a été exposée à divers domaines où les besoins sont manifestes de même qu'à des secteurs où des améliorations pourraient être apportées, lesquels débordent des paramètres de la présente évaluation. La difficulté consistera à organiser et à communiquer efficacement ces constatations et observations supplémentaires au personnel compétent d'ACC.

4.0 CONTEXTE

4.1 Émergence des cliniques de traitement des TSO

Au milieu des années 1990, la cadence des opérations des Forces canadiennes s'est intensifiée en raison des engagements en Bosnie et en Croatie, au Rwanda, en Somalie et lors de la première guerre du Golfe. Cette intensification de la cadence des opérations se poursuit aujourd'hui avec le déploiement de troupes en Afghanistan. La nature de ces conflits est toutefois différente de celle des conflits auxquels les membres des Forces canadiennes (CF) ont participé antérieurement. Les membres des FC sont plus que jamais placés dans des situations périlleuses, et ce, pendant des périodes plus longues et avec moins de temps pour récupérer. Toute personne ayant vécu un événement comme des opérations de combat peut souffrir d'un SSPT ou d'un autre TSO. Cette exposition accrue à des conflits ou à des situations traumatisantes a contribué à la hausse du nombre de TSO. Bien que la plupart des personnes se réadaptent de façon harmonieuse lors de leur retour à la vie civile, bon nombre d'entre elles bénéficieront d'un soutien supplémentaire en santé mentale et certaines recevront un diagnostic de TSO. Le syndrome de stress post-traumatique, la dépression, la toxicomanie et la phobie sociale font partie des problèmes de santé mentale les plus courants auxquels sont confrontés les soldats qui reviennent au pays.

La demande croissante de services de santé mentale spécialisés et l'appui important du public pour ce qui est d'offrir de l'aide aux soldats de retour au pays ont incité le MDN à participer, vers la fin des années 1990, à l'établissement de cinq centres de soutien pour trauma et stress opérationnels (CSTSO) dans les principales bases des FC réparties dans l'ensemble du Canada, soit celles d'Halifax, de Valcartier, d'Ottawa, d'Edmonton et d'Esquimalt. Ces CSTSO ont été mis en place en vue d'offrir des services de santé mentale spécialisés aux membres des FC souffrant d'un TSO subi lors d'une opération militaire, ainsi qu'à leurs familles. Ces cliniques ont aidé à répondre à la demande en matière de services de santé mentale des membres des FC, mais la capacité des centres et des collectivités en général demeurait insuffisante pour répondre aux besoins des anciens combattants qui relevaient d'ACC.

En 2001, ACC a ouvert sa première clinique de traitement des TSO à l'Hôpital Sainte-Anne, dans le cadre d'un projet pilote. En 2002, ACC et le MDN ont conjointement annoncé l'adoption d'une stratégie en matière de santé mentale visant à

améliorer les services et le soutien offerts aux personnes atteintes d'un TSO, de plus en plus nombreuses. Pour répondre à l'augmentation de la demande de traitements et de services, ACC a mis sur pied quatre nouvelles cliniques à Québec, London, Winnipeg et Calgary, en s'inspirant du projet pilote mise en place à l'Hôpital Sainte-Anne.

Épaulé par le MDN et la GRC, ACC a reçu, en 2007, l'approbation du Conseil du Trésor fédéral pour établir cinq nouvelles cliniques, ce qui portait à dix le nombre de cliniques TSO relevant d'ACC. Les nouvelles cliniques ont été mises en place à Vancouver, Fredericton, Ottawa et Edmonton, et une autre clinique a été mise sur pied à l'Hôpital Sainte-Anne. Cette dernière se distinguait des autres cliniques – elle a été établie à titre d'établissement offrant un traitement en résidence aux anciens combattants, membres des FC et membres de la GRC souffrant d'un SSPT plus complexe et de troubles comorbides (concomitants), comme la douleur chronique, la dépression, les troubles anxieux et la toxicomanie/l'abus de substances.

Les activités de huit des dix cliniques sont exercées selon les modalités d'un protocole d'entente conclu entre ACC et l'organisme hôte de la santé auprès de qui ACC achète des services de santé. Les cliniques TSO sont un cas unique de fournisseurs de services de santé externes, en ce sens que les activités de chacune des cliniques sont entièrement financées par ACC dans le but de fournir des services exclusifs à ses clients. Les deux autres cliniques, soit une clinique TSO de consultations externes et une clinique de traitement en résidence, sont administrées par l'Hôpital Sainte-Anne, un hôpital pour anciens combattants de propriété fédérale à Sainte-Anne-de-Bellevue, au Québec. Toutes les cliniques TSO offrent des services aux anciens combattants, aux membres des Forces canadiennes et aux membres de la Gendarmerie royale du Canada, ainsi qu'aux membres de leur famille. À la figure 2 ci-dessous, le plus récent Rapport statistique trimestriel sur la santé mentale d'ACC illustre le nombre de dossiers actifs et de nouveaux aiguillages vers son réseau de cliniques en date du 31 mars 2011.

Figure 2 : Rapport statistique trimestriel sur la santé mentale – Cliniques TSO, 31 mars 2011

Cliniques TSO – par organisme d'aiguillage		Total	Ouest	Ontario	Québec	Atl.
	Dossiers actifs					
97	Anciens Combattants Canada	1 191	286	338	458	109
98	Ministère de la Défense nationale	319	122	71	68	58
99	Gendarmerie royale du Canada	79	43	*	*	26
100	Membres de la famille (ACC, MDN, GRC)	159	57	29	65	8

	Nouveaux aiguillages	Total	Dossiers fermés	Total
101	Anciens Combattants Canada	190	Anciens Combattants Canada	115
102	Ministère de la Défense nationale	51	Ministère de la Défense nationale	54
103	Gendarmerie royale du Canada	17	Gendarmerie royale du Canada	5
104	Membres de la famille (ACC, MDN, GRC)	34	Membres de la famille (ACC, MDN,GRC)	16

Source : Direction des politiques en matière de santé mentale d'ACC

Programme de soutien social aux victimes de stress opérationnel (SSVSO)

Partout dans le présent rapport, il est fait mention du programme Soutien social aux victimes de stress opérationnel (SSVSO). Le programme SSVSO est un programme établi conjointement par le MDN et ACC. La mission du programme SSVSO consiste à élaborer, établir et améliorer les programmes de soutien social destinés aux militaires et vétérans des Forces canadiennes (FC) aux prises avec un problème de stress opérationnel, ainsi qu'à leurs familles, et aux familles qui ont perdu un être cher, et à créer une atmosphère et un environnement propices à une compréhension et à une acceptation accrues des TSO. Après plus de dix ans d'existence, ce programme continue de contribuer d'une manière significative au processus de rétablissement. Le rôle du soutien par les pairs est brièvement discuté au sein de la section 5.3 du présent rapport.

4.2 Création d'une clinique de traitement en résidence (CTR) des traumatismes liés au stress opérationnel à l'Hôpital Sainte-Anne

Vision initiale

L'expérience acquise dans le cadre du projet pilote d'ACC visant l'établissement, en 2001, du Centre de traitement des TSO à l'Hôpital Sainte-Anne a donné lieu à l'adoption d'une nouvelle vision pour ce qu'on appelait alors le Centre Sainte-Anne. Cette vision renouvelée préconisait la mise sur pied d'un programme de réadaptation en résidence pour le SSPT en vue de « fournir des soins 24 heures par jour, selon un cadre thérapeutique structuré et supervisé et visant à promouvoir de solides valeurs en matière de traitement et de rétablissement. Les personnes admises au programme devront suivre un traitement dans un bâtiment distinct du centre hospitalier et être cliniquement stables et suffisamment autonomes pour veiller à leurs soins quotidiens et satisfaire à leurs besoins de sécurité. Tous les participants au programme de réadaptation en résidence pour le SSPT devront consacrer au moins 25 heures par semaine à des activités thérapeutiques et de réadaptation précises [traduction] »[3]. La nouvelle vision prévoyait également l'établissement d'une clinique de gestion de la douleur et d'une infrastructure de télésanté mentale à l'Hôpital Sainte-Anne.

Lancement du programme de stabilisation

Continuant de faire fond sur son expérience et suivant sa vision, l'Hôpital Sainte-Anne a lancé en 2002 un programme interne de stabilisation offrant quatre lits affectés à des soins ininterrompus. La stabilisation médicale de l'affection mentale d'une personne est essentielle pour qu'elle puisse bénéficier des autres effets et avantages des soins continus. « Une personne ayant un traumatisme lié au stress opérationnel (TSO) peut

[3] Extrait d'un exposé présenté le 28 juin 2002, par la directrice générale de l'Hôpital Sainte-Anne (ACC) et le D[r] Pierre Paquette, directeur des Services professionnels à l'Hôpital Sainte-Anne (ACC).

vivre une période où sa capacité de faire face à des situations personnelles, sociales ou de travail se trouve diminuée considérablement. Cette diminution peut survenir par exemple si la médication demande à être ajustée, lorsqu'une supervision clinique ou un soutien psychologique plus intensif est nécessaire. Le Programme interne de stabilisation pour traumatismes liés au stress opérationnel aidera les clients à développer des habiletés pour mieux gérer leurs symptômes; ils pourront ensuite poursuivre leur traitement en consultation externe au sein de leur collectivité.

Les clients séjournent dans un milieu clinique structuré à l'Hôpital Sainte-Anne où sont traitées leurs principales difficultés. La médication est réévaluée, et diverses approches de traitement aident les clients à retrouver un sentiment de mieux-être. »[4]

Ajout du programme de réadaptation en résidence

Au cours des années qui ont suivi, le besoin d'offrir des services de traitement en résidence pour continuer de répondre aux besoins des anciens combattants canadiens a aussi été soulevé par les cliniciens, le groupe SSVSO et les administrateurs d'ACC. La justification de l'établissement de la clinique interne provient, en grande partie, de la recherche et de l'expérience acquise en travaillant auprès des patients souffrant de TSO qui sont traités à la clinique de consultation externe, à l'Hôpital Sainte-Anne. Les affections comorbides ont soulevé des défis de taille en ce qui a trait aux protocoles de traitement, compte tenu de la complexité de l'interaction de ces affections et, comme nous l'avons déjà mentionné, du fait que les soins offerts en consultation externe se sont révélés insuffisants ou ont été jugés inefficaces pour traiter ces affections. La présentation au Conseil du Trésor de 2007 en vue de l'expansion du réseau de cliniques TSO portait notamment sur la demande de soutien pour l'ouverture d'une clinique de traitement en résidence à l'Hôpital Sainte-Anne. Un document de conception détaillé, préparé en octobre 2008 par le Secteur de l'expertise clinique du Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel (CNTSO), a jeté les bases pour l'établissement de la Clinique de traitement en résidence des traumatismes liés au stress opérationnel. La CTR a ouvert ses portes en février 2010 avec six lits disponibles pour les soins en clinique interne et destinés à la prestation de services de réadaptation, notamment en offrant une thérapie de groupe plus intensive et en mettant davantage l'accent sur les aptitudes à la vie quotidienne et les stratégies d'adaptation. Au cours du mois suivant son lancement, le programme de stabilisation et ses quatre lits partageaient des locaux avec le programme de réadaptation au sein de la CTR, les deux programmes devenant ainsi sous les auspices de cette dernière, ce qui portait à dix le nombre de lits consacrés aux soins offerts en clinique interne.

5.0 CONSTATATIONS

La présentation des constatations de l'évaluation est structurée en fonction des questions fondamentales liées à la pertinence et au rendement (efficacité par rapport à

[4] http://www.veterans.gc.ca/fra/sante-mentale/promotion/ncosi

la portée du programme). Il a tenu compte de trois questions fondamentales portant sur la **pertinence** :

- Alignement avec les priorités du gouvernement
- Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement
- Mesure dans laquelle la CTR répond à un besoin continu et démontrable

5.1 PERTINENCE – Alignement avec les priorités du gouvernement

Dans le budget de mars 2007, le gouvernement fédéral a manifesté son appui à l'égard des troupes canadiennes « en affectant 60 millions de dollars pour bonifier l'Indemnité d'opérations en campagne [et] en établissant cinq nouveaux centres de traitement pour aider les anciens combattants et leur famille à composer avec les traumatismes liés au stress associé à leur service militaire ». Dans le discours du Trône prononcé le 16 octobre 2007, le gouvernement a réitéré son engagement à « [continuer] d'accroître l'appui à nos anciens combattants qui ont tant contribué à la défense du Canada dans le passé».

Cet engagement à appuyer les anciens combattants du Canada a été renforcé dans le discours du Trône de mars 2010, lorsque le gouvernement a indiqué, dans la présentation des grandes lignes de son vaste programme, que l'une des ses priorités consistait à défendre ceux et celles qui ont aidé à bâtir le Canada, en continuant d'appuyer nos militaires et nos anciens combattants.

La Clinique de traitement en résidence des traumatismes liés au stress opérationnel est l'un des centres de traitement des traumatismes établis pour faire suite à l'engagement pris dans le cadre du budget de 2007. La CTR propose des programmes qui consistent à offrir un traitement de stabilisation et des services de réadaptation visant à :

- stabiliser l'affection mentale de l'ancien combattant;
- optimiser l'autonomie et la capacité fonctionnelle;
- faciliter la réintégration dans la communauté grâce à des efforts de réadaptation visant à renforcer l'autonomie, la prise en charge personnelle, l'autosuffisance et le sentiment d'appartenance à la communauté.

Les objectifs du programme de la clinique s'alignent avec l'objectif général d'appuyer les troupes et, de façon spécifique, avec les priorités du gouvernement fédéral, du fait que la clinique offre des soins et des traitements spécialisés qui aident les anciens combattants à composer avec les traumatismes liés au stress associé à leur service militaire, ainsi que leurs familles.

Le résultat stratégique n^{o} 1 d'ACC pour 2010-2011 précise que « [l]es anciens combattants et les autres clients admissibles atteignent un niveau de bien-être idéal grâce à des programmes et des services qui soutiennent les soins et les traitements qui leur sont apportés de même que leurs besoins en matière d'autonomie et de

réinsertion ». Dans le cadre des efforts déployés pour obtenir ce résultat, ACC a élaboré une stratégie en matière de santé mentale afin d'accroître la capacité du Ministère à répondre aux besoins des clients souffrant d'une affection mentale. Cette stratégie a pour but de développer un vaste continuum de services de santé mentale et ainsi répondre aux besoins des anciens combattants et de leurs familles, notamment en offrant des soins appropriés à divers niveaux d'intensité, en fonction des besoins du client et de sa famille.

En traitant les TSO, le programme de la CTR s'aligne avec le résultat stratégique n^{o} 1 d'ACC et s'harmonise avec la stratégie en matière de santé mentale du Ministère, en offrant des traitements et des soins intensifs aux personnes qui présentent des symptômes de TSO graves ou complexes et pour qui d'autres services fournis dans le cadre du continuum se révèlent insuffisants.

Le programme de la CTR est une composante essentielle de la prestation des services (du continuum de services) aux anciens combattants.

5.2 PERTINENCE – Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement

5.2.1 Législation

Le rôle d'ACC en matière de soins et de traitement aux anciens combattants est clairement enraciné dans sa loi fondatrice et dans les divers règlements qui ont précédé l'établissement des cliniques TSO d'ACC. Pris en application de la *Loi sur le ministère des Anciens Combattants*, le *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* définit le terme « santé » comme suit : état de bien-être physique, mental et social. Cette loi énonce les critères d'admissibilité aux multiples avantages offerts en vertu de ce règlement, notamment les soins médicaux, les adaptations du domicile, les frais de déplacement engagés pour subir des examens ou des traitements, ainsi que d'autres soins de santé communautaires. La *Loi sur les pensions* définit comme suit le terme « invalidité » : « [l]a perte ou l'amoindrissement de la faculté de vouloir et de faire normalement des actes d'ordre physique ou mental ». La *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes* (la Nouvelle Charte des anciens combattants*)* autorise le ministre à fournir des services de transition de carrière, des services de réadaptation, des services d'assistance professionnelle et des avantages financiers, ainsi que des indemnités d'invalidité et des soins de santé aux militaires et vétérans des Forces canadiennes. Le Ministère offre des services à une population admissible qui comprend les militaires et vétérans des FC et les anciens membres de la GRC, ainsi que leurs familles, de même que certains membres des FC et de la GRC encore en service qui, pour diverses raisons, s'adressent à ACC pour obtenir un traitement. La CTR a été établie en vertu de l'autorisation du Conseil du Trésor en réponse au besoin reconnu par ACC d'établissements supplémentaires pour répondre à la hausse spectaculaire de la demande de ces services.

5.2.2 Justification

Les affections comorbides, comme la dépression et le SSPT, peuvent interagir et compromettre les relations, la stabilité financière ou, de façon générale, la qualité de vie. Certains problèmes qui, en d'autres circonstances, pourraient être considérés comme gérables peuvent souvent confiner à la crise. La complexité de l'interaction de ces affections signifie que le traitement peut se révéler plus complexe, représentant un défi plus grand et nécessitant plus que des soins en clinique externe. Ainsi, le besoin d'établir une clinique interne pour traiter ces cas de TSO et des problèmes comorbides complexes a été cerné. Une analyse ministérielle, qui a précédé une présentation au Conseil du Trésor en 2007, a permis de déterminer que l'Hôpital Sainte-Anne était le mieux placé pour offrir des services de traitement des TSO en clinique interne du fait qu'il abrite une clinique TSO, des lits consacrés à la stabilisation, un programme de réadaptation physique et une clinique de gestion de la douleur, et qu'il possède une expertise clinique dans le traitement des cas complexes de SSPT.

5.2.3 Services de traitement des TSO actuellement offerts par ACC

Tel que mentionné précédemment, les cliniques TSO sont un exemple unique de fournisseurs de services de santé externes, en ce sens que les activités de chacune des cliniques sont entièrement financées par ACC dans le but de fournir des services exclusifs aux anciens combattants, aux membres des FC et aux membres de la GRC, ainsi qu'à leurs familles, en vertu d'un protocole d'entente conclu avec des organismes hôtes à divers endroits au Canada. **Bien que les cliniques TSO offrent principalement des services en consultation externe, d'autres services cédés en sous-traitance permettent à ACC d'acheter des services en clinique interne, au besoin.**

La CTR est un centre de soins en établissement qui offre aux anciens combattants, aux membres des FC et aux membres de la GRC, par l'entremise d'une équipe multidisciplinaire, une intervention intégrée, hautement structurée et plus intensive aux TSO complexes présentant une comorbidité avec d'autres problèmes de santé mentale, et ce, 24 heures sur 24, sept jours sur sept. L'équipe multidisciplinaire, qui adopte une approche interdisciplinaire, est composée de psychiatres, de médecins, d'infirmières en santé mentale, de psychologues, d'un travailleur social, d'un ergothérapeute, d'un psychoéducateur, d'un conseiller en toxicomanie, d'un art-thérapeute et d'un travailleur en soutien par les pairs. Le fait d'inclure un travailleur en soutien par les pairs à l'équipe multidisciplinaire de la CTR lui donne un caractère unique.

La CTR offre une approche à deux volets : premièrement, un programme de stabilisation, dans le cadre duquel l'affection du client fait l'objet d'une nouvelle évaluation en vue d'être stabilisée et une thérapie est proposée; deuxièmement, un programme interne mettant l'accent sur la réadaptation, dans le cadre duquel des séances de thérapie de groupe plus intensive sont offertes en vue de l'acquisition de mécanismes d'auto-adaptation et d'aptitudes à la vie quotidienne supplémentaires. Le

programme de traitement en résidence s'échelonne sur une période de huit semaines, chacune des semaines s'articulant autour d'un thème précis, et les thèmes se répètent et se succèdent de façon continue. L'accueil des nouveaux clients se fait le dimanche après-midi, ce qui permet aux participants de se familiariser avec l'établissement avant de commencer à suivre le traitement intensif. Les services individuels et les discussions interdisciplinaires de cas sont organisés selon trois étapes distinctes : l'orientation et l'évaluation, le traitement intensif et la fin du traitement. Tous les services cliniques sont offerts dans les deux langues officielles. La clinique est unique en son genre et vise uniquement les membres du secteur militaire et du secteur policier.

5.2.4 Autres options de services en matière de TSO

Ministère de la Défense nationale (MDN)

En ce qui concerne les options de services, les CSTSO du Ministère offrent des services de traitement aux membres actifs des Forces canadiennes et, dans certains cas, à leur conjoint et aux membres de leur famille. Les CSTSO fournissent aux militaires qui souffrent de traumatismes liés au stress opérationnel des évaluations personnalisées, des programmes éducatifs et un traitement initial. Cependant, les services **sont fournis en consultation externe**. Les CSTSO fonctionnent généralement à pleine capacité afin d'aider les membres encore en service des FC.

Options de services dans les provinces

- ***Hôpitaux publics***
  En général, les hôpitaux psychiatriques spécialisés offrent uniquement des soins pour malades aigus – nos anciens combattants ne satisfont habituellement pas à leurs critères d'admission car, bien qu'ils soient malades, ils ne sont pas considérés comme des malades en phase aiguë. Lorsqu'ils ont besoin de soins aigus, ces établissements leur fournissent les soins nécessaires, mais habituellement pendant des séjours de très courte durée. Les services d'urgence des hôpitaux publics provinciaux admettent également des personnes en situation de crise.

- ***Cliniques privées***
  Les cliniques privées situées un peu partout au Canada, comme Homewood et Bellwood, en Ontario, et Edgewood, en Colombie-Britannique, sont principalement des cliniques de consultations externes, comme toutes les cliniques faisant partie du réseau de cliniques TSO d'ACC, à l'exception de la CTR. Le centre Homewood en Ontario et Le Centre CASA au Québec offrent également des services en clinique interne, mais Homewood admet habituellement des personnes nécessitant des soins aigus, et Le Centre CASA se concentre principalement sur le traitement des problèmes de dépendance.

Les autres options de services dans les provinces sont principalement axées sur les services de consultations externes. Comme il est indiqué dans le rapport de

l'évaluation du réseau des cliniques pour TSO effectuée par ACC en octobre 2008, « [c]ertaines personnes interviewées ont fait remarquer que le traitement de clients ayant un TSO complexe requiert une approche interdisciplinaire, de façon à couvrir adéquatement les divers aspects du traitement d'un TSO. De manière générale, les services disponibles dans la collectivité n'offrent pas cette approche interdisciplinaire, pourtant nécessaire pour fournir du soutien aux clients ayant un TSO complexe ». La présente évaluation a en outre permis de déterminer que, de façon générale, les services communautaires visent principalement le traitement offert aux personnes qui éprouvent un problème de santé mentale unique, comme une toxicomanie ou une dépression. Dans ces cliniques, il n'est généralement pas possible d'utiliser la pratique actuelle consistant à adopter une approche d'équipe multidisciplinaire intégrée en matière de traitement, qui tient compte des avantages que peuvent procurer un traitement du SSPT et des affections comorbides de façon simultanée.

Bien que des services en clinique interne soient offerts dans quelques provinces, tant dans les établissements publics que dans les établissements privés, les anciens combattants et les membres des FC et de la GRC sont généralement traités avec les civils, puisque leur nombre justifie rarement d'offrir des séances de traitement en groupe distinct. Les répondants ont toutefois indiqué que le traitement en groupe avec des civils n'est pas aussi efficace pour l'ancien combattant. **L'importance de traiter les militaires en tant que cohorte**, un point qui a également été soulevé dans le rapport de l'évaluation du réseau de cliniques pour TSO effectuée en 2008, **a été confirmée dans le cadre de toutes les entrevues effectuées auprès des intervenants, tant par les experts en la matière que par les anciens combattants eux-mêmes.**

Conclusion

En résumé, la combinaison de services de traitement offerts en clinique interne, de services de traitement offerts aux patients qui souffrent d'un SSPT complexe présentant une comorbidité avec d'autres affections selon le modèle bio-psycho-social, qui vise à offrir des services de traitement aux membres du secteur militaire et du secteur policier en tant que cohorte, et de services de soutien par les pairs, en adoptant une approche d'équipe multidisciplinaire intégrée, n'est pas facilement accessible au Canada. Seule la CTR offre cette combinaison unique de services de traitement. En l'absence actuelle d'autres options de traitement à l'échelle fédérale et à l'échelle provinciale, ACC a assumé le rôle et les responsabilités fédérales pour ce qui est de fournir les meilleurs soins possibles aux anciens combattants, aux membres des FC et aux membres de la GRC, ainsi qu'à leurs familles.

5.3 PERTINENCE – Mesure dans laquelle la CTR répond à un besoin continu et démontrable

Dans quelle mesure la Clinique de traitement en résidence (CTR) des TSO répond-elle à un besoin démontrable et est-elle réceptive aux besoins des anciens combattants, des membres des FC et des membres de la GRC, et à ceux de leurs familles? Cette question est au cœur des questions fondamentales portant sur la pertinence et le rendement et a été examinée en :

1. définissant la population ciblée par la CTR parmi la population admissible d'ACC;
2. déterminant les besoins en matière de santé mentale de cette population;
3. évaluant la mesure dans laquelle la CTR répond aux besoins de la population cible;
4. déterminant les lacunes dans les mesures prises pour répondre à ces besoins.

5.3.1 Population admissible d'ACC

La Direction des politiques en matière de santé mentale d'ACC produit des rapports statistiques trimestriels sur la santé mentale qui réunissent des renseignements provenant de la base de données des rapports, du Système fédéral de traitement des demandes de soins de santé et du Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel. Les données historiques concernant les anciens combattants clients d'ACC ayant une affection psychiatrique, de même que ceux ayant reçu un diagnostic spécifique de TSO, sont illustrées à la figure 3.

La figure 3 démontre la hausse spectaculaire du nombre de militaires et vétérans à qui ACC fournit des services. En mars 2004, quelque 4 894 clients avaient obtenu une décision favorable quant au versement d'une prestation d'invalidité pour une affection psychiatrique. Au 3 mars 2011, ce nombre, qui a presque triplé, est passé à 14 111. **Des 14 111 clients identifiés comme ayant une affection psychiatrique, 70,4 p. 100 ont été identifiés comme ayant un SSPT – ce qui représente une hausse de 350 p. 100 – le nombre de cas passant de 2 824 en mars 2004 à 9 928 en mars 2011**.

Les vétérans de l'ère moderne ayant été libérés représentent 63,8 p. 100 (9 005) des clients chez qui une affection psychiatrique a été diagnostiquée, tandis que les membres des FC et les membres de la GRC encore en service comptent pour 19,3 p. 100 d'entre eux (2 734). Il importe de souligner la tendance à la hausse, laquelle révèle une augmentation continue, depuis 2004, du nombre de clients ayant une affection psychiatrique.

Figure 3 : Rapport statistique trimestriel sur la santé mentale – Cliniques TSO au 31 mars 2011

Rapport statistique trimestriel sur la santé mentale – Données au 31 mars 2011						
Renseignements sur les clients d'ACC		ACC	Ouest	Ontario	Québec	Atl.
1	Clients/personnes à charge/survivants	218 388	80 131	77 910	23 564	36 714
2	Personnes à charge/survivants	78 086	28 047	28 904	8 070	13 035
3	Clients spéciaux *(voir la note 2)*	140 302	52 084	49 006	15 494	23 679
4	Clients spéciaux – pourcentage régional du total national		37,1 %	34,9 %	11,0 %	16,9 %

Clients ayant obtenu une prestation d'invalidité pour une affection psychiatrique							
			Pourcentage de la ligne 3				
Données actuelles – au 31 mars 2011		ACC	%	Ouest	Ontario	Québec	Atl.
5	Clients ayant une affection psychiatrique	14 111	10,1 %	4 955	3 445	2 684	3 027
6	Pourcentage régional du total national			35,1 %	24,4 %	19,0 %	21,5 %
Changement depuis le dernier rapport trimestriel			Pourcentage de la ligne 7				
7	Clients ayant une affection psychiatrique, dernier rapport	13 711	%	4 796	3 354	2 644	2 917
8	Nouveaux clients ayant une affection psychiatrique	508	3,7 %	198	125	61	124
9	Clients décédés qui avaient une affection psychiatrique	108	0,8 %	39	34	21	14
10	Augmentation du nombre de clients ayant une affection psychiatrique	400	2,9 %	159	91	40	110

Données historiques		Mars 2011	Mars 2010	Mars 2009	Mars 2008	Mars 2007	Mars 2006	Mars 2005	Mars 2004
11	Clients ayant une affection psychiatrique	14 111	12 689	11 888	11 045	10 250	8 385	6 491	4 894
12	Clients atteints du SSPT	9 928	8 758	7 996	7 228	6 500	5 541	4 055	2 824
13	Clients atteints du SSPT, % de la ligne 11	70,4 %	69,0 %	67,3 %	65,4 %	63,4 %	66,1 %	62,5 %	57,7 %

			Pourcentage de la ligne 5				
Profil des clients *(suite)*		ACC	%	Ouest	Ontario	Québec	Atl.
	Service principal						
29	Anciens combattants ayant servi en temps de guerre	2 371	16,8 %	794	707	538	332
30	Vétérans des FC libérés	7 714	54,7 %	2 237	1 957	1 776	1 744
31	Membres des FC encore en service	1 854	13,1 %	485	579	258	532
32	Membres de la GRC libérés	1 291	9,1 %	836	108	75	272
33	Membres de la GRC encore en service	880	6,2 %	603	94	37	146
34	Données sur le service manquantes	1	0,0 %	0	0	0	1
	Réservistes (inclus dans les lignes 30 et 31 ci-dessous)						
35	Réservistes libérés	698	4,9 %	243	168	146	141
36	Réservistes encore en service	49	0,3 %	17	12	5	15
	Principales **affections psychiatriques ouvrant droit à pension** (il est possible qu'un client soit atteint de plusieurs affections) :						
61	SSPT	9 928	70,4 %	3 755	2 136	1 881	2 156
62	Troubles dépressifs	2 411	17,1 %	753	749	340	569
63	Anxiété et dépression	1 190	8,4 %	296	336	277	281
64	Troubles anxieux (à l'exclusion du SSPT)	1 035	7,3 %	275	334	216	210
65	Trouble d'adaptation	478	3,4 %	138	115	137	88
66	Schizophrénie	127	0,9 %	31	44	30	22
67	Trouble lié à la consommation d'alcool	188	1,3 %	37	48	55	48
68	Syndrome de la douleur chronique	180	1,3 %	58	81	10	31
69	Affection bipolaire	110	0,8 %	30	31	26	23
70	Toutes les autres affections psychiatriques	344	2,4 %	110	123	57	54

			Pourcentage de la ligne 5				
Profil des clients *(suite)*		ACC	%	Ouest	Ontario	Québec	Atl.
	Affections concomitantes						
71	Traumatisme crânien/lésion cérébrale	107	0,8 %	50	25	10	22
72	Hypoacousie	4 644	32,9 %	1 706	1 117	920	901
73	Affection musculosquelettique	7 136	50,6 %	2 480	1 728	1 375	1 553

Source : Direction des politiques en matière de santé mentale d'ACC

5.3.2 Population cible de la CTR

Profil de la population

De façon générale, et tel que mentionné dans le continuum de soins pour TSO d'ACC (figure 1, p. 3), la Clinique de traitement en résidence de l'Hôpital Sainte-Anne offre des soins tertiaires, ou de troisième ligne, visant à fournir des services de traitement et de réadaptation en résidence aux **anciens combattants, aux membres des FC et aux membres de la GRC et aux membres de leurs familles qui souffrent d'un SSPT complexe présentant une comorbidité avec d'autres affections** comme la dépression, l'abus d'alcool ou d'autres drogues, la douleur chronique, les troubles du sommeil ou les troubles anxieux, **et pour qui le traitement en consultation externe s'est révélé insuffisant ou inefficace**. Des études montrent que « plus de 50 p. 100 des personnes souffrant de SSPT présentent des symptômes d'un trouble dépressif majeur[5]. L'abus d'alcool ou d'autres drogues affecte plus de 50 p. 100 des personnes atteintes du SSPT [traduction][6]. Chez une personne ayant à la fois des problèmes de dépression et d'angoisse, la déficience fonctionnelle et psychosociale est plus grande, et la dépression comorbide accroît considérablement le risque de suicide ».

En 2005, une étude auprès de 130 clients de la clinique externe de traitement des TSO Sainte-Anne a révélé que 86,9 p. 100 d'entre eux éprouvaient un degré de douleur élevé. Les patients aux prises avec des problèmes de douleur comorbide avec un SSPT ressentent une douleur plus aiguë, un trouble émotionnel plus grand, une interférence plus forte dans la vie et une invalidité plus grave que les patients éprouvant de la douleur en l'absence de SSPT.

Une observation citée dans une étude menée par ACC dans le cadre du programme de recherche de l'Étude sur la vie après le service militaire (LASS) qui a examiné la comorbidité des affections chroniques physiques et mentales, a révélé que 55,2 p. 100 des participants aux programmes de la NCAC souffrent à la fois d'un trouble mental et d'un trouble physique, comparativement à 9,8 p. 100 des vétérans qui ne sont pas des clients d'ACC. Ces constatations appuient l'opinion acceptée de longue date que les participants aux programmes de la NCAC présentent très souvent plusieurs problèmes coexistants de santé physique et mentale.

Un examen des dossiers réalisé dans le cadre de la Phase III de l'Évaluation de la Nouvelle Charte des anciens combattants menée en 2010, a révélé qu'un nombre exceptionnellement élevé de personnes ont rapporté des problèmes de douleur au niveau initial de fonctionnement (83 p. 100). Au moins la moitié des sujets de l'échantillon ont indiqué qu'ils avaint un important problème de santé mentale (57 p. 100), un niveau élevé de stress (51 p. 100) et présentaient un type de traumatisme lié au stress opérationnel (TSO) (49 p. 100).

5 Kessler, 1995, cité dans *Combat Stress Injury*, 284.

6 *Ibid.*

5.3.3 Estimation de la demande future de services en clinique interne

Des études australiennes font état des données historiques suivantes : de 6 à 13 p. 100 des militaires qui reviennent des conflits actuels au Moyen-Orient pourraient souffrir d'un SSPT attribuable au combat. L'expression « attribuable au combat » s'explique par le fait d'être directement impliqué dans des opérations de combat. Ces personnes ont en outre une forte propension à souffrir de SSPT grave ou complexe. En revanche, les personnes qui présentent un SSPT complexe, c.-à-d. un SSPT grave et des troubles de santé mentale comorbides, constituent une faible proportion du pourcentage et des nombres mentionnés ci-haut. Une étude du MDN sur les TSO, qui sera publiée en 2011, utilisera un échantillon stratifié de 2 500 personnes et tentera de déterminer combien de membres des FC encore en service souffrent d'un SSPT directement attribuable à la participation à une mission militaire. Le MDN est fortement convaincu que le degré d'exposition au combat constitue l'une des meilleures mesures de l'occurrence du SSPT. Ainsi, même s'il estime que le nombre de militaires qui souffriront d'un SSPT lié au combat sera de l'ordre de 7 à 8 p. 100, le MDN reconnaît que, une fois connus, les résultats de l'étude seront plus concluants. Ces résultats devraient aider ACC à estimer le nombre possible de futurs clients admissibles.

Autres considérations

- Les répondants de l'équipe de soutien par les pairs du programme SSVSO ont affirmé unanimement que le nombre de personnes qui nécessiteront des traitements et des soins pour un SSPT augmentera dans un avenir proche. Un répondant a déclaré que **« la vague n'avait pas encore déferlé vers l'avant »**. Ses collègues du groupe SSVSO ont appuyé cette déclaration.

- Un reportage de *CBC News* diffusé le 14 juin 2011 a rapporté qu'un ancien soldat d'élite des FC a affirmé que « le nombre de soldats qui recevront un diagnostic de syndrome de stress post-traumatique va augmenter en flèche au cours des prochaines années, lorsque le Canada mettra graduellement un terme à ses opérations de combat en Afghanistan [traduction] ». Il a ajouté : « ils prendront maintenant le temps de s'arrêter et de réfléchir à la situation qu'ils vivent actuellement […]. Comme ils ne sont pas déployés, ils auront davantage de temps pour se pencher vraiment sur ce qui va mal dans leur vie. À l'heure actuelle, nous ne voyons que la pointe de l'iceberg [traduction] ».

- Selon l'étude complémentaire à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) effectuée en 2002 par les FC, le **SSPT peut se manifester entre une ou plusieurs années plus tard**. Les experts Américains en la matière ont indiqué que **de nombreux anciens combattants qui atteignent l'âge de la retraite se présentent maintenant pour recevoir des traitements**. La plus grande importance accordée au SSPT et les efforts de sensibilisation déployés par la *Veterans Administration* des États-Unis ont fait en sorte que ces anciens combattants sont sortis de l'ombre après avoir essayé pendant des années de réprimer de tels problèmes.

- Les efforts d'atténuation déployés par le MDN au niveau de **l'intervention précoce devrait permettre de réduire la possibilité que le SSPT ne dégénère en un trouble plus complexe et plus grave**. Le MDN a également mis en place un examen obligatoire de dépistage du SSPT après le déploiement que tous les militaires doivent subir à intervalles de trois et six mois, un processus qui, selon les représentants du MDN, permet de recenser environ 80 p. 100 des personnes atteintes d'un SSPT. Malgré cette détermination du SSPT dans le cadre de cet exercice de dépistage, on reconnaît que l'efficacité du processus dépend sur le nombre de personnes qui reçoivent un traitement après le dépistage. En ce sens, les commandants au sein du MDN doivent s'assurer que les personnes qui ont subi l'examen de dépistage suivent un traitement. Il est évident par ailleurs que les cas de SSPT dépistés ne sont pas tous attribuables à la participation à un conflit. Certaines personnes ont souffert d'un traumatisme pendant l'enfance, avant de s'enrôler dans l'armée.

- Le MDN poursuit également ses efforts pour informer les soldats au sujet des signes et des symptômes du SSPT. Cela se fait dans un climat de tolérance de plus en plus évident, ce qui dénote que des **progrès significatifs ont été réalisés en matière de déstigmatisation des problèmes de santé mentale au sein des forces armées**.

- **La pratique améliorée du MDN en matière de dépistage**, qui comprend un questionnaire à remplir suivi d'une entrevue avec une infirmière en santé mentale, représente une pratique exemplaire au Canada, et cette pratique est plus rigoureuse que celle utilisée pour les Americains. Une infirmière en santé mentale expérimentée est en mesure de valider les réponses fournies dans le questionnaire en posant des questions en personne, de repérer d'autres problèmes de santé mentale tels que la dépression et les traumatismes cérébraux, et de vérifier si les résultats de cette évaluation correspondent aux données retrouvées dans les rapports sur la période de service.

- Les problèmes démographiques et géographiques auxquels sont confrontés les Australiens pour ce qui est de répondre aux besoins des anciens combattants souffrant d'un TSO se rapprochent davantage de l'expérience canadienne que de celle des États-Unis. Deux points importants de la composante australienne du document comparatif qui se trouve à l'annexe D ont éclairé cette discussion sur l'estimation de la future demande de services en clinique interne :

  1. **Moins de 10 p. 100 des personnes qui souffrent d'un SSPT sont susceptibles de nécessiter des soins et des traitements en clinique interne (les experts en la matière américains sont d'accord sur ce point).**

  2. **L'Australie a déjà offert beaucoup plus de programmes de traitement internes, mais a constaté que les résultats étaient presque les mêmes que dans le cas des programmes externes offerts dans des hôpitaux de jour. En conséquence, les Australiens ont commencé à traiter la plupart**

des clients dans le cadre de programmes externes d'une durée de 4 semaines, à raison de 2 à 3 jours par semaine, offerts dans un hôpital de jour, au sein de leur propre collectivité. La distance que devait parcourir l'ancien combattant était moindre, sans compter que le fait d'être traité dans sa propre collectivité lui permettait d'éviter la stigmatisation associée à un séjour dans un hôpital. Ainsi, les résultats obtenus, tant s'en faut, étaient légèrement meilleurs que ceux du programme local, ce qui remettait en question la conception antérieure en ce qui concerne la structure de traitement.

Conclusion

Il est difficile, sinon impossible, d'estimer avec suffisamment de précision le nombre de futurs clients/patients qui auront besoin de traitements en clinique interne, compte tenu des considérations exposées ci-dessus, y compris le point de vue des divers intervenants, les mesures d'atténuation prises par le MDN et les efforts de déstigmatisation au sein des forces armées et dans la société dans son ensemble. Néanmoins, compte tenu de l'expérience canadienne relativement récente et des observations des experts Américains et Australiens en la matière qui se fondent sur une expérience moins récente, il n'est pas déraisonnable de supposer que 10 p. 100 des personnes qui souffrent d'un SSPT nécessiteront des soins et des traitements offerts en clinique interne. En ce sens, les Canadiens devraient considérer dans son contexte l'experience australienne qui suggère que le fait d'offrir des services de jour dans des hôpitaux de la communauté comporte moins de préjugés ou stigmas, est plus rentable et permet souvent d'atteindre de meilleurs résultats cliniques que les programmes offerts dans les établissements offrant des services en clinique interne.

5.3.4 Répondre aux besoins de la population cible

La mesure dans laquelle la CTR répond aux besoins

L'établissement de la CTR est le résultat de l'évolution du programme interne de stabilisation mis en œuvre en 2002 à l'Hôpital Sainte-Anne et de l'appui croissant au cours des années des cliniciens, du groupe SSVSO et des administrateurs d'ACC, qui ont tous soulevé le besoin d'offrir des services de traitement en résidence. Ces services devaient fournir des soins de réadaptation, qui mettent davantage l'accent sur une thérapie de groupe plus intensive. Avec la nouvelle CTR qui sera située à l'Hôpital Sainte-Anne, un établissement de soins de longue durée et non un établissement de soins aigus, l'élaboration de critères d'admissibilité de nécessité a pris en compte la protection et la sécurité des patients qui reçoivent des soins de longue durée à l'Hôpital Sainte-Anne. Par conséquent, bien que la population cible de la CTR figure dans le tableau du continuum de soins d'ACC (figure 1, p. 3) en pratique, la CTR a défini sa population cible de manière plus précise en regard des exclusions suivantes :

Critères d'exclusion à la CTR

- Le client présente une pathologie – comme une affection médicale ou psychiatrique qui l'empêche de bénéficier des avantages du traitement. Par exemple, le personnel professionnel de la CTR a indiqué que toute personne présentant un trouble de la personnalité de moyen à grave ne sera pas acceptée pour un traitement.
- Le client consomme ou abuse d'une substance intoxicante qui nuit à son fonctionnement quotidien et à son traitement.
- Aucun rapport d'évaluation psychologique, psychiatrique ou médicale (diagnostic différentiel) exhaustive récente (trois derniers mois) n'est disponible.
- Le client a des idées de suicide et de meurtre qui pose un risque modéré ou élevé de passer à l'acte (à son égard ou à l'égard d'autrui).
- Le client est à risque de manifester de la violence physique ou verbale ou d'afficher un comportement de violence physique ou verbale ou d'avoir des comportements inappropriés sur le plan sexuel.
- Le client doit subir un procès relativement à des accusations criminelles ou il fait l'objet d'une ordonnance de garde ou de détention préventive.
- Le client a été mis en liberté sous conditions de surveillance ou a été reconnu coupable d'un acte criminel et purge une peine d'emprisonnement ou des procédures judiciaires interfèrent considérablement avec le traitement.
- Le client fait l'objet d'une ordonnance d'un tribunal administratif par suite d'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux, et un psychiatre ou un hôpital a été désigné pour assurer son suivi psychiatrique.

Ces critères d'exclusion visent l'admission au programme de stabilisation de la CTR. L'admission au programme de traitement en résidence est assujettie à tous les critères susmentionnés, auxquels s'ajoutent les deux suivants :

- Le client n'est pas en mesure de gérer lui-même sa prise de médicaments.
- Des ajustements de médication importants sont exigés.

Il est à noter que malgré l'accent particulier mis sur la protection et la sécurité des résidents de l'Hôpital Sainte-Anne bénéficiant de soins de longue durée, les critères d'exclusion relatifs à l'admission à la CTR ne sont pas sans rappeler les critères adoptés par les cliniques en Australie et États-Unis, qui visent à promouvoir un milieu positif, structuré et favorisant la sécurité des personnes qui participent programmes de réadaptation en résidence.

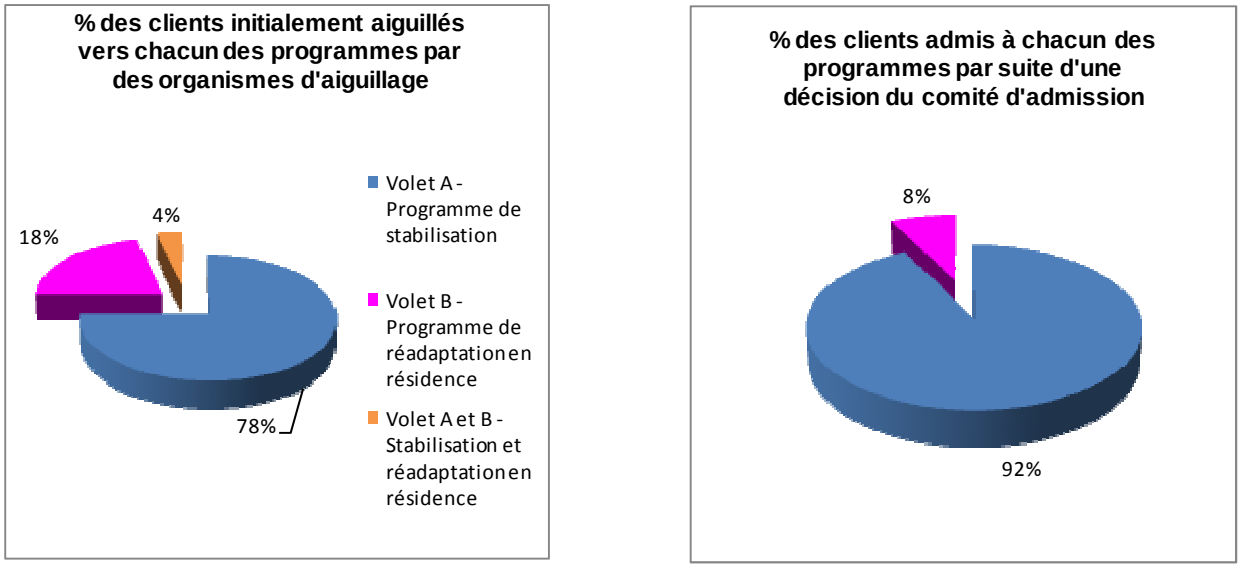
Le personnel professionnel de la CTR et les représentants du CNTSO conviennent que les exigences d'exclusion susmentionnées ont été élaborées en partie dans le but de garantir la sécurité des anciens combattants vieillissants qui résident à l'Hôpital Sainte-Anne et en partie parce que ni l'établissement ni le personnel professionnel en place n'avait la capacité de traiter des patients nécessitant des soins aigus.

Ainsi :

- une partie importante de la population cible est exclue – en partie en raison du milieu où sont offerts des soins de longue durée (pas un hôpital psychiatrique/de soins aigus);
- les psychiatres qui sont responsables des clients confiés à leurs soins ont imposé bon nombre de restrictions relativement aux critères d'admission;
- les clients en crise qui démontre un besoin mais qui ne rencontrent pas les critères provinciaux pour une hospitalisation ne peuvent pas être admis à la CTR.

Les clients admis au programme de réadaptation ne sont pas nombreux. L'absence d'inscription directe au programme n'est pas uniquement liée au fait que le volet « programme de réadaptation » de la CTR est nouveau; elle est plutôt attribuable au fait qu'en mettant l'accent sur des thérapies de groupe plus intensives, on assume que l'affection du participant s'est entièrement stabilisée, que celui-ci a participé à des séances de counselling individuel et qu'il est très motivé et réceptif. Les cliniciens de la CTR ont toutefois indiqué que les personnes étaient atteintes d'affections plus complexes que ce qui avait été prévu initialement, et que le processus de rétablissement était plus long que prévu. Il est donc **rare que l'aiguillage vers la CTR n'exige pas que le client passe du temps dans le volet « stabilisation » avant de s'inscrire au programme de réadaptation**. Par conséquent, en 2010, 92 p. 100 des clients admis ont été admis au volet « stabilisation » et seulement 8 p. 100 d'entre eux ont été directement admis au volet « programmes de traitement en résidence », tel qu'illustré à la figure 4.

Figure 4 : Aiguillages et admissions par volet de programme de la CTR



Source: Clinique de traitement en résidence

Le soutien par les pairs, un élément essentiel

On ne saurait surestimer l'incidence positive du soutien par les pairs sur le processus de rétablissement. **Tous les intervenants interrogés ont confirmé la valeur ajoutée du soutien par les pairs pour aider le personnel de la CTR, et plus important encore, pour répondre aux besoins des clients ou patients en matière de soins et de traitements.** Les membres du groupe de soutien par les pairs sont des personnes expérimentées dont les problèmes de santé mentale, les mêmes que ceux que vivent actuellement les patients de la CTR, ont été traités avec succès. Ils deviennent alors une ressource immédiate digne de confiance qui parle le même langage (expérience militaire) et qui offre de l'encouragement au moment où le besoin à cet égard se fait le plus sentir. Leur passion et leur engagement à aider leurs « frères et sœurs » profondément affligés sont remarquables. Le personnel du groupe de soutien par les pairs ont été embauchés pour travailler deux quarts de travail de 8 heures par semaine. Ces périodes de services sont inadéquates car les patients qui ont besoin de soutien par les pairs doivent souvent attendre, parfois plusieurs jours, jusqu'au prochain quart de travail des membres du groupe de soutien par les pairs pour obtenir du soutien.

Considérations liées au sexe

Les femmes dans les forces armées peuvent subir des traumatismes sexuels et des traumatismes liés au combat. ACC doit tenir compte du fait que, dans le contexte militaire, les expériences des femmes sont souvent différentes de celles de leurs homologues masculins. Il est essentiel que les femmes qui ont subi un traumatisme sexuel dans les forces armées puissent recevoir du soutien par des pairs de sexe féminin pour les aider dans leurs efforts de rétablissement. À l'heure actuelle, la CTR ne possède pas cette capacité.

Satisfaction des clients

Niveaux de satisfaction d'ensemble manifestés par les participants au programme de stabilisation, qui existe depuis plus longtemps (depuis 2002) :

- 91,83 p. 100 en moyenne (22 répondants) en 2008-2009;
- 94,55 p. 100 en 2007-2008 (17 répondants);
- 92,11 p. 100 pour la période comprise entre octobre 2004 et avril 2007 (62 répondants).

La norme de satisfaction à l'Hôpital Sainte-Anne est de 75 p. 100; par conséquent, le niveau de satisfaction des participants pour le volet « stabilisation » est élevé.

Le volet « programme de réadaptation en résidence » de la CTR est offert depuis un peu plus d'un an. **Selon les renseignements recueillis dans le cadre des entrevues menées auprès des clients/patients, le niveau de satisfaction des participants**

pour ce volet est également élevé, et la rétroaction de ces derniers était généralement très positive.

Les clients/patients de la CTR ont déclaré à l'équipe d'évaluation que, sans les programmes de la CTR, leur vie serait absolument misérable. Un répondant est même allé jusqu'à affirmer catégoriquement « je serais mort », et un autre a répondu « cela m'a redonné la vie ».

Conclusion

Bref, les critères d'inclusion et d'exclusion relativement à l'admission à la CTR ont été élaborés en partie en vue de l'harmonisation avec les capacités de l'établissement et du personnel, et non en tenant compte de la gamme des besoins en santé mentale des anciens combattants. Ces exclusions visent à restreindre davantage les critères d'admissibilité aux programmes de la CTR, ce qui permet de réduire le nombre de personnes qui deviennent des patients de l'établissement. En ce qui concerne les participants au volet « stabilisation et réadaptation en résidence » des programmes de la CTR, le niveau de satisfaction demeure élevé. Le rôle que joue le soutien par les pairs pour répondre aux besoins des clients/patients de la CTR est crucial, et les services doivent être offerts plus qu'à temps partiel. Il faudrait également se pencher sur la question de la prestation de services de soutien par les pairs de sexe féminin aux clientes/patientes de la CTR. Malgré le nombre restreint d'admissions, la CTR est en mesure de répondre aux besoins d'un faible segment de la population cible, et le niveau de satisfaction des clients/patients est élevé. Les témoignages recueillis soulignent la valeur que représente la CTR pour ces derniers.

R1 Il est recommandé que le directeur du Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel envisage d'augmenter les services de soutien par les pairs, afin de reconnaître leur appui et leur contribution inestimables à l'équipe multidisciplinaire de la CTR et afin de reconnaitre le besoin démontré d'un tel service du point de vue du client ou patient; et qu'il se penche sur la possibilité d'offrir des services de soutien aux anciennes combattantes qui participent aux programmes de la CTR par des pairs de sexe féminin. (Critique)

<u>Réponse de la direction</u>

La direction souscrit à cette recommandation. Une demande de redressement budgétaire pour l'exercice financier 2011-2012 a déjà été approuvée pour accroître les services de soutien par les pairs à un équivalent temps plein au sein de la CTR.

Plan d'action de la direction

Mesure corrective à prendre	APR (agent de première responsabilité)	Date cible
1.1 Assurer la disponibilité des services de soutien par les pairs et un accès en temps opportun à ces services.	Directeur, CNTSO	31 décembre 2011
1.2 Assurer la disponibilité des services de soutien par les pairs de sexe féminin et un accès en temps opportun à ces services aux clientes qui en ont besoin.	Directeur, CNTSO	31 décembre 2011

5.3.5 Besoins non satisfaits de la population cible

Aucune évaluation formelle des besoins n'a été effectuée pour appuyer la conception et l'établissement de la CTR. Cependant, de nombreuses consultations ont été menées auprès des experts en la matière au Canada et à l'étranger pour la conception des programmes de la CTR. Bien que certaines personnes bénéficient des programmes offerts à la CTR, d'autres au sein de la population cible, ne peuvent pas tirer parti des programmes de la CTR pour diverses raisons. Il convient de noter que deux groupes de clients/patients potentiels sont présentement exclus :

- les personnes « en situation de crise » ayant un besoin urgent de soins aigus qui sont aiguillés vers les services d'urgence d'un hôpital local où elles sont traitées rapidement et reçoivent leur congé immédiatement ou sont traitées pendant très peu de jours avant de recevoir leur congé; bien que certaines de ces personnes puissent nécessiter des soins supplémentaires, le risque de perdre leur trace demeure élevé;
- d'autres anciens combattants ou membres qui ne sont pas assez malades pour recevoir des soins d'urgence mais dont l'état nécessite tout de même des soins primaires de stabilisation pour leur TSO.

Ces deux groupes représentent un défi du point de vue des services et une « lacune » dans le continuum de soins du Ministère. **Un rapport du groupe de travail du projet spécial sur les besoins et services de stabilisation et d'urgence pour les traumatismes liés au stress opérationnel (BSSU TSO) daté de 2009** corrobore l'existence de cette lacune et offre des recommandations sur la voie à suivre.

Il existe d'autres « lacunes » dans les services offerts aux personnes souffrant d'un SSPT plus complexe et d'affections comorbides et à celles pour qui le programme externe s'est révélé insuffisant ou inefficace. Les critères d'admission, l'accessibilité et les besoins des familles sont des facteurs clés lorsque des obstacles se dressent ou des besoins ne sont pas comblés.

Eu égard aux critères d'admissibilité

Les personnes qui échappent aux **critères d'admissibilité de la CTR** pourraient comprendre, par exemple :

- celles qui présentent un trouble de la personnalité de moyen à grave;
- celles qui ont des tendances suicidaires actives ou des problèmes de toxicomanie/dépendance active;
- celles qui sont aux prises avec des problèmes d'ordre criminel ou juridique;
- celles qui ont des problèmes liés à un niveau de colère élevé.

Pour ce qui est des refus d'admission à la CTR, il y a eu six (6) refus en 2010 et trois (3), entre janvier et le 31 mars 2011. Les motifs de ces refus de la part de la CTR visaient en grande partie des personnes présentant un trouble de la personnalité de moyen à grave.

Besoins en matière d'accessibilité

Malgré les restrictions qui sont imposées relativement aux critères d'admissibilité, il n'en demeure pas moins que la combinaison de services de traitement offerts en clinique interne et de services de traitement offerts aux patients qui souffrent d'un SSPT complexe présentant une comorbidité avec d'autres affections, une menace pour les membres des secteurs militaire et policier en tant que cohorte, selon le modèle bio-psycho-social et dans le cadre d'une approche d'équipe multidisciplinaire intégrée, n'est pas facilement accessible ailleurs au Canada. Comme la CTR est unique en son genre, l'**accessibilité** et le **déplacement géographique** représentent des enjeux pour l'établissement et sont des facteurs qui ont une incidence sur la volonté des personnes à participer aux programmes de la CTR. Cela vaut en particulier pour les personnes qui vivent dans les provinces du Canada les plus à l'ouest, comme la Colombie-Britannique et l'Alberta. Cet enjeu est reflété dans le profil démographique sur les clients illustré à la figure 5, selon lequel le nombre de clients/patients provenant du centre du Canada est supérieur, et la plupart d'entre eux sont francophones. Cependant, comme la CTR n'est opérationnelle que depuis la mi-février 2010, une analyse exhaustive des tendances serait prématurée à ce state-ci. À ce jour, selon les chiffres figurant dans le profil démographique des clients pour 2011, 20 p. 100 des clients viennent du centre du Canada et 80 p. 100, des régions de l'Atlantique et de l'Ouest.

Comme ou peut le voir à l'annexe D, les experts en la matière australiens ont indiqué que les facteurs déterminants pour les vétérans de l'Afghanistan sont **l'accessibilité et la souplesse**. La cohorte de jeunes vétérans de l'Afghanistan cherche à obtenir des soins et des traitements qui seraient dispensés dans les établissements locaux, selon une approche souple – en consultation externe, dans un hôpital de jour et à des heures pratiques. Les experts américains sont d'accord avec leurs homologues australiens; ils ont toutefois indiqué que ce sont les conjoints qui ont principalement amené les jeunes vétérans américains à obtenir immédiatement des soins et des traitements dans les établissements locaux.

Les experts américains ont relevé un autre problème d'accessibilité par rapport à ces jeunes vétérans américains, à savoir que la consommation d'alcool et de drogues était davantage une pratique normative chez les vétérans ayant servi en Afghanistan, ce qui a été confirmé pendant leurs opérations. L'abuse de substances chez ces jeunes vétérans découlent de leur consommation d'alcool ou de drogues, qu'ils utilisent comme une forme de médicaments pour composer avec leur SSPT. Le fait que ces jeunes vétérans considérent la consommation d'alcool et de drogues de façon plus normative a pour conséquence qu'ils **refusent de fréquenter les cliniques de traitement des toxicomanies**; en revanche, ils admettront plus volontiers souffrir d'un SSPT et répondront mieux au traitement offert dans une clinique de traitement du SSPT. « Les rejoindre de quelque manière que ce soit et les traiter ensuite pour les deux problèmes » semble être la stratégie dominante.

Il n'est pas déraisonnable de supposer qu'à leur retour au pays, les vétérans canadiens qui ont participé au conflit en Afghanistan auront des demandes similaires en matière de soins et de traitements dispensés dans les établissements locaux.

Figure 5 : Profil démographique des clients de la CTR

	2010	2011
Nombre total de clients	**27**	**5**
Sexe		
Hommes Femmes	89 % 11 %	100 % 0 %
Groupe d'âge		
20-29 30-39 40-49 50-59 60-80	15 % 22 % 37 % 22 % 7 %	0 % 40 % 40 % 20 % 0 %
Langue		
Français Anglais	59 % 44 %	20 % 40 %
État civil		
Célibataires ou veufs Mariés ou conjoints de fait Séparés ou divorcés	22 % 70 % 11 %	20 % 60 % 20 %
Région		
Ouest du Canada Est du Canada Centre du Canada	15 % 15 % 70 %	20 % 60 % 20 %
	C.-B. = 4 % Qc = 56 % Alb. = 4 % N.-B. = 4 % Sask. = 4 % N.-É.= 0 % Man. = 4 % Î.-P.-É. = 7 % Ont. = 14 % T.-N.-L. = 4 %	C.-B. = 0 % Qc = 20 % Alb. = 20 % N. B. = 0 % Sask. = 0 % N.-É.= 20 % Man. = 0 % Î.-P.-É. = 20 % Ont. = 0 % T.-N.-L. = 20 %

Source : Clinique de traitement en résidence

Les besoins des familles

Les intervenants ont reconnu à quel point il est essentiel de faire participer la famille aux soins et au traitement du client ou patient. Dans bien des cas, le traumatisme qui touche un vétéran atteint d'un TSO perturbe toute la famille. Les pratiques exemplaires établies en matière de réadaptation reconnaissent l'importance de faire participer la famille à toutes les étapes de la réadaptation, car la famille est souvent la première source de soutien pour ceux qui sont aux prises avec un TSO. Lorsqu'un vétéran souffre d'un TSO, l'effort nécessaire pour le comprendre et le soutenir peut constituer un lourd fardeau pour la famille et mener à un conflit dans le couple, à la dépression du conjoint, à des troubles anxieux ou à des problèmes comportementaux chez les enfants. Bien qu'il existe de nombreuses raisons pour inclure la famille, les deux exemples qui suivent favoriseront une meilleure compréhension des problèmes auxquels sont confrontées les familles de militaires :

- Extrait d'un reportage de *CBC News* diffusé en mars 2011 : « Ces dernières années, les cas de violence conjugale ont connu une hausse constante dans les bases militaires canadiennes. Cette augmentation coïncide aves le retour des soldats dont les blessures physiques et psychologiques subies au combat se répercutent à la maison [traduction] ». Cet état de fait a été corroboré par les travailleurs du soutien par les pairs pour les familles qui doivent continuellement traiter de ces questions.
- Les familles de militaires vivent dans un grand isolement en raison des déménagements fréquents et des déploiements, sans compter l'éloignement de leur famille élargie. Des problèmes peuvent surgir lorsque le partenaire refuse que son conjoint parle du TSO ou de ses symptômes par crainte de répercussions négatives sur sa carrière.

Selon des preuves anecdotiques, les soins et les traitements offerts aux enfants des familles de militaires dont un membre souffre d'un SSPT sont insuffisants.

L'évaluation du réseau des cliniques pour TSO effectuée par ACC en 2008 a révélé que la « préoccupation la plus souvent soulevée par les personnes interviewées était la nécessité d'améliorer les services offerts aux membres des familles des clients souffrant de TSO. Présentement, les membres des familles ne peuvent pas recevoir de services dans les cliniques TSO, à moins que les clients n'y soient déjà soignés ».

La CTR a été conçue de manière à inclure la participation des membres de la famille; toutefois, dans la pratique, les attentes en ce qui concerne la participation de la famille dépassent la réalité. Non seulement les conjoints doivent surmonter l'éloignement géographique et les préoccupations concernant la responsabilité parentale pour être en mesure de participer, mais ces problèmes sont exacerbés par la même situation à laquelle on a fait allusion dans l'évaluation de 2008 : si l'ancien combattant ou le membre des FC ou de la GRC n'a pas d'abord tenter d'obtenir les services auprès d'ACC, la famille n'a pas droit au remboursement de ses dépenses. Les répondants ont

indiqué que l'aspect de la participation de la famille concernant la CTR était limité. Si les membres de la famille viennent à la CTR, ce n'est en général que pour une seule fin de semaine pendant toute la durée du traitement de leur être cher.

Conclusion

En résumé, et selon les constatations, certaines personnes ne répondent pas aux critères d'admissibilité de la CTR. Comme elle est abritée dans un établissement de soins de longue durée (l'objectif premier de l'Hôpital Sainte-Anne), la CTR n'est pas apte à traiter des personnes « en situation de crise » qui nécessitent des soins aigus ou qui ne sont pas assez malades pour recevoir des soins d'urgence mais dont l'état nécessite tout de même des soins primaires en vue de la stabilisation de leur TSO. Selon les répondants, le risque de perdre la trace de ces personnes dont les besoins sont importants est élevé. Il ne s'agit toutefois pas d'un problème qui concerne uniquement la CTR, mais bien d'un défi en matière de services pour le Ministère dans son ensemble et une « lacune » dans le continuum de soins d'ACC. Ce défi est d'autant plus compliqué du fait que les personnes aux prises avec des troubles comorbides préfèrent suivre un traitement dans les établissements locaux, qui sont souvent mieux en mesure d'offrir ce type de traitement, les soins primaires en vue de la stabilisation n'étant généralement pas offerts à l'échelon local.

L'accessibilité et la souplesse sont des facteurs importants aux yeux de la cohorte de jeunes vétérans de l'Afghanistan de l'Australie qui cherchent à obtenir des soins et des traitements dans les établissements locaux et des options plus souples en matière de programmes. Ce modèle mérite d'être pris en considération pour le contexte canadien. Enfin, la CTR ne répond pas adéquatement aux besoins des familles quant à leurs êtres chers qui y reçoivent des soins et des traitements.

Conclusions générales pour la section 5.3

Il y a des lacunes dans la capacité d'ACC d'offrir des soins et des traitements à tous ceux qui en ont besoin au sein de la population cible. Malgré les limites imposées par les critères d'admissibilité de la CTR et les contraintes liées à l'accessibilité géographique pour les clients/patients potentiels et leurs familles, la CTR répond aux besoins d'un pourcentage relativement faible mais non négligeable de la population cible.

Le nombre de personnes qui nécessiteront des soins et des traitements en clinique interne devrait vraisemblablement rester limité – soit aux environs de moins de 10 p. 100 des personnes qui souffrent d'un SSPT. L'expérience australienne relativement aux jeunes vétérans de l'Afghanistan apporte à ACC des facteurs notables à considérer pour planifier les futures structures de traitement. **Les facteurs déterminants que sont l'accessibilité et la souplesse pour les vétérans australiens cadrent avec la stratégie en matière de santé mentale d'ACC de transférer les capacités en matière de soins et de traitements à l'échelle des collectivités.**

Les experts en la matière américains ont convenu que l'accessibilité et la souplesse sont également des facteurs importants pour les anciens combattants des États-Unis; toutefois, de leur point de vue, le conjoint de l'ancien combattant est considéré comme étant la motivation principale. Bien qu'aucun élément probant n'ait été recueilli en ce qui concerne les troupes canadiennes, **il n'est pas** déraisonnable de supposer que les attentes des vétérans canadiens en matière de soins et de traitements seront similaires à celles de leurs homologues australiens ou américains. En ce sens, les études australiennes mentionnées aux annexes C et D font état de la valeur du modèle des programmes offerts dans des hôpitaux de jour, qui a donné des résultats cliniques encore meilleurs pour les participants, **dont ceux qui avaient déjà été aiguillés vers le volet « réadaptation en résidence » (séances de thérapie de groupe plus intensive) des programmes internes** en raison d'un SSPT grave présentant une comorbidité.

R2 Il est recommandé que le directeur, Politiques en matière de santé mentale, en collaboration avec le directeur du Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel, élabore des options en matière de politiques afin de mieux servir et de mieux suivre les personnes qui ont besoin de soutien en situation de crise ou d'urgence ou qui ont besoin de services de stabilisation de courte durée, ce qui permettra d'améliorer le continuum de soins pour traumatismes liés au stress opérationnel d'ACC, tout en éliminant les obstacles à la participation aux programmes de la CTR. (Critique)

Réponse de la direction

La direction souscrit à cette recommandation. Dans son rapport de 2009, le groupe de travail du projet spécial sur les besoins et services de stabilisation et d'urgence pour les traumatismes liés au stress opérationnel (BSSU TSO) examine les besoins des anciens combattants et des autres clients qui nécessitent du soutien en situation de crise ou d'urgence ou des services de stabilisation en phase aiguë, et recommande des orientations futures. Un groupe de travail constitué d'intervenants internes et externes sera mis sur pied pour examiner et mettre à jour le rapport du groupe de travail du projet spécial sur BSSU TSO en vue d'élaborer des recommandations sur la meilleure façon de répondre à ces besoins et un plan d'action connexe, lesquels seront soumis à l'examen de la haute direction d'ACC.

Plan d'action de la direction

Mesure corrective à prendre	APR (agent de première responsabilité)	Date cible
2.1 Examiner et mettre à jour le rapport de 2009 du groupe de travail du projet spécial sur les BSSU TSO.	Directeur, Politiques en matière de santé mentale	Avril 2012
2.2 Élaborer un plan d'action pour les recommandations.	Directeur, Politiques en matière de santé mentale	Septembre 2012

R3 Il est recommandé que le directeur, Politiques en matière de santé mentale, en collaboration avec le directeur du Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel, évalue divers modèles de traitement en santé mentale en vue de leur mise en place à l'échelle communautaire et, ce faisant, qu'il tire parti des connaissances, de l'expertise et de l'expérience du personnel d'ACC auprès de la cohorte de militaires; et qu'il voit par ailleurs à ce que le processus d'élaboration du futur modèle prévoit des mesures visant à améliorer les programmes destinés aux familles. (Critique)

Réponse de la direction

La direction convient que l'option visant à offrir des programmes externes pourrait, dans certaines circonstances, constituer une solution de rechange efficace au traitement en résidence, que ces circonstances doivent être déterminées dans toute la mesure du possible, et que l'expertise qui existe au sein de la Clinique de traitement en résidence continue de guider les soins aux clients. Un examen des expériences de l'Australie, et d'autres pays, sera effectué afin de déterminer dans quelle mesure les programmes de la Clinique de traitement en résidence pourraient être offerts dans des établissements de consultations externes, quels devraient être ces établissements, et comment tirer partie de l'expertise existante.

Contrairement au neuf autres cliniques TSO externes qui font partie du réseau d'ACC, la Clinique de traitement en résidence ne traite pas les membres de la famille. La direction convient qu'il est essentiel d'offrir du soutien aux familles pour soutenir les anciens combattants et accepte de fournir des services de soutien aux anciens combattants et à leurs familles, dans la mesure autorisée par la loi. L'examen prévu s'assurera que développement des modèles de services fournis dans le futur incluent davantages les membres de la famille de la personne affectée.

Plan d'action de la direction

Mesure corrective à prendre	APR (agent de première responsabilité)	Date cible
3.1 Revue de la litterature, consultation avec les collègues australiens, ou avec d'autres personnes connaissant bien leurs programmes, et analyse des établissements possibles.	Directeur, Politiques en matière de santé mentale	Avril 2012
3.2 Rapport préliminaire.	Directeur, Politiques en matière de santé mentale	Septembre 2012
3.3 Rapport final.	Directeur, Politiques en matière de santé mentale	Décembre 2012

5.4 RENDEMENT DE LA CTR

5.4.1 Satisfaction des clients

La question de la satisfaction des clients a été examinée à la section 5.3.4 précédente portant sur les besoins. En résumé, les clients sont généralement satisfaits de leur expérience à la CTR. Des discussions avec d'anciens participants et des coordonnateurs du soutien par les pairs du SSVSO ont également révélé un appui solide en faveur du programme, bien que plusieurs suggestions du programme et de l'établissement aient été soumises. L'une des principales suggestions était que, si l'on avait créé un climat moins réfractaire au risque, l'expérience aurait davantage été appréciée. L'amélioration de la qualité de la nourriture et des possibilités accrues de faire de l'exercice ont également été mentionnées.

En général, les intervenants ont reconnu la compétence du personnel professionnel de la CTR et étaient très favorables à l'approche d'équipe multidisciplinaire adoptée par la CTR en matière de soins et de traitements pour ces clients dont les cas sont complexes. Ils ont également noté que la bonne compréhension de la culture militaire par le personnel de la CTR a une incidence positive sur le processus de rétablissement. L'équipe d'évaluation a également été impressionnée par le niveau d'engagement et de dévouement manifesté par le personnel de la CTR.

5.4.2 Mesures de référence

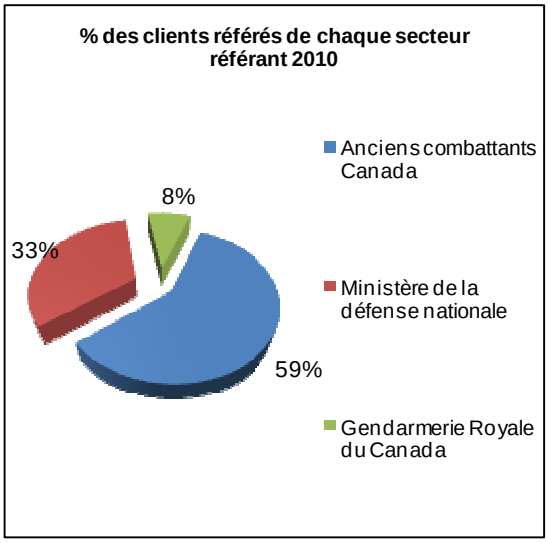
Le nombre de personnes admises au programme de réadaptation en résidence est faible et les cliniciens ont indiqué que les personnes étaient atteintes d'affections plus complexes que ce qui avait été prévu initialement. En 2010, six clients ont été refusés par le comité d'admission et, de janvier à avril 2011, trois personnes se sont vu refuser l'admission au programme.

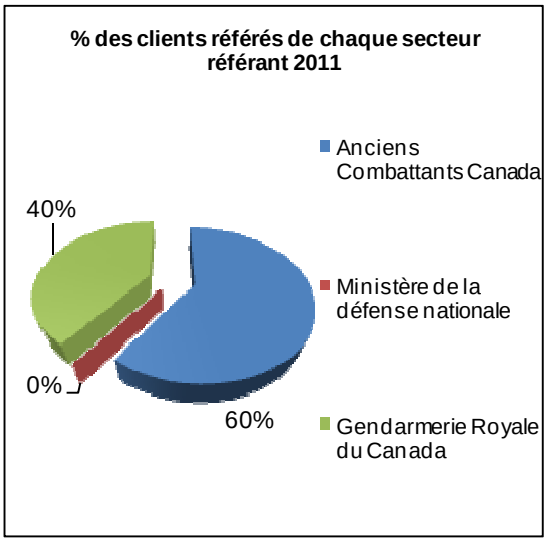
Bien que le nombre de refus soit peu élevé, il confirme l'existence d'une (ou de plus d'une) lacune dans le continuum des services de santé mentale, tel qu'il a été mentionné à la section 5.3.

Un modèle de partage des services a été créé dans le cadre de la stratégie commune en santé mentale d'ACC et du MDN annoncée en 2002. En conséquence, la CTR offre des services aux vétérans et aux membres encore en service des FC et de la GRC. Les graphiques qui suivent (figure 6) indiquent le pourcentage de participants au programme secteur référant. En 2010, la plupart des cas référés provenaient d'ACC, et la majorité des personnes référées étaient vraisemblablement des vétérans. Le MDN a référé 37 p. 100 des participants représentant les membres encore en service. La GRC a également référé un petit nombre de personnes représentant les membres encore en service de la GRC vers le programme. En 2011, seuls la GRC et ACC ont référé des personnes vers le programme (jusqu'en mars 2011). Eu égard les cas référés vers le programme interne, les représentants du MDN ont indiqué que les membres encore en service reçoivent généralement un traitement pour un TSO dès

le début de la phase du développement des symptômes, avant que leur état ne devienne chronique, de sorte que la grande majorité d'entre eux peuvent recevoir des services en consultation externe, ce qui explique en partie l'absence de données concernant les aiguillages du MDN pour 2011.

Figure 6 : Pourcentage de participants au programme par secteur référant





Source : Clinique de traitement en résidence

5.4.3 Portée du programme

Par suite de la création du programme de réadaptation en résidence, la CTR a mené des activités de sensibilisation initiales auprès du personnel d'ACC et des intervenants afin de mieux faire connaître les deux volets de programme offerts à la clinique, soit la stabilisation et la réadaptation. L'approche de sensibilisation comprenait des présentations et des visites de l'établissement à l'intention du personnel d'ACC et des autres intervenants, y compris le personnel du MDN. Le personnel et les intervenants se réjouissaient de la mise en place de nouvelles ressources en matière de réadaptation pour les personnes atteintes d'un TSO. Cependant, le processus de référence a été signalé comme étant une source de frustration du fait qu'il nécessitait la préparation d'une quantité considérable de documents, ce qui causait des délais frustrants pour obtenir une date d'admission. Lorsque s'ajoutaient à cela les critères d'exclusion rigides au programme, de nombreux membres du personnel d'ACC et autres intervenants envisageaient avec beaucoup de réticence la possibilité de référer les anciens combattants vers les programmes de la CTR, et optaient plutôt pour une voie plus expéditive pour à l'obtention de soins et de traitements.

Le personnel de gestion de la CTR, qui travaille sous la gouvernance de la Direction des soins infirmiers de l'Hôpital Sainte-Anne depuis janvier 2011, a commencé à répondre à ces préoccupations en élaborant un nouveau formulaire d'admission

simplifié et en prenant des mesures visant à améliorer le processus et le fonctionnement du comité d'admission, en vue de réduire les délais constatés dans le cadre du processus d'aiguillage. Ces mesures seront perçues de manière positive, tant par les sources d'aiguillage internes que par les sources de références externes.

Le personnel de gestion de la clinique s'emploie actuellement à élaborer un plan de marketing et de sensibilisation, lequel prévoit notamment des efforts visant à assurer la sensibilisation à la clinique d'un bout à l'autre du Canada et à préciser l'approche adoptée par la clinique à l'égard des programmes et de la réadaptation. Dans le plan de marketing et de sensibilisation, des visites ont été faites dans les bureaux de district d'ACC, dans d'autres cliniques TSO et dans les bureaux de la GRC et d'autres intervenants afin de présenter le rôle de la CTR et pour établir de meilleures relations de travail. L'élaboration d'autres outils, comme une brochure publicitaire et une visite virtuelle de la clinique sur le Web, est également prévue dans ce plan de sensibilisation. Ces mesures de sensibilisation devraient améliorer la connaissance des programmes offerts à la clinique, mais les inscriptions continueront toutefois d'être limitées en raison des critères d'exclusion actuels.

Conclusion

Le nombre de personnes admises au programme de réadaptation en résidence est limité. En ce qui a trait à la portée du programme, l'équipe d'évaluation a constaté que la grande majorité des personnes interrogées étaient au courant de l'existence de la CTR, estimaient que le personnel était très compétent et dévoué et que la structure de traitement était bien conçue, mais ils se disaient frustrés de ne pas pouvoir référer bon nombre de personnes qui, selon eux, pourraient bénéficier du programme, en raison des critères d'exclusion relatifs à l'admission et du processus de référence exagérément complexe. Des efforts sont actuellement déployés pour améliorer et simplifier le processus de référence. De nombreux intervenants ont souligné l'expertise professionnelle de haut niveau des membres de l'équipe multidisciplinaire de la CTR et ont manifesté le désir de tirer parti de cette expertise pour transmettre des connaissances et des compétences au personnel d'ACC et à l'ensemble de la communauté.

R4 Il est recommandé que le directeur du Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel examine le processus d'aiguillage, lequel a une incidence sur l'admission en temps opportun à la CTR, et qu'il y apporte des améliorations. (Essentiel)

Réponse de la direction

La direction souscrit à cette recommandation. Le processus opérationnel actuel relatif aux aiguillages vers la CTR fait présentement l'objet d'un examen. Une fois terminé, le processus opérationnel prévoira un objectif quant aux délais d'exécution pour la décision du comité d'admission et la réponse de l'organisme d'aiguillage.

Plan d'action de la direction

Mesure corrective à prendre	APR (agent de première responsabilité)	Date cible
4.1 Examiner et rajuster le processus opérationnel actuel relatif aux aiguillages vers les cliniques TSO, y compris le formulaire d'aiguillage, afin de tenir compte du caractère unique du processus d'admission à la CTR.	Directeur, CNTSO	30 novembre 2011
4.2 Établir des jalons et des normes de prestation de services clairs afin de surveiller le processus d'aiguillage.	Directeur, CNTSO	31 janvier 2012
4.3 Communiquer efficacement le processus de cheminement des clients de l'aiguillage à l'admission, pour le volet « stabilisation » et le volet « réadaptation » de la CTR, à tous les intervenants.	Directeur, CNTSO	31 janvier 2012

5.5 Résumé des constatations

En ce qui concerne la question fondamentale de la pertinence, les éléments probants démontrent que les objectifs de la CTR s'alignent avec les priorités du gouvernement et s'harmonisent aux rôles et responsabilités de ce dernier, et confirment que la CTR répond à un besoin continu. Étant donné que les activités de la CTR n'ont commencé qu'en février 2010, la question fondamentale du rendement a été évaluée en regard des résultats immédiats par rapport à la portée du programme. Bien qu'il y ait des lacunes dans la prestation des services de soins et de traitements, l'incapacité de la CTR de fournir des soins primaires en vue de la stabilisation aux personnes en situation de crise (ou nécessitant des soins aigus dans des situations d'urgence) témoigne d'un défi de plus grande envergure – une « lacune » dans le continuum de soins d'ACC. Les difficultés de démarrage qu'a connues la CTR, communes à la plupart des nouvelles opérations – délais dans les aiguillages, obstacles entravant le processus, modifications et ajustements nécessaires, ont également contribué aux problèmes relatifs à la portée du programme. Les autres facteurs déterminants sont l'accessibilité géographique et le fait de devoir quitter sa famille constituent également des obstacles aux services de counselling que les membres de la famille pourraient recevoir.

Bien que le nombre de participants au programme soit faible, les sondages sur la satisfaction des clients font état d'un niveau de satisfaction élevé à l'égard des deux volets de programme. En 2010, 92 p. 100 des clients/patients se sont directement inscrits au volet « stabilisation », alors que 8 p. 100 seulement se sont inscrits directement au volet « réadaptation ». Le volet « traitement de stabilisation », qui est offert depuis plus longtemps, connaît des taux de satisfaction élevés depuis 2002 et est le pivot des activités de la CTR.

La comparaison des approches australienne et américaine soulève des questions quant aux modèles de traitement les plus appropriés pour l'avenir et donne

un aperçu des caractéristiques des vétérans de l'ère moderne ainsi que de leurs attentes. Le modèle offert par l'hôpital de jour, qui a été mis à l'essai en Australie et qui est largement utilisé à l'échelle communautaire, est particulièrement digne d'intérêt. Le modèle offert à l'hôpital de jour a permis d'atteindre les mêmes résultats cliniques, voir meilleurs, dans bien des cas, que le programme interne. En Australie, ce modèle est utilisé pour offrir, à l'échelle communautaire, des programmes semblables au programme du volet « réadaptation » qui est offert en résidence à la CTR.

Malgré ses lacunes, la CTR répond aux besoins d'un pourcentage faible mais non négligeable de la population cible. L'expérience d'autres pays et les témoignages des experts en santé mentale suggèrent qu'il y aura un besoin continu de fournir des soins spécialisés en clinique interne à ce petit segment de population.

6.0 DISTRIBUTION

Sous-ministre
Sous-ministre déléguée
Chef de cabinet du Ministre
Président, Tribunal des anciens combattants (révision et appel)
Sous-ministre adjoint, Secteur des politiques, communications et commémoration
Sous-ministre adjoint, Secteur de la prestation des services
Sous-ministre adjointe, Secteur des services ministériels
Directeur général et chef avocat-conseil des pensions, BSJP
Directrice générale, Hôpital Sainte-Anne
Bureau de l'Ombudsman des Vétérans
Directeurs généraux régionaux (3)
Directeurs de secteur (12)
Directeur général, Direction générale du secrétariat du Ministère et coordination des politiques
Directrice, Direction des politiques en matière de santé mentale
Directeur, Direction du Centre pour traumatismes liés au stress opérationnel
Directeur médical national, Anciens Combattants Canada
Coordonnatrice adjointe, Accès à l'information et Protection des renseignements personnels
Analyste des programmes, Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada (SCT)
Direction générale de la fonction de contrôleur (SCT)

ANNEXE A – Importance des recommandations

Afin d'aider les membres de la direction à déterminer l'importance des observations formulées dans le présent rapport, les recommandations sont classées en trois catégories et définies comme suit :

Critique : La recommandation se rapporte à une ou plusieurs faiblesses ou lacunes qui pourraient nuire à l'atteinte des objectifs à l'échelle du Ministère.

Essentiel : La recommandation se rapporte à une ou plusieurs faiblesses ou lacunes, qui pourraient nuire à l'atteinte des objectifs à l'échelle du secteur ou du programme.

Important : La recommandation se rapporte à une ou plusieurs faiblesses ou lacunes qui pourraient nuire à l'atteinte des objectifs à l'échelle des sous-programmes.

ANNEXE B – Sigles et acronymes

ACC	Anciens Combattants Canada
BFC	Base des Forces canadiennes
CNTSO	Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel
CTRTSO	Clinique de traitement en résidence des traumatismes liés au stress opérationnel
SSPT	Syndrome de stress post-traumatique
FC	Forces canadiennes
GRC	Gendarmerie royale du Canada
MDN	Ministère de la Défense nationale
SSVSO	Soutien social aux victimes de stress opérationnel
CSTSO	Centre de soutien pour trauma et stress opérationnels
TSO	Traumatisme lié au stress opérationnel

ANNEXE C – Analyse des sources externes utilisées pour éclairer l'évaluation

Évaluation du réseau des cliniques pour traumatismes liés au stress opérationnel (octobre 2008)

Cette évaluation a été complétée en octobre 2008 et a donc précédé l'ouverture de la CTR. L'évaluation de 2008 a toutefois permis d'éclairer la présente évaluation. Les objectifs de l'évaluation des cliniques TSO effectuée en 2008 étaient les suivants :

- évaluer la pertinence du réseau de cliniques TSO;
- évaluer la structure de gouvernance et de responsabilité au sein du réseau de cliniques TSO;
- recueillir des renseignements sur les coûts et les services des cliniques TSO;
- évaluer dans quelle mesure le réseau de cliniques TSO atteint ses objectifs.

La portée de l'évaluation du réseau des cliniques TSO de 2008 visait notamment les opérations effectuées à l'Administration centrale d'ACC, au CNTSO, dans les bureaux régionaux et de district d'ACC et dans les cliniques TSO. Même si elle s'est intéressée au fonctionnement des cliniques au sein du réseau, cette évaluation a été faite principalement dans l'optique d'ACC. L'évaluation n'a cependant pas couvert les activités cliniques détaillées liées à la prestation de services en santé mentale dans les cliniques TSO.

Clinique de traitement en résidence des traumatismes liés au stress opérationnel (octobre 2008)

Ce rapport qui fut préparé en octobre 2008 par le Secteur de l'expertise clinique du Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel de l'Hôpital Sainte-Anne, a servi de pièce fondatrice pour la création et l'établissement de la CTR.

Rapport du groupe de travail du projet spécial sur les besoins et services de stabilisation et d'urgence pour les traumatismes liés au stress opérationnel (BSSU TSO) (août 2009)

Le Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel (CNTSO) d'ACC, en collaboration avec la Direction des politiques en matière de santé mentale du Ministère, a créé un groupe de travail pour examiner les besoins des anciens combattants, des membres des FC et des membres de la GRC qui nécessitent des services d'intervention en situation de crise et des services de stabilisation pour qui les services offerts dans la communauté et à ACC ne peuvent répondre. Le rapport présente un profil des clients qui ont besoin de ces services, les domaines de risque, l'impact de ne pas répondre à leurs besoins, tout en énonçant des recommandations relatives à la stabilisation médicale, la stabilisation sociale et la sensibilisation aux services d'ACC.

***Inpatient Versus Day hospital Treatment for Chronic, Combat-related Posttraumatic Stress Disorder: A Naturalistic Comparison* (2002)**

Cette étude australienne, publiée dans le *Journal of Nervous and Mental Disease*, compare les résultats des traitements offerts en clinique interne – programmes externes et programmes offerts dans des hôpitaux de jour pour les troubles chroniques de stress post-traumatique liés au combat – en examinant les données recueillies auprès de 202 anciens combattants du Vietnam. Cette étude « appuie dans une large mesure la recommandation voulant que les services de traitement destinés aux anciens combattants souffrant d'un SSPT soient offerts dans le milieu le moins restrictif possible [traduction] »[7]. Autrement dit, les résultats de cette étude ont demontré que la notion selon laquelle les traitements offerts en clinique interne seraient systématiquement plus efficaces est manifestement désuète.

***Outcomes for Depressed and Anxious Inpatients Discharged Before or after Group Cognitive Behavior Therapy* (octobre 2003)**

Cette étude comparative qui a été publiée dans le *Journal of Nervous and Mental Disease* , vol.191, numéro 10, a comparé en utilisant une approche naturaliste, les résultats obtenus en traitement par les patients psychiatriques souffrant d'un trouble dépressif ou anxieux qui ont complété une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) à ceux des patients hospitalisés souffrant d'un trouble anxieux, sans être déprimés, qui ont complété une TCC dans un centre de traitement de jour.

***Naturalistic comparison of models of programmatic interventions for combat-related post traumatic stress disorder* (août 2008)**

Cette étude australienne, publiée dans le *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 42 (2008), compare les presentations cliniques et les résultats en traitement des anciens combattants australiens souffrant d'un SSPT qui ont participé à un éventail de modèles de traitements en groupe. Des données ont été recueillies sur 4 339 anciens combattants souffrant d'un SSPT lié au combat qui ont participé à l'un des cinq types de programmes offrant des thérapies cognitivo-comportementales de groupe de différente intensité et dans différents milieux. Les résultats de cette étude ont influencé de façon considérable la portée de la présente évaluation.

***PTSD's Diagnostic Trap* (février 2011)**

Cet article consiste en un examen de politiques rédigé par Sally Satel, qui a été publié sur le site Web de la *American Enterprise Institute for Public Policy Research* à l'adresse suivante : http://www.ael.org/article/103105. Cet article, daté du 1er février 2011, explore l'évolution du terme SSPT et les méthodes de traitement concomitant.

[7] The Journal of Nervous and Mental Disease Vol.190, No.3 P.183, 2002

Étude sur la vie après le service militaire [ÉVASM)] (2010)

Cette étude, une initiative conjointe d'ACC, du MDN et de Statistique Canada, comporte quatre volets. Le premier volet de l'ÉVASM est une étude sur le revenu des membres des FC qui ont été libérés sur une période de dix ans, soit de 1998 à 2007, tandis que le deuxième volet est une enquête sur la transition à la vie civile (ETVC). Les données de l'ETCV sont tirées d'un échantillon national représentatif de 4 721 des 32 015 vétérans de la Force régulière qui ont été libérés de 1997 à 2008 et avec qui Statistique Canada a communiqué par la suite, soit de février à mars 2010. La plupart des personnes échantillonnées ont répondu au sondage (71 p. 100), et la grande majorité de celles-ci (94 p. 100) ont accepté que leurs réponses soient partagées avec ACC et le MDN. L'information tirée du rapport de l'ETCV a été utilisée pour éclairer la présente évaluation au niveau des problèmes physiques et de santé mentale comorbides.

Les volets trois et quatre de l'ÉVASM feront l'objet d'un rapport ultérieur sur les résultats de l'étude sur le cancer et la mortalité des FC et ne sont pas inclus dans la présente analyse.

Examen de dossiers effectué dans le cadre de l'évaluation de la NCAC (2010)

Un examen des dossiers réalisé par un ergothérapeute externe a permis d'évaluer globalement les progrès obtenus par les participants au Programme de réadaptation de la Nouvelle Charte des anciens combattants (NCAC). Cet examen portait sur un échantillon de dossiers de personnes qui ont commencé le programme de réadaptation entre le 1er avril 2006 et le 31 octobre 2009 et qui ont participé au programme pendant au moins six mois. Un échantillon aléatoire stratifié de 350 participants a été tiré. Cet échantillon descriptif a permis d'effectuer une analyse des caractéristiques de l'échantillon et une comparaison entre divers groupes, mais n'a pas permis de généraliser les résultats à la population entière des participants. Les résultats de l'examen des dossiers ont toutefois constitué une image assez fidèle des résultats et des pourcentages obtenus au sein de l'examen de la population entière faite au moyen des informations statistiques du Ministère. Pour cette évaluation, nous avons utilisé l'information provenant de l'examen des dossiers de l'évaluation de la NCAC comme éléments de preuve supplémentaires pour déterminer le nombre de personnes présentant des problèmes de santé mentale et de douleur.

Report of Consensus Conference: Practice Recommendations for Treatment of Veterans with Comorbid Post Traumatic Stress Disorder, History of Mild Traumatic Brain Injury, [and Pain] (juin 2009)

Trente et un participants invités provenant du département des Anciens Combattants (VA) et de l'organisme *Defense Centers of Excellence for Psychological Health and Traumatic Brain Injury* (DCoE) du département de la Défense (DoD), et un expert national des lésions cérébrales de l'extérieur du VA et du DoD, se sont réunis à Washinton, D.C., les 1er et 2 mars 2009, pour former un groupe de discussion chargé

de formuler des recommandations précises sur la pratique clinique visant à améliorer les services de soins de santé du DVA, l'éducation et la coordination des systèmes à l'intention des anciens combattants atteints d'un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) qui est accompagné d'antécédents de traumatisme cérébral léger (TCL). Les participants ont délibérément été choisis pour représenter les experts dans les domaines de la santé mentale, de la réadaptation, de la douleur, de la neurologie, des soins primaires, de la pharmacie et de la recherche.

La conférence incluait 1) une discussion en table ronde d'une journée pour examiner les défis et les connaissances actuelles dans trois domaines de la prestation de soins aux patients atteints des troubles susmentionnés : évaluation clinique, planification de traitement et traitement; et 2) une séance d'une demi-journée sur l'élaboration de recommandations sur la pratique clinique et l'établissement de priorités en matière d'éducation et de systèmes.

En ce qui a trait aux recommandations portant sur le traitement, le groupe de discussion a recommandé, à ce stade, d'utiliser les lignes directrices sur les pratiques cliniques actuelles pour le traitement du SSPT, des TCL et de la douleur chez les patients qui répondent simultanément aux critères de diagnostic d'au moins deux de ces états. À l'heure actuelle, aucune donnée ne donne à penser que les lignes directrices sur les pratiques cliniques actuelles doivent être modifiées pour le traitement d'un SSPT accompagné de TCL ou de douleur (ou des deux). Un suivi continu et systématique des traitements est nécessaire si l'on espère continuer d'être en mesure d'évaluer l'efficacité des traitements recommandés pour les patients souffrent de troubles complexes.

***Report of Consensus Conference – Practice Recommendations for Treatment of Veterans with Co morbid Substance Use Disorder and Posttraumatic Stress Disorder* (octobre 2009)**

Vingt-deux participants invités du département des Anciens Combattants (DVA) se sont réunis à Washinton, D.C., les 22 et 23 octobre 2009, pour former un groupe de discussion. L'objectif de ce groupe était d'élaborer des recommandations sur la façon dont les spécialistes des troubles liés à la consommation de substances (spécialistes du SSPT/des troubles liés à la consommation de substances) qui s'ajoutent aux équipes et aux services de traitement du SSPT pourraient être plus efficaces dans leur pratique clinique.

***Veterans Affairs Medical Center, Battle Creek, MI Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) Residential Rehabilitation Treatment Program (RRTP) Program Plan* (2010)**

Les programmes spécialisés sur le SSPT offerts au *Veterans Affairs Medical Center* (VAMC) de Battle Creek, au Michigan, sont conçus pour traiter les anciens combattants qui souffrent du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) par suite de leurs expériences militaires. Le SSPT découlant du service militaire affecte la vie de l'ancien combattant à plusieurs niveaux. Les modules de traitement présentés dans le cadre de

ce programme traitent des aspects négligés de la vie quotidienne par l'entremise de modules de formation qui présentent les compétences requises et nécessaires pour traiter le SSPT. Les comportements problématiques comme la culpabilité, l'intrusion, l'évitement, la colère et l'abus de substances sont traités dans des classes et des séances de thérapie de groupe. Les programmes de traitement des SSPT du VAMC, à Battle Creek, au Michigan, comprennent des services de traitement en résidence et des services de traitement en consultation externe.

***VA Residential Treatment for Posttraumatic Stress Disorder: Preliminary Report from a National Quality Improvement Effort* (mai 2011)**

Entre juillet 2008 et mars 2011, le *North East Program Evaluation Center* (NEPEC) et le conseil exécutif du *National Center for PTSD* ont mené collaborativement une analyse utilisant une méthode mixte en vue d'améliorer la qualité de tous les programmes de traitement en résidence offerts par le département des Anciens Combattants à l'échelle du pays. Les objectifs de cette analyse étaient multiples. L'analyse a tenté de : 1) déterminer les éléments de traitement que le personnel considère les plus efficaces pour favoriser le rétablissement des anciens combattants souffrant d'un SSPT; 2) créer une carte descriptive des services et des traitements offerts à l'échelle du pays; 3) établir un réseau de communication entre les programmes de traitement du SSPT en résidence afin de favoriser l'échange d'information sur la conception et le fonctionnement des programmes.

« De l'ombre à la lumière – La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada » (mai 2006)

Il s'agit d'une étude nationale sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie dirigée par l'honorable Michael J. L. Kirby, à laquelle ont participé 12 membres du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Le rapport a eu d'importantes répercussions sur les questions de santé mentale et sur l'élaboration des politiques en matière de santé mentale au Canada.

ANNEXE D – Services en clinique interne pour les anciens combattants : comparaison avec l'approche australienne et l'approche américaine

Les Américains et les Australiens ont beaucoup plus d'expérience que le Canada au niveau de la participation directe à des conflits armés et du syndrome de stress prost-traumatique lié au combat (ces deux pays ont envoyé des troupes au Vietnam) américaines et australiennes. Afin de tirer avantage des leçons des approches en matière de soins et de traitements des SSPT plus complexes présentant des comorbidités avec d'autres problèmes de santé mentale, comme la dépression, les dépendances (à l'alcool et à d'autres drogues) ou les troubles anxieux, l'équipe d'évaluation a mené des entrevues auprès d'experts en la matière des États-Unis et de l'Australie. Un examen d'études et de documents a complété les informations obtenues dans le cadre des entrevues, et ces deux sources d'information ont éclairé la préparation de ce document comparatif.

Australie

Bref historique de la mise sur pied des établissements

Après la Seconde Guerre mondiale, les hôpitaux d'anciens combattants de l'Australie ont graduellement été mis sur pied dans les différents états du pays prénomène qui s'apparente à l'expérience au sein des provinces canadiennes. Le pays comptait huit (8) de ces hôpitaux d'anciens combattants qui avaient initialement été privatisés, avant d'être transférés à l'État; seuls un ou deux de ces hôpitaux sont demeurés des établissements privés. Aujourd'hui, **chaque état compte un établissement de soins internes** pour permettre aux anciens combattants de se rendre dans un établissement qui se trouve à une proximité raisonnable du lieu où ils habitent. En plus de ces hôpitaux situés dans les divers états, l'Australie compte également plusieurs établissements privés; en conséquence, chaque état compte de un à trois établissements vers lesquels les anciens combattants peuvent être aiguillés. Comme les maladies mentales graves sont traitées dans les hôpitaux situés dans les divers états (selon un modèle de soins de courte durée pour une période de 7 à 10 jours), les anciens combattants « en situation de crise » sont aiguillés vers ces hôpitaux. Pour être admis, leur problème de santé mentale doit être grave. Ainsi, la plupart des anciens combattants n'auront pas recours à ces établissements. Les anciens combattants australiens sont habituellement traités dans un hôpital privé ou dans un hôpital offrant des services de consultations externes.

Il est intéressant de noter que les établissements situés dans les divers états ont déjà été administrés et gérés comme des programmes d'entraide non professionnels qui avaient été mis sur pied dans des cliniques communautaires indépendantes par des anciens combattants du Vietnam et leurs familles. Éventuellement, de fortes pressions ont été exercées afin que ces cliniques soient transférées à l'État, où des équipes multidisciplinaires (ne comprenant aucun psychiatre) offrent maintenant des traitements

aux anciens combattants. Les Australiens constatent que le processus fonctionne bien et que les établissements communautaires aiguillent les cas d'anciens combattants les plus complexes vers le programme le plus intensif. Une fois qu'il a reçu son congé, le patient est redirigé vers la clinique communautaire pour des services de suivi en consultation externe. Les cliniques communautaires jouent donc un rôle important sur le plan de la continuité du traitement au sein de chaque état, particulièrement au niveau des soins offerts en clinique externe. Dans les régions les plus éloignées, les patients peuvent se faire traiter dans des cabinets de médecins privés ou des bureaux communautaires locaux, et le département des Anciens Combattants est facturé directement.

Évolution des structures de traitement pour le SSPT

Il existe des similitudes dans la nature des symptômes que présentent les vétérans de canadiens de l'ère moderne et ceux qui ont manifestés les anciens combattants du Vietnam qui sont revenus en Australie dans les années 1970. Les anciens combattants du Vietnam étaient plus en colère et manifestaient des symptômes plus imprévisibles, du jamais vu pour les fournisseurs australiens à qui il a fallu un certain nombre d'années pour s'adapter. Les hôpitaux des états, ou les hôpitaux transférés, répondaient à leurs besoins en offrant des services de traitement d'urgence et de stabilisation, de courte durée et continus, sans toutefois tenir compte suffisamment de l'aspect lié à la qualité des soins offerts par les fournisseurs dans l'équation.

Le département des Anciens Combattants de l'Australie a reconnu que l'expertise en SSPT n'était pas aussi solide qu'on l'avait espéré, ce qui a conduit à la création du *Australian Centre for Posttraumatic Mental Health* (ACPMH) qui fut établi en 1995 à l'Université de Melbourne. Les services du ACPMH ont été retenus pour assurer la conception et la mise en place de programmes de traitement du SSPT pour le compte du département des Anciens Combattants. De dix à douze établissements en Australie offrent aux anciens combattants des programmes axés sur le traitement du SSPT qui sont financés par le département des Anciens Combattants, et recourent aux programmes de formation élaborés par le ACPMH, notamment la formation qui porte sur leur contenu – l'élaboration des exigences en matière de profil de dotation et de structure de programmes, de même que les spécifications relatives à l'admission et au congé. On s'attendait à ce que les programmes portent spécifiquement sur les traumatismes et à ce qu'ils soient à la fois éducatifs et axés sur les compétences. ***Au début, l'Australie a mis à l'essai et modélisé tous les programmes internes, puis a modélisé les programmes externes et les programmes alternatifs, comme l'hôpital de jour. Elle a également mis à l'essai des modèles à l'échelle communautaire et a constaté qu'il y avait très peu de différence au niveau des profils des anciens combattants et des résultats cliniques obtenus.***

Lorsque les clients sont aux prises avec des problèmes comorbides, l'ensemble de symptômes peut représenter un défi sur le plan du traitement. À l'heure actuelle, ces clients sont les seuls à être aiguillés vers des programmes internes. **L'Australie a déjà traité un plus grand nombre de personnes dans le cadre des programmes**

internes, mais elle a constaté que les résultats obtenus étaient presque les mêmes que dans le cas des programmes externes et les programmes offerts dans des hôpitaux de jour. Elle a donc commencé à traiter la plupart des clients dans le cadre de programmes externes d'une durée de 4 semaines, à raison de 2 à 3 jours par semaine, offerts dans un hôpital de jour au sein de leur propre collectivité. La distance que devait parcourir l'ancien combattant était moindre, sans compter que le fait d'être traité dans sa propre collectivité lui permettait d'éviter la stigmatisation associée à un séjour dans un hôpital, ce qui remettait en question la conception antérieure au niveau de la structure de traitement.

Une étude australienne intitulée ***Naturalistic Comparison of Models of Programmatic Interventions for Combat-related Post-traumatic Stress Disorder***, qui a été réalisée en 2008 et publiée dans le *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 42, 1051-1059 (2008), examine l'efficacité de structures de traitement différentes, en comparant « les résultats de traitement d'anciens combattants australiens souffrant d'un SSPT et ayant participé à un éventail de modèles de traitements collectifs [traduction] ». Quelque 4 339 anciens combattans souffrant d'un SSPT lié au combat « qui ont participé à l'un des cinq types de programmes offrant des thérapies cognitivo-comportementales de groupe de différente intensité et dans différents milieux [traduction] » ont participé à cette étude. Les résultats montrent que, **« bien que d'importantes améliorations des symptômes soient devenues évidentes au fil du temps, et ce, pour chaque type de prorgramme, il n'y avait aucune différence marquée entre les résultats obtenus par les différents programmes [traduction] »**. La conclusion de cette étude est importante, compte tenu de son incidence sur la planification future des services psychiatriques destinés aux anciens combattants :

« *Cette étude montre que des résultats comparables sont obtenus pour tous les types de programmes de traitement des SSPT, quelle qu'en soit l'intensité. Les données laissent entendre que les résultats pourraient être optimisés si les anciens combattants étaient placés dans les types de programmes dont l'intensité correspond au niveau de gravité du SSPT et des problèmes comorbides. Lorsqu'il est impossible d'établir une telle correspondance, les programmes d'intensité moyenne semblent donner les résultats les plus constants. Les données indiquent également que le fait de dispenser des traitements aux anciens combattants qui vivent en région dans un établissement local ne nuit pas aux résultats obtenus, et que cela pourrait même les améliorer*. Ces résultats, mêmes s'ils nécessitent réplication, ont d'importantes répercussions sur la planification et l'achat de services de santé mentale pour les personnes souffrant d'un SSPT, particulièrement dans le cas des anciens combattants ayant participé à des opérations de combat ou à des déploiements de maintien de la paix plus récents. »

Le virage le plus récent entrepris par les Australiens a été l'introduction de la clinique itinérante dont les activités se concentrent dans les régions rurales. Ce modèle réunit une équipe de professionnels qui se rend dans les régions où un groupe de clients (un minimum de 5 clients présentant un traumatisme lié au combat) a besoin de soins. Cette clinique est habituellement instaurée dans un établissement communautaire qui se trouve dans la localité des anciens combattants. Les Australiens ont constaté que les résultats obtenus sont similaires sinon meilleurs, étant donné que l'ancien combattant n'a pas besoin de quitter sa famille. ***En résumé, les modèles de patients de jour et les modèles de soins dispensés dans les régions financés par le département des Anciens Combattants démontrent de très bons résultats.***

Les Australiens reconnaissent que seule une minorité d'anciens combattants souffriront d'une affection qui deviendra aiguë et nécessiteront des soins en clinique interne. **En conséquence, les aiguillages se font au cas par cas**. Les indications cliniques justifiant un aiguillage vers un programme de soins en clinique interne comprennent des antécédents et des symptômes de SSPT observés. Un aiguillage vers un programme de traitement en clinique interne n'est pas toujours simplement une mesure prise dans le cas de personnes souffrant d'un SSPT grave, mais vise également les personnes qui souffre d'un SSPT présentant une comorbidité avec d'autres problèmes de santé mentale, comme une toxicomanie ou une dépression (ou les deux) ou des signes de risques d'automutilation. **Les établissements de traitement des traumatismes qui adoptent le modèle de l'hôpital de jour obtiennent de très bons résultats. Les personnes n'ont qu'une seule chance d'être aiguillées vers ces programmes, car ils sont très dispendieux. L'Australie a intégré ces établissements dans les collectivités, a amélioré les compétences du personnel et a ainsi accru la capacité des cliniques à l'échelle communautaire.**

Futurs patients/clients

L'étude australienne susmentionnée (2008) a indiqué ce qui suit « Les résultats peuvent guider la planification des services psychiatriques pour les vétérans plus jeunes qui reviennent d'opérations militaires récentes et qui demanderont vraisemblablement d'avoir accès à des structures de traitement et des milieux souples et novateurs [traduction] ». Lorsque l'équipe d'évaluation d'ACC a demandé d'obtenir des précisions sur ce que laissait entendre cet énoncé, un des auteurs de l'étude a donné une explication plus complète. Le jeune vétéran typique qui a vécu le conflit en Afghanistan fait partie d'une autre génération, et l'étape où il en est dans sa vie est le déclencheur de ce besoin. ***Les nouveaux vétérans s'attendent à ce que les services qui leurs sont offerts soient souples et ciblés***, et à ce que les fournisseurs de soins de santé les approchent. Par conséquent, l'Australie a dû intensifier les services offerts en consultation externe. L'expérience des anciens combattants du Vietnam a été un polygone d'essai pour de nombreuses leçons apprises, notamment le fait que bon nombre d'entre eux en étaient à leur troisième mariage. Par ailleurs, les nouveaux vétérans n'en étaient qu'à leur premier mariage, avaient de très jeunes enfants et craignaient que la famille s'effondre si le couple devait être à nouveau déplacé en vue de subir des traitements en matière de santé mentale. ***Les fournisseurs de soins de santé de l'Australie ont reconnu que, pour la nouvelle génération d'anciens combattants, la famille représente tout ce qu'ils ont dans la vie. Leur participation au traitement en matière de santé mentale est par conséquent motivée par leur besoin de souplesse et d'accessibilité à des soins et traitements en matière de santé mentale qui seraient offerts dans les établissements locaux. La flexibilité offerte par l'Australie ne s'est pas avérée trop coûteuse sur le plan des résultats des programmes, mais elle a donné d'énormes résultats sur le plan de l'engagement continu auprés au client.*** **Autrement, il pourrait être difficile de susciter l'engagement des nouveaux vétérans.**

Pour ce qui est de la base sur laquelle s'appuyer pour faire des prédictions concernant la population cible dans l'avenir, selon l'expérience australienne des personnes atteintes de SSPT, cette population cible est constituée de 6 à 13 p. 100 des troupes actives, et de ce nombre, moins de 10 p. 100 nécessiteront vraisemblablement des soins et des traitements offerts en clinique interne. Les chiffres de l'Australie sur la prévalence devraient être prêts dans 6 à 12 mois.

États-Unis

Structures de traitement pour le SSPT

Les États-Unis offre une vase gamme d'établissements et de services à sa population d'anciens combattants. En consultant le site Web du département des Anciens Combattants (DVA) des États-Unis, il est évident que de nombreuses options en matières de soins et de traitements sont offertes aux anciens combattants souffrant d'un SSPT, notamment les suivantes :

[Traduction libre]

Programmes externes spécialisés de traitement du SSPT (PESTS)

Les PESTS sont offerts dans le cadre de trois types de cliniques. À l'une de ces cliniques (non-résidence), l'ancien combattant peut rencontrer un fournisseur sur une base régulière.

- **Des équipes cliniques de traitement du SSPT** offrent un traitement de groupe et un traitement individuel.
- **Des équipes de traitement du SSPT et d'usage de substances** traitent des problèmes concomitants de SSPT et de toxicomanie.
- **Des équipes de traitement pour les femmes souffrant d'un trouble de stress** fournissent aux anciennes combattantes un traitement de groupe et un traitement individuel.

Programmes spécialisés de traitement intensif du SSPT (PSTIS)

Les PSTIS offrent des services de traitement du SSPT au sein d'une « communauté thérapeutique ». Bon nombre d'entre eux sont des programmes résidentiels (en résidence). Activités offertes : activités sociales, récréatives (relaxation) et professionnelles (travail), de même que des séances de counselling.

- **Des programmes de traitement du SSPT dans un hôpital de jour** sont offerts en consultation externe. Ils offrent un traitement individuel ou de groupe, soit de 4 à 8 heures par séance. Les patients peuvent se présenter tous les jours ou plusieurs fois par semaine.
- **Des unités d'évaluation et de traitement du SSPT de courte durée** offrent un traitement du SSPT pendant une brève période pouvant aller de 14 à 28 jours.
- **Des programmes de réadaptation du SSPT en résidence** offrent des services de traitement de SSPT et de gestion de cas. L'objectif est d'aider la personne qui

a vécu un traumatisme à reprendre une vie saine au sein de la collectivité. Les séjours tendent à durer de 28 à 90 jours.

- **Des unités spécialisées du traitement en clinique interne** offrent un traitement axé sur le traumatisme. Séjours dans un hôpital de jour d'une durée de 28 à 90 jours.
- **Des programmes de traitement du SSPT et de l'usage de substances** offrent une combinaison de services d'évaluation, d'éducation et de counselling pour un SSPT accompagné de problèmes d'usage de substances. Les séjours des personnes admises à ces programmes sont d'une durée de 14 à 90 jours.
- **Des programmes de traitement du SSPT en résidence** offrent un traitement en résidence pendant une période de temps déterminée. L'objectif est d'aider l'ancien combattant à se rétablir avant d'être dirigé vers un programme de soins de santé mentale en consultation externe.
- **Un programme de rétablissement pour les femmes ayant subi un traumatisme** qui a été lancé en 1982 par le DVA à Palo Alto, en Californie. Ce programme de traitement en résidence met l'accent sur le stress lié à une zone de combat, ainsi que sur les traumatismes sexuels militaires (TSM). Dans le cadre de ce programme, les anciennes combattantes peuvent travailler à l'acquisition des compétences nécessaires pour être à l'aise avec d'autres personnes. Ce programme est d'une durée de 60 jours.

Autres options

Certains centres médicaux administrés par le DVA offrent maintenant des cliniques sans rendez-vous. En se présentant à la clinique de soins primaires, un vétéran peut être vu le jour même par un fournisseur de soins de santé mentale.
Voici d'autres établissements administrés par le DVA où un ancien combattant peut recevoir un traitement pour un SSPT :

- **Des cliniques communautaires de consultation externe (CCCE)** offrant des programmes de soins primaires dispensés dans un établissement local, y compris des services de soins en santé mentale (à certains endroits).
- **Les *Vet Centers***, qui sont administrés par le *Readjustment Counseling Service* du DVA. Ces centres sont situés à l'extérieur des établissements médicaux; plusieurs travailleurs sont des anciens combattants et les *Vet Centers* fournissent une gamme de services de counselling et d'aide pour accéder à d'autres programmes.

<u>Soins offerts en clinique interne</u>

Il y a 42 programmes de traitement en résidence à travers les États-Unis. **Selon les experts en la matière américains, ces programmes ne seraient plus vraiment des programmes offrant des soins en clinique interne**. (L'aspect « en résidence » ou « hébergement » est différent de la structure « réelle » des programmes internes, dans le cadre de laquelle les soins sont offerts 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, et où des préposés professionnels font partie des effectifs.) Les soins et les traitements offerts dans le cadre du programme de traitement en résidence s'apparentent toutefois

à ceux qui sont offerts dans le cadre des programmes internes. ***Un des principaux avantages de soins en résidence/en clinique interne réside dans le fait qu'ils permettent à la personne touchée de se concentrer à plein temps sur son traitement –*** il n'y a aucune distraction, ce qui serait autrement le cas dans son milieu naturel, comme des distractions occasionnées par membres de la famille, des amis ou des aspects liés au travail. Dans un milieu résidentiel, la personne peut travailler le soir sur les devoirs qu'elle doit compléter. ***Un élément fort et vital qui est présent dans un milieu résidentiel est le soutien par les pairs.*** Il appartient à l'ancien combattant de déterminer la durée de son séjour puisqu'il s'agit d'un ***traitement individualisé et adapté aux cas les plus complexes***. Les soins sont offerts 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, à raison de 5 jours par semaine, mais les activités de programme sont rares et très peu structurées pendant la fin de semaine, où l'accent est davantage mis sur les familles, particulièrement dans le cas de celles qui habitent à une distance raisonnable de l'établissement. Les anciens combattants souffrant d'un SSPT et qui manifestent des tendances suicidaires ne peuvent pas s'inscrire à un programme spécialisé de traitement du SSPT – leur état doit d'abord être stabilisé au sein d'une unité de soins psychiatriques avant de pouvoir s'inscrire à ce programme.

Le *North East Program Evaluation Center* (NEPEC) du départment des Anciens Combattants (DVA), la *Yale School of Medicine*, le *National Center for SSPT* du DVA et *Dartmouth Medical School* ont déployé un effort concerté d'amélioration de la qualité visant à :

1) Déterminer les éléments de traitement que le personnel considère les plus efficaces pour favoriser le rétablissement des anciens combattants souffrant d'un SSPT;
2) Créer une carte descriptive des services et des traitements offerts à l'échelle du pays;
3) Établir un réseau de communication entre les programmes de traitement du SSPT en résidence afin de favoriser l'échange d'information sur la conception et le fonctionnement des programmes. La méthodologie comprenant une visite des 38 établissements du DVA offrant des programmes de traitement du SSPT en résidence et founisssnt actuellement des données sur les résultats au NEPEC. Plus de 250 cliniciens ont été interrogés individuellement. Voici quelques-unes des nombreuses constatations issues de ces entrevues :

Le personnel en tant qu'élément essentiel/une approche d'équipe
Il a également été souligné que le « personnel » était une composante essentielle et efficace au traitement du SSPT en résidence. Les programmes qui tiennent régulièrement des réunions d'équipe formelles, qui ont mis en place des mécanismes de communication informels et qui interviennent dans la résolution de problèmes en groupe et dans la planification des traitements sont perçus par les membres de l'équipe comme étant les plus effifaces. Des équipes efficaces sont également considérées comme favorisant des interactions sociales positives pour les anciens combattans.

Les vétérans de l'Iraq et de l'Afghanistan
Les responsables des programmes disent qu'ils sont confrontés à des enjeux particuliers et qu'ils fournissent des solutions uniques en travaillant avec des militaires récemment rentrés au pays. Ces enjeux sont notamment les suivants : SSPT « non traité » et symptômes complexes de santé mentale observés; importantes difficultés de réadaptation; et difficulté avec les exigences liées au temps à consacrer à un traitement intensif et la réceptivité à cet égard. Les responsables de certains programmes sont en train de revoir la structurre de leur programme (p. ex., Blended Versus Era-Specific Therapy*), contenu (p. ex., activité physique), et adaptations (p. ex., inclusion de la famille, réduction de la durée du séjour) en vue de trouver des solutions efficaces en matière de soins destinés aux anciens combattants de l'Irak et de l'Afghanistan.*

Nécessité d'inclure la famille
Le soutien familial a été qualifié comme étant essentiel par les cliniciens afin de favoriser le maitien des gains d'efficacité à long terme. *Plusieurs programmes offrent des séances de psycho-éducation aux familles des anciens combattants, alors que d'autres ont lancé des initiatives comme des journées familiales, des groupes de partenaires et une thérapie de couple.*

Le profil du futur client/patient

Tout comme en témoigne l'expérience australienne, les États-Unis reconnaissent que les jeunes soldats qui reviennent de l'Afghanistan représentent un nouveau type de vétérans. ***Ceux qui participent aux opérations en campagne prennent peu à peu conscience du fait que la consommation d'alcool et d'autres drogues est devenue une pratique plus normative chez les jeunes vétérans de l'Afghanistan. Les toxicomanies chez ces jeunes vétérans découlent en fait de leur consommation d'alcool ou de drogues, qu'ils utilisent comme une forme de médicaments pour composer avec leur SSPT. Le fait pour ces jeunes vétérans de considérer la consommation d'alcool et de drogues d'un point de vue plus normatif a pour conséquence qu'ils refusent de fréquenter les cliniques de traitement des toxicomanies; en revanche, ils admettront plus volontiers souffrir d'un SSPT et répondront mieux au traitement offert dans une clinique de traitement du SSPT.*** « Les rejoindre de quelque manière que ce soit et les traiter ensuite pour les deux problèmes » semble être la stratégie dominante.

L'expérience américaine a également démontré que les vétérans plus jeunes, qui sont mariés et qui ont peut-être de jeunes enfants, ne souhaitent pas s'engager dans la voie de l'indemnisation. ***On constate actuellement qu'un pourcentage plus élevé d'entre eux se rendent compte qu'ils pourront gagner plus d'argent que ce qu'une indemnisation pourrait leur offrir, s'ils parviennent à retrouver la santé.*** Le conjoint semble jouer un rôle déterminant pour les inciter à suivre un traitement et à se rétablir.

Autres remarques sur l'expérience américaine

Environ le tiers des anciens combattants qui veulent se faire traiter pour des troubles d'usage de substances (TUS) rencontrent également les critères pour un SSPT. En 2008, plus de 22 p. 100 des patients du DVA ayant reçu un diagnostic de SSPT ont également reçu un diagnostic de TUS, avec des taux de 70 p.100 observés chez les patients hospitalisés pour un SSPT. Alors que les conflits en Afghanistan et en Iraq se poursuivaient, un nombre croissant d'anciens combattants qui se sont présentés chez les cliniciens du DVA avec un diagnostic de SSPT souffraient également d'un trouble d'usage de substances concomitant. Les patients qui présentent les deux troubles ont tendance à avoir un pronostic plus défavorables à long terme pour chacune des affections que ceux qui ne présentaient qu'un seul de ces troubles.

Le modèle de cliniques externes des États-Unis vise la sécurité, la stabilisation et l'éducation. ***Les services de gestion des troubles concomitants, soit le SSPT et l'alcoolisme, sont maintenant fournis en consultation externe.*** Des spécialistes dans le traitement du SSPT et de la toxicomanie font partie du personnel des cliniques et offrent des séances de thérapie cognitivo-comportementale, sur le plan individuel et en groupe.

Un segment de la population petit mais non négligeable a besoin de soins et de traitements plus intensifs offerts en clinique interne (comme en Australie, moins de 10 p. 100 des personnes souffrant d'un SSPT complexe). L'expérience américaine montre également qu'il faut faire les choses différemment. Les anciens combattants qui reviennent au pays veulent savoir comment régler leurs problèmes. ***Le DVA tente de rendre les traitements accessibles pour eux dans leur collectivité.*** L'ancienne notion selon laquelle les services doivent être offerts de 8 h à 16 h 30 h n'est plus jugée adéquate aux fins des soins et des traitements. ***Il est maintenant reconnu que les traitements peuvent être offerts aux anciens combattants à des heures qui leur conviennent – y compris en soirée.***

Les exigences en matière de perfectionnement du personnel doivent également être modifiées, car ***le personnel doit avoir une connaissance approfondie de l'histoire et de la culture militaires pour être en mesure de mieux comprendre leurs patients.*** Une thérapie par le traitement cognitif aide les gens à se sentir mieux. ***La relation avec le clinicien est un élément essentiel au rétablissement.***

Aux États-Unis, de nombreux anciens combattants avaient des problèmes de santé mentale avant de s'engager dans l'armée. ***Des mesures ont été prises pour qu'un dépistage soit effectué après le déploiement à un intervalle de 9 mois, ce qui permet de dépister un plus grand nombre de personnes aux prises avec d'autres troubles de santé mentale autres que le SSPT. De nombreux vétérans qui approchent l'âge de la retraite se présentent maintenant pour recevoir des traitements***. La plus grande importance accordée au SSPT et les efforts de sensibilisation déployés par le département des Anciens Combattants ont fait en sorte que ces anciens combattants sont sortis de l'ombre après avoir essayé pendant des années de réprimer de tels problèmes.

Le département des Anciens Combattants met à l'essai différentes formes de protocoles de télésanté – différents programmes à l'intention des anciens combattants qui ne veulent pas fréquenter une clinique, particulièrement ceux qui vivent dans des régions rurales. Quelques 20 000 caméras web ont déjà été installées, ce qui permet d'économiser les frais de transport.