



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

45<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 1<sup>re</sup> SESSION

---

# Comité permanent des anciens combattants

TÉMOIGNAGES

**NUMÉRO 031**

Le mercredi 22 avril 2026

---

Présidente : Marie-France Lalonde





## Comité permanent des anciens combattants

Le mercredi 22 avril 2026

• (1630)

[Français]

**La présidente (Marie-France Lalonde (Orléans, Lib.)):** Bonjour à tous.

Je vous souhaite la bienvenue à la 31<sup>e</sup> réunion du Comité permanent des anciens combattants.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement et à la motion adoptée le 25 novembre 2025, le Comité se réunit dans le cadre de son étude sur le suivi du contrat des services de réadaptation accordé à l'organisme Partenaires des services de réadaptation aux vétérans canadiens, ou PSRVC.

[Traduction]

Avant de poursuivre, je demanderais à tous les participants en personne de consulter les lignes directrices inscrites sur les cartes qui se trouvent sur la table. Ces mesures sont en place pour aider à prévenir les incidents audio et les retours de son, et pour protéger la santé et la sécurité de tous les participants, y compris les interprètes.

J'aimerais faire quelques observations à l'intention des témoins et des membres du Comité.

[Français]

Avant de prendre la parole, veuillez attendre que je vous nomme.

Si vous participez à la réunion par vidéoconférence, cliquez sur l'icône du microphone pour activer votre micro. Veuillez le mettre en sourdine lorsque vous ne parlez pas.

[Traduction]

Les personnes qui utilisent l'application Zoom peuvent choisir, au bas de l'écran, le canal d'interprétation voulu: parquet, anglais ou français. Les personnes dans la salle peuvent utiliser l'oreillette et choisir le canal souhaité.

Avant de présenter les témoins, j'aimerais régler une question de régie interne.

Plus tôt cette semaine, vous avez reçu une proposition de budget pour l'étude à venir sur le budget principal des dépenses de 2026-2027.

Plaît-il au Comité d'adopter le budget proposé?

**Des députés:** D'accord.

**La présidente:** Merci.

[Français]

J'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue à notre premier groupe de témoins.

[Traduction]

Se joint à nous par vidéoconférence Mackenzie Scharf, gestionnaire des services cliniques chez Broken Squirrel Wellness. Nous recevons aussi Michelle Massunken, cheffe de clinique au Mindspa Mental Health Centre. Enfin, nous accueillons par vidéoconférence Oliver Thorne, directeur général du Réseau de transition des vétérans.

Chaque témoin disposera de cinq minutes pour faire une déclaration préliminaire. S'ensuivra une période de questions avec les membres du Comité.

J'invite Mackenzie Scharf à prendre la parole.

Vous disposez de cinq minutes.

• (1635)

**Mackenzie Scharf (gestionnaire, Services cliniques, Broken Squirrel Wellness Ltd.):** Bonjour, tout le monde.

Je m'appelle Mackenzie Scharf. Je suis gestionnaire des services cliniques chez Broken Squirrel Wellness, sur l'île de Vancouver. Nous fournissons des services aux vétérans de notre région dans le cadre du contrat attribué à PSRVC. Mon rôle consiste à superviser les programmes cliniques, à traiter les demandes d'accès à nos services, à soutenir les prestataires de soins et à accompagner les vétérans tout au long de leur parcours de réadaptation.

J'aimerais d'abord souligner quelques aspects de notre collaboration avec PSRVC qui fonctionnent bien. D'après notre expérience, les gestionnaires de cas sont généralement très réceptifs, ils travaillent dans un esprit de collaboration et ils sont ouverts aux observations cliniques de notre équipe. Il est arrivé que des demandes de traitement soient initialement rejetées. Nous avons constaté que les gestionnaires de cas étaient souvent prêts à revoir les décisions à la lumière d'explications supplémentaires. Nous estimons que cette ouverture témoigne d'une certaine flexibilité et d'un respect pour le jugement clinique de notre équipe, des facteurs extrêmement importants dans le contexte de soins complexes.

Nous avons également constaté une certaine souplesse de la part de PSRVC à l'égard des horaires et de la prestation des services. Nous sommes situés dans une petite région de l'île, et notre accès aux autres cliniques sous contrat est limité. PSRVC a fait preuve d'une grande souplesse en nous permettant d'organiser les horaires de nos programmes de réadaptation interdisciplinaires et nos services individualisés de manière à répondre aux besoins de la communauté et des vétérans que nous servons.

Nous sommes convaincus que ces forces sont importantes et qu'elles méritent d'être préservées dans les négociations futures.

En même temps, nous tenons à profiter de l'occasion pour attirer votre attention sur des défis que nous voyons à l'échelle clinique, et ce, afin de contribuer à l'amélioration continue du système de soutien des vétérans. Si nous soulevons ces problèmes, c'est dans le but de poursuivre la collaboration afin d'aplanir les obstacles et de mieux venir en aide aux vétérans que nous sommes ici pour servir.

D'après nous, parmi les défis les plus urgents figurent le manque de cohérence et l'absence de clarté des procédures normalisées. En effet, il y a souvent de la confusion relativement aux exigences liées aux procédures à suivre. Par exemple, dans quels cas l'approbation nécessite-t-elle l'intervention d'ACC et dans quels cas les décisions relèvent-elles de PSRVC? L'incertitude ainsi créée est susceptible d'entraîner des retards et d'imposer un fardeau administratif aux cliniques. De plus, elle peut nuire à la capacité des vétérans de comprendre les soins qui leur sont offerts et de s'y retrouver.

Nous croyons qu'il y aurait moyen d'améliorer la communication entre PSRVC, Anciens Combattants et les fournisseurs de services. Il peut être perturbant pour un vétéran d'apprendre qu'une demande a été approuvée ou rejetée sans l'appui de l'équipe clinique ou avant que l'équipe soit informée de la décision, surtout pour les personnes qui reçoivent des soins psychologiques. Pareille situation peut miner la confiance et nuire à la capacité des fournisseurs de soutenir leurs clients en temps réel.

Les délais liés à la prestation des soins posent aussi problème. Il faut parfois plusieurs semaines pour franchir toutes les étapes du processus, à savoir la présentation des recommandations, l'évaluation, l'obtention de l'approbation d'ACC et l'envoi de la décision par l'intermédiaire du système. Entretemps, les vétérans n'ont pas nécessairement accès à du soutien actif. Dans certains cas, on les encourage à avoir recours à d'autres avantages, comme ceux couverts par Medavie, même si ces avantages sont conçus pour soutenir le maintien de la santé plutôt que les traitements actifs de réadaptation. De notre point de vue, cette situation soulève des questions importantes en ce qui concerne la continuité et la pertinence des soins.

Plus particulièrement, notre équipe de counselling a des préoccupations par rapport au processus de réévaluation pour les troubles psychologiques. Ce processus peut être éprouvant et contreproductif. Les réévaluations fréquentes risquent d'entraîner une interruption des soins ou une aggravation des symptômes. Les évaluations sont déjà une source d'anxiété pour de nombreux vétérans; les réévaluations peuvent renforcer leur crainte de perdre l'accès au soutien si l'on estime que leur état s'améliore. Il est donc difficile de célébrer les grands progrès qu'ils accomplissent lorsqu'ils reçoivent nos services.

En outre, les délais associés aux programmes de réadaptation et d'assistance professionnelle ne reflètent pas toujours la complexité des situations des personnes que nous soutenons. Beaucoup de vétérans sont aux prises avec des troubles physiques et psychologiques complexes qui requièrent des approches flexibles de longue durée. Les délais fixes peuvent avoir la conséquence non voulue d'augmenter leur niveau de stress et de les faire crouler sous la pression plutôt que de soutenir leur rétablissement.

Par ailleurs, nous avons observé des disparités dans le niveau de soutien que les vétérans reçoivent des gestionnaires de cas. Bien qu'ils soient nombreux à offrir d'excellents conseils à leurs clients et à bien défendre leurs intérêts, tous les vétérans ne vivent pas la même expérience en raison des différentes approches: certains se

sentent bien encadrés, tandis que d'autres ressentent de l'incertitude par rapport aux étapes à venir.

De plus, la complexité administrative est un défi constant. De nombreux vétérans ont de la difficulté à s'y retrouver seuls dans les documents à remplir et les procédures à suivre parce qu'ils souffrent de problèmes cognitifs ou de santé mentale. En l'absence de soutien adéquat, cette situation peut retarder les soins, interrompre la continuité ou renforcer le sentiment d'isolement des vétérans. Si les services offerts aux vétérans pour les aider à répondre aux exigences administratives étaient mieux connus, les vétérans pourraient focaliser toute leur attention sur leur rétablissement.

Nous espérons que PSRVC apportera des améliorations qui simplifieront la communication, qui réduiront les délais d'approbation et qui clarifieront les règles.

• (1640)

**La présidente:** Merci beaucoup, madame Scharf.

Nous passons à M. Thorne, qui dispose de cinq minutes.

**Oliver Thorne (directeur général, Réseau de transition des vétérans):** Bonjour. Merci de me donner l'occasion de prendre la parole aujourd'hui.

[Français]

Excusez-moi. Mon témoignage aujourd'hui sera uniquement en anglais, en raison des contraintes de temps et de la langue.

[Traduction]

Je m'appelle Oliver. Je suis directeur général du Réseau de transition des vétérans, un organisme de bienfaisance qui offre des programmes de counselling de groupe aux anciens membres des Forces armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada.

Depuis plus de 25 ans, nos programmes aident les hommes et les femmes en uniforme à surmonter les défis liés aux troubles de santé mentale imputables au service, en plus de les soutenir dans leur transition vers la vie civile. Aujourd'hui, nos programmes sont offerts partout au Canada, en français et en anglais, aux hommes et aux femmes, toujours sans frais.

Au moment où le Canada focalise son attention sur le recrutement, les services comme les nôtres, qui favorisent le bien-être et la réintégration des vétérans, seront plus importants que jamais pour répondre aux besoins les plus grands en fournissant du soutien communautaire de confiance.

Depuis 2012, nous sommes un fournisseur de services inscrit auprès d'Anciens Combattants Canada, ce qui signifie que le ministère couvre les frais des clients admissibles qui participent à nos programmes. Le processus d'admissibilité et d'approbation du financement a toujours été compliqué et incohérent; par conséquent, il nous arrive souvent de fournir des services aux clients d'Anciens Combattants sans recevoir de soutien financier du ministère. Ainsi, quand on a annoncé que l'administration du programme serait confiée à Partenaires des services de réadaptation pour les vétérans canadiens, nous avons bon espoir que la situation s'améliorerait. Mon témoignage aujourd'hui sera axé sur les raisons pour lesquelles il n'en a pas été ainsi, et sur l'importance de cette situation en ce qui touche les soins offerts aux vétérans.

Quand le contrat pour l'administration du programme de réadaptation professionnelle a été attribué à PSRVC, Anciens Combattants nous a dit de nous inscrire auprès de cette coentreprise à titre de fournisseur de services. Nous avons entamé le processus en février 2023, et il a fallu deux ans et quatre mois pour aller jusqu'au bout. Durant ce temps, nous avons envoyé 16 messages à PSRVC, dont 14 sont demeurés sans réponse. Notre personne-ressource a changé cinq fois, mais les informations n'étaient jamais transmises à la nouvelle personne; le processus était donc à recommencer chaque fois.

Un an après le début du processus, on nous a enfin donné la possibilité de nous inscrire, à titre de fournisseur soit affilié, soit hors réseau. Le statut de fournisseur affilié était assorti d'exigences administratives que nous n'étions pas certains de pouvoir respecter tout en continuant à placer les clients au centre de nos activités, puisque nous sommes un organisme de bienfaisance doté d'une petite équipe. Nous avons donc choisi de nous inscrire comme fournisseur hors réseau.

Une autre année plus tard, en juin 2025, on nous a informés que le processus d'inscription était terminé, mais qu'étant donné notre statut de fournisseur hors réseau, PSRVC ne pourrait pas nous adresser de clients. Nous n'avons jamais reçu cette information durant le processus d'inscription.

Au total, il a fallu 28 mois pour que notre organisme de bienfaisance apprenne que PSRVC n'allait pas aiguiller de vétérans vers notre programme fondé sur des données probantes, qui soutient efficacement les vétérans depuis plus de 25 ans.

Les lacunes dans le processus ne sont pas seulement des inconvénients d'ordre administratif; elles ont des conséquences réelles sur deux enjeux importants relatifs aux soins destinés aux vétérans au Canada.

Le premier est l'accessibilité. Nous avons comparu devant le Comité de nombreuses fois, et notre message est toujours le même: les vétérans ont des besoins particuliers qui requièrent des programmes spécialisés, accessibles et adaptés à la culture. D'après toutes les discussions que nous avons eues avec des vétérans et d'autres fournisseurs de services, PSRVC a restreint considérablement la liberté de choix des vétérans et leur accès aux programmes disponibles. Elle favorise plutôt les longues évaluations et elle repose sur une structure qui dirige les vétérans vers ses fournisseurs affiliés de prédilection. Nous aimerions savoir s'il y a une raison pour laquelle PSRVC a accordé la priorité à certains fournisseurs ou a rationalisé le processus pour certains et non pour d'autres. Est-ce en raison d'une relation antérieure, d'un partenariat officiel ou de conditions qui n'ont pas été clairement communiquées à tous?

Le deuxième enjeu important est l'état de préparation. Le Canada augmente considérablement ses dépenses militaires, et les Forces armées canadiennes redoublent leurs efforts de recrutement et étendent leurs activités opérationnelles au pays et à l'étranger. Conséquemment, il faut s'attendre à ce qu'à l'avenir, un plus grand nombre de Canadiennes et de Canadiens rentrant à la maison après leur service ait besoin de services de soutien efficaces et accessibles.

Le problème n'est pas nouveau; la même chose s'est déjà produite. Après la mission en Afghanistan, des dizaines de milliers d'hommes et de femmes revenus au pays se sont retrouvés au cœur d'un système qui n'était pas prêt à répondre à leurs besoins particu-

liers. C'est pour combler ces lacunes que notre organisme de bienfaisance a été créé.

Par ailleurs, le problème n'est pas hypothétique; il se pose en ce moment même. Nous travaillons déjà avec des vétérans qui ont participé aux opérations UNIFIER et REASSURANCE, des hommes et des femmes qui ont subi des traumatismes et des blessures morales dans le cadre de ces opérations.

À titre de fournisseur offrant des services à l'échelle nationale, nous nous préparons dès aujourd'hui à faire face à une demande croissante, et l'ensemble du système de soins destinés aux vétérans au Canada doit aussi se préparer. Pour ce faire, il faut supprimer les obstacles plutôt que les multiplier.

Le Comité a la possibilité de régler un sérieux problème structurel avant qu'il ne s'aggrave. Je vous demande donc de faire trois choses. Premièrement, vérifiez s'il existe des relations professionnelles ou financières antérieures entre les fournisseurs affiliés de PSRVC et les sociétés mères.

Deuxièmement, déterminez si la désignation « hors réseau » exclut des fournisseurs de services indépendants et reconnus. Le cas échéant, pourquoi?

• (1645)

Troisièmement, à la lumière de ces informations, prenez les mesures qui s'imposent pour faire en sorte que le système de soins offerts aux vétérans soit exempt d'obstacles inutiles et qu'il favorise l'accès à des services spécialisés et adaptés à la culture.

**La présidente:** Merci beaucoup, monsieur Thorne.

Nous passons maintenant à Mme Massunken, qui dispose de cinq minutes.

**Michelle Massunken (cheffe de clinique, Mindspa Mental Health Centre Corp.):** Merci.

Bonjour, madame la présidente, mesdames et messieurs les membres du Comité. Je vous remercie de m'avoir invitée à comparaître aujourd'hui.

Pour contextualiser brièvement ma perspective, je précise que je suis thérapeute spécialisée dans les traumatismes. Je travaille auprès de vétérans et de membres des FAC et de la GRC depuis 17 ans. Je suis aussi cheffe de clinique au Mindspa Mental Health Centre, un fournisseur affilié au réseau de PSRVC.

Depuis notre adhésion au réseau, nous avons offert des services en français et en anglais à près de 100 vétérans au Québec, en Ontario et au Canada atlantique, en personne et en ligne. Grâce à notre modèle virtuel, nous pouvons fournir des services aux vétérans qui vivent dans des collectivités rurales et éloignées, pour qui l'accès aux soins est difficile.

Au cours de ma carrière, j'ai été témoin de l'évolution du programme de réadaptation: il est passé d'un système coordonné directement par les gestionnaires de cas au modèle actuel administré par PSRVC. Aujourd'hui, j'aimerais présenter une perspective équilibrée des éléments qui fonctionnent bien et des aspects où des améliorations s'imposent.

Commençons par les points forts. J'ai constaté une amélioration de l'accès aux soins, en particulier pour les vétérans des régions éloignées. Nombre d'entre eux peuvent maintenant entrer en contact avec des prestataires compétents de manière plus rapide, sans avoir à se débrouiller seuls pour s'y retrouver dans le système. Il y a donc moins d'obstacles, et les vétérans peuvent commencer leur traitement plus rapidement.

À titre d'exemple, j'ai travaillé récemment avec un gestionnaire de cas d'ACC pour coordonner les soins d'un vétéran qui n'était pas encore inscrit au programme de réadaptation. Il a fallu plusieurs semaines pour fixer le premier rendez-vous. Par comparaison, avec PSRVC, une fois qu'un spécialiste des services de réadaptation intervient, il est souvent possible de prendre rendez-vous en quelques jours. La différence entre les délais est importante, en particulier pour les vétérans dont le besoin d'aide est urgent.

Nous en avons vu un exemple au début de notre collaboration avec PSRVC. Un de nos premiers clients dans le cadre du programme était un vétéran incarcéré. Normalement, il aurait été très difficile pour lui d'obtenir des soins, mais grâce au programme, il a pu suivre un traitement pendant qu'il purgeait sa peine. Nous avons constaté des améliorations nettes et mesurables de son humeur et de son fonctionnement général.

Par ailleurs, quand le modèle fonctionne bien, il favorise une étroite collaboration interdisciplinaire et une coordination des soins entre les fournisseurs. J'ai aussi constaté une uniformisation des pratiques de présentation de rapports, ainsi qu'une utilisation de mesures des résultats pour suivre les progrès et orienter les soins.

Cela dit, un des plus grands problèmes que j'ai connu dès le début, et dont on continue de parler au Comité et dans les témoignages entendus aujourd'hui, c'est un manque de clarté et de compréhension par rapport aux détails du programme. Lorsqu'il n'est pas pallié, ce manque de clarté a de réelles conséquences cliniques. Pour cette raison, je me suis fixé comme priorité de maintenir la communication entre notre équipe et l'équipe de PSRVC, qui comprend Peter Adams et la Dre Karen Bourgeois. Nous recevons de l'aide quand nous demandons des clarifications.

Un autre enjeu se rattache de près à ce problème: les vétérans craignent d'être exclus du programme ou de perdre l'accès aux services. Bien qu'il soit délibéré et important que le programme de réadaptation soit structuré et que sa durée soit limitée, ces informations ne sont pas toujours bien communiquées. Par conséquent, certains vétérans trouvent le programme rigide et ressentent beaucoup de pression.

Je tiens à souligner que le système fonctionne bien quand il ouvre la porte à la flexibilité et au jugement clinique. À titre d'exemple, j'ai travaillé avec une vétérane libérée pour des raisons médicales attribuables au TSPT. Elle avait déjà été soumise à une évaluation globale. Une réévaluation risquait de la déstabiliser et n'était donc pas cliniquement indiquée. En collaboration avec son gestionnaire de cas d'ACC, nous avons modifié le plan pour passer directement à une détermination de la diminution de la capacité de travail.

C'est ainsi que le système est censé fonctionner; toutefois, les efforts qui ont dû être déployés et les précisions qui ont dû être obtenues ne sont pas toujours à la portée des vétérans ou des fournisseurs de services.

Dans l'ensemble, ce que je constate, c'est que le modèle repose sur des bases solides et qu'il a des retombées évidentes, mais qu'il est aussi possible d'en améliorer la mise en œuvre sur le terrain. Le programme sert déjà de nombreux vétérans avec efficacité; maintenant, l'occasion s'offre à nous de faire fond sur ces résultats positifs et de faire en sorte qu'il fonctionne bien pour tout le monde.

En conclusion, PSRVC représente une étape importante dans l'évolution de la prestation des services de réadaptation. Il a amélioré l'accès, la structure et la coordination. Pour qu'il atteigne son plein potentiel, il doit être clair, cohérent et bien compris. Lorsque ces éléments seront mis en place, le programme sera susceptible de transformer profondément la vie des vétérans qu'il sert.

Je vous remercie pour votre attention.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Nous passons à la première série de questions. Chaque député disposera de six minutes.

Comme je l'ai déjà dit aux participants en ligne, je vais gérer de manière très stricte le temps de parole des députés. Je vous présente donc mes excuses à l'avance si jamais je dois vous interrompre.

Nous commençons avec M. Richards pour six minutes.

• (1650)

**Blake Richards (Airdrie—Cochrane, PCC):** Merci.

Tout d'abord, je demanderais aux témoins de répondre par oui ou par non.

Je vais commencer avec vous, madame Massunken. Je vais ensuite m'adresser aux témoins qui participent en ligne.

Avant que le contrat ne soit accordé à PSRVC, vous ou votre organisation avez-vous fourni des services de réadaptation aux vétérans? Je vous demanderais de répondre par oui ou par non s'il vous plaît.

**Michelle Massunken:** Non.

**Blake Richards:** Très bien.

Madame Scharf, qu'en est-il pour vous?

**Mackenzie Scharf:** Oui.

**Blake Richards:** Monsieur Thorne, aviez-vous fourni ces services?

**Oliver Thorne:** Oui. La majorité de nos clients d'Anciens Combattants Canada participent au Programme de services de réadaptation et d'assistance professionnelle.

**Blake Richards:** J'entends mal les témoins.

Très bien. Ma prochaine question s'adresse à vous, monsieur Thorne.

J'ai été frappé par les efforts que vous avez déployés pour devenir un fournisseur de services ou pour le demeurer. Vos démarches se sont échelonnées sur 28 mois. Vous avez envoyé 16 messages — dont 14 sont restés sans réponse — à 5 personnes-ressources différentes, tout cela pour découvrir au bout du compte que les demandes que vous vouliez présenter étaient inutiles parce que le processus avait déterminé que vous ne pouviez pas fournir de services aux vétérans.

La question que je voudrais vous poser — que je poserai peut-être aussi à Mme Scharf — est la suivante: quelles répercussions a sur les vétérans le fait d'apprendre que le fournisseur de services avec qui ils ont bâti un lien de confiance sera remplacé par quelqu'un d'autre? Visiblement, le processus dont vous avez parlé, monsieur Thorne, est très difficile à suivre pour les fournisseurs de services. Dans certains cas, quoi qu'ils fassent, leur demande n'est même pas approuvée, à l'instar de ce qui vous est arrivé.

En fait, je voudrais vous demander avant tout comment, selon vous, les petites cliniques s'en tireront si une organisation de services aux vétérans de votre importance — vous êtes l'une des principales — a eu autant de mal à suivre le processus. Ce doit être beaucoup plus ardu pour elles. Il vous a fallu 28 mois. Voilà ma première question.

Ma deuxième question est la suivante: quelles répercussions a sur les vétérans le fait d'apprendre qu'ils changeront de fournisseur de services parce que le programme ne semble pas prévoir de processus qui leur permette de conserver le prestataire avec qui ils travaillent?

**Oliver Thorne:** Il y a deux points à soulever. Je parlerais tout d'abord de la situation des petites cliniques.

**La présidente:** Nous arrêtons le chronomètre.

Monsieur Thorne, je vous demanderais d'attendre quelques instants. Malheureusement, nous éprouvons des problèmes techniques avec le son. Nous allons vérifier...

Ce que vous n'avez pas entendu, monsieur Thorne, c'est que Mme Gaudreau vous entend parfaitement bien, contrairement à ceux qui vous écoutent en anglais, malheureusement. Nous avons beaucoup de... Parlez-nous un peu du temps qu'il fait chez vous, s'il vous plaît.

**Oliver Thorne:** D'accord.

La journée a commencé sous le soleil et avec des températures assez douces, mais le temps va se refroidir. Les prévisions indiquent de la pluie plus tard dans la journée.

M'entendez-vous bien?

**La présidente:** Oui. C'est un peu mieux.

Je suis désolée de vous avoir interrompu. Vous pouvez reprendre du début votre réponse à la question de M. Richards.

**Oliver Thorne:** D'accord. Merci beaucoup.

Je vais peut-être soulever trois points: les répercussions sur nous, les répercussions sur les petites organisations et les répercussions sur les vétérans.

Tout d'abord, je tiens à préciser que nous ne cesserons pas de recevoir du financement d'Anciens Combattants Canada. Nous pouvons encore soumettre des demandes au processus d'approbation directement au ministère et à Medavie, mais les incohérences du système rendent encore le tout quelque peu laborieux. Nous espérons que PSRVC, dans le cadre de son rôle d'administrateur du programme de réhabilitation professionnelle — auquel participent la majorité de nos clients d'Anciens Combattants —, allait rationaliser... Ce n'est pas arrivé. C'était difficile, sinon impossible, de leur parler. Pendant la majeure partie de cette période de 28 mois, c'était le silence radio. Ils n'ont répondu à aucun de nos messages. Depuis que le contrat est attribué à PSRVC, notre taux d'approbation pour

les clients d'Anciens Combattants a diminué de 30 %, même si le nombre de clients du ministère est resté le même.

En un sens, les répercussions sur les vétérans et sur notre organisation sont minimales parce que nous ne refuserons jamais de clients qui ne reçoivent pas de financement du gouvernement. Nous allons puiser dans les généreux dons des Canadiens, des fondations et des organismes de bienfaisance pour nous assurer que le programme reste accessible. Toutefois, il nous faudra réduire la prestation de ces programmes parce que les systèmes en place au gouvernement ne nous envoient pas d'argent pour nos clients d'Anciens Combattants. Nous ne refuserons jamais de clients parce que les deux tiers des participants à nos programmes ont eu des idées suicidaires très récemment.

Ensuite, les répercussions sur les petites organisations, plus particulièrement sur les organisations axées sur une mission comme la nôtre, qui dépensent seulement 15 % de chaque dollar en frais d'administration... Nous n'avons pas de vraie équipe administrative qui pourrait s'occuper d'un processus de demande de deux ans et des échanges de courriels avec les fonctionnaires. Nous dépensons 85 ¢ de chaque dollar sur les soins prodigués aux vétérans. C'est ce que nous devrions faire comme organisme de bienfaisance et c'est ce à quoi s'attendent nos donateurs. Contrairement à d'autres fournisseurs, nous ne sommes pas en mesure de composer avec ce fardeau administratif, d'autant plus que les organisations axées sur une mission comme la nôtre doivent réduire au minimum leurs frais généraux. Les répercussions de ce contrat sont à mon avis les mêmes pour les autres organismes de bienfaisance, les organismes sans but lucratif et les organisations axées sur une mission.

● (1655)

**Blake Richards:** Je vais poser à Mme Scharf la même question, mais auparavant, pourriez-vous, monsieur Thorne, nous décrire en gros quelle serait la solution? Que faut-il faire pour régler le problème?

**Oliver Thorne:** J'ai l'impression que le problème est peut-être du même ordre que les problèmes observés dans les systèmes d'Anciens Combattants, qui ne sont pas faits pour reconnaître toute la palette des fournisseurs de services. Les systèmes comprennent très bien ce qu'est une clinique de counseling, mais ils semblent toutefois avoir du mal à intégrer une organisation nationale comme la nôtre, qui est enregistrée dans 8 ou 10 provinces, qui compte divers collèges et qui présente toutes sortes de particularités telles que la prestation d'un programme de soins ambulatoires qui ne se fait pas sur une base hebdomadaire. Les systèmes n'ont aucun mal à reconnaître les cliniques, mais ils peinent à reconnaître les services spécialisés comme ceux que nous offrons. Mes constatations sont plutôt minces parce que nous avons reçu très peu d'informations de la part de PSRVC. Je vais m'arrêter là.

**Blake Richards:** Merci.

Madame Scharf, quelle est votre expérience...

**La présidente:** Je suis vraiment désolée. Je viens d'apprendre que nous avons dépassé le temps de 15 secondes. Vous pourrez y revenir à la prochaine série de questions.

**Blake Richards:** D'accord. J'aurai peut-être la chance de poser ma question plus tard.

**La présidente:** Je cède la parole à Mme Hirtle pour six minutes.

**Alana Hirtle (Cumberland—Colchester, Lib.):** Merci, madame la présidente.

Madame Scharf, je vais commencer avec vous. Vous avez travaillé pendant plusieurs années à la 19<sup>e</sup> Escadre Comox, dans le domaine des loisirs et du conditionnement physique. Selon ce que vous avez remarqué pendant cette période, quels sont les besoins des militaires en service et de leur famille sur le plan du mieux-être?

**Mackenzie Scharf:** Puisque je faisais partie de l'équipe du programme de soutien du personnel, j'en savais très peu sur les services offerts aux membres après leur libération des forces.

Je peux parler de mon travail avec les militaires dans le domaine du conditionnement physique. Il n'y avait pas assez de... Au gymnase, les vétérans avaient accès aux services offerts à la 19<sup>e</sup> Escadre même après leur départ de l'armée. Nous observions une déconnexion. Une fois libérés de l'armée, les vétérans semblaient perturbés lorsqu'ils retournaient au gymnase. C'était très difficile pour eux de se retrouver parmi les militaires en service. Comme employés du programme de soutien du personnel, nous avions des questions à poser dans le cadre du test FORCE aux militaires qui ne répondaient pas aux exigences à remplir pour rester dans les forces ou qui voulaient être libérés pour des raisons médicales.

Personnellement, je ne savais pas ce qui était offert aux membres libérés des forces, mais j'ai assurément remarqué chez eux une déconnexion par rapport à cette communauté et une sorte d'isolement social.

**Alana Hirtle:** Merci.

Pendant que vous étiez à la base, quels problèmes de santé mentale et physique remarquiez-vous?

**Mackenzie Scharf:** C'est dans le volet de la santé physique que je cumule le plus d'expérience. Nous avions des militaires qui réalisaient leur test FORCE et qui se rétablissaient de blessures chroniques subies pendant leur service. Nous les rencontrions dans le cadre du programme de remise en forme physique pour les aider à remplir de nouveau les exigences physiques liées aux tests. Après cette étape, toutefois, je n'avais plus de contacts avec eux. Mon travail se limitait strictement à l'entraînement personnel.

• (1700)

**Alana Hirtle:** C'est parfait. Merci.

Quels soutiens étaient facilement accessibles à la base? Les militaires étaient-ils en mesure de trouver de l'aide ailleurs? Le savez-vous? En avez-vous une idée?

**Mackenzie Scharf:** Ce ne sont pas des informations qui se rattachent au rôle que j'assumais. Je m'occupais strictement des programmes d'entraînement personnel et de remise en forme. Nous travaillions avec un spécialiste de l'exercice physique, qui aidait les militaires aux prises avec des problèmes plus complexes ou chroniques. Je n'étais pas au courant des aspects autres que l'entraînement physique.

**Alana Hirtle:** C'est formidable. Merci beaucoup.

J'aurais quelques questions pour Mme Massunken. Selon votre expérience clinique, y compris votre travail au ministère de la Défense nationale, comment se passait la prestation de soins de santé mentale auprès des vétérans?

**Michelle Massunken:** J'ai remarqué que la transition est une des questions qui reviennent le plus souvent — l'identité, l'adaptation à la vie civile et l'orientation dans le système de soins de santé en tant que civil et non plus comme membre actif des forces. L'un des prin-

cipaux défis serait à mon avis l'ajustement aux nuances de la vie civile.

**Alana Hirtle:** Je peux imaginer que c'est difficile.

Avez-vous remarqué des besoins similaires dans le cadre de votre travail avec les vétérans?

**Michelle Massunken:** Oui. Je pense que les principales choses à surmonter pour les vétérans sont le deuil de leur identité et la construction d'une nouvelle identité sociale ainsi que les démarches à entreprendre pour trouver un médecin de famille ou pour se débrouiller dans le système de santé. Ce sont des choses que j'ai souvent constatées chez les vétérans avec qui je travaillais et avec qui j'ai travaillé.

**Alana Hirtle:** D'accord. Merci.

Je pense que vous avez également mentionné un programme virtuel. Pourriez-vous expliquer la différence entre les séances ou le programme en personne et le programme virtuel que vous avez mis en place?

**Michelle Massunken:** Les soins en santé mentale en ligne sont devenus aussi efficaces que les soins prodigués en personne. Nous en sommes au point où tout accès au soutien est préférable à l'absence de soutien. Il y a des interventions comme la thérapie DEMO, qui devraient idéalement être faites en personne, mais qui peuvent aussi avoir lieu virtuellement.

Il y a beaucoup de similitudes entre les soins en ligne et les soins en personne.

**Alana Hirtle:** Pourriez-vous expliquer ce que veut dire le sigle DEMO?

**Michelle Massunken:** Oui. DEMO est la forme abrégée de déconditionnement émotionnel par les mouvements oculaires. La thérapie recourt à différents outils, comme des bâtons incandescents, mais l'idée est de faire une simulation bilatérale. Le prestataire peut donner la thérapie en ligne en montrant au patient comment faire lui-même les techniques.

**Alana Hirtle:** D'accord. C'est vraiment génial. Je suis plutôt du type à pratiquer la méditation.

Vous avez beaucoup parlé des défis. Dans les 30 secondes qu'il nous reste, auriez-vous une ou deux suggestions à faire pour améliorer le service?

**Michelle Massunken:** Je suggérerais d'abord d'énoncer des attentes claires et de les expliquer comme il se doit aux vétérans qui amorcent le programme pour qu'ils sachent à quoi s'en tenir s'ils décident d'aller de l'avant ou d'amorcer un programme de réadaptation. La gestion des attentes sera très importante et cette tâche incomberait au gestionnaire de cas parce que c'est souvent lui qui établit le contact initial avec les vétérans avant le début du programme. Il faut dire aux gestionnaires de cas et aux vétérans très tôt dans le processus en quoi consiste le programme et leur en expliquer les attentes qui y sont rattachées.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Je voudrais signaler aux témoins que la prochaine intervenante, Mme Gaudreau, s'adressera à vous en français. Je vous inviterais donc à porter votre oreillette et à vérifier que vous avez choisi la bonne langue.

[Français]

Madame Gaudreau, vous avez la parole pour six minutes.

**Marie-Hélène Gaudreau (Laurentides—Labelle, BQ):** Merci, madame la présidente.

J'ai entendu M. Thorne mentionner que les vétérans représentent une population unique.

Madame Massunken, cette affirmation est-elle vraie?

[Traduction]

**Michelle Massunken:** Les vétérans sont une population unique. Ils ont leur propre culture, et leurs expériences sont différentes de celles des civils. Je suis tout à fait d'accord pour dire qu'ils forment une population unique pour plusieurs raisons.

[Français]

**Marie-Hélène Gaudreau:** Merci.

Madame Scharf, qu'en dites-vous?

[Traduction]

**Mackenzie Scharf:** Je suis aussi de cet avis. Les vétérans que nous soutenons à la clinique forment un groupe qui a démontré une résilience énorme pendant leur service pour le pays. Je constate que cette résilience ne se traduit pas directement dans les tâches de la vie quotidienne dans le monde civil, et que cela pose une foule de défis lors de la réintégration à la vie ordinaire.

• (1705)

[Français]

**Marie-Hélène Gaudreau:** Monsieur Thorne, pourquoi les vétérans représentent-ils une population unique?

Pouvez-vous me donner plus de détails à ce sujet?

[Traduction]

**Oliver Thorne:** Il y a différentes façons d'approcher la question.

D'abord et avant tout, les vétérans forment une population unique, car ils vivent des expériences tout à fait uniques. Le travail qu'on leur demande de faire ne ressemble à aucun autre, ou du moins à très peu d'autres, dans la société civile. On observe une certaine similarité de culture entre ceux qui servent dans les Forces armées canadiennes et les premiers intervenants, comme les pompiers, les ambulanciers paramédicaux et les policiers, mais là où peut se situer la différence, c'est que les vétérans ont une culture très unique.

Devenir soldat est un processus profondément personnel et transformateur qui consiste à s'immerger dans une culture où l'on répond aux besoins et aux exigences du métier, où l'on travaille en équipe et où règnent l'esprit d'équipe et la solidarité.

Il y a une citation qui me vient à l'esprit. Quelqu'un a dit: « Lorsque nous quittons les Forces armées canadiennes, nous nous retrouvons dans une société où la notion de "nous" n'existe presque plus. » C'est l'idée de quitter une culture et un environnement où les attentes concernant le comportement et les interactions sont très claires.

Un autre vétéran a évoqué le fait de tout savoir d'une personne rien qu'en voyant son uniforme. On peut déterminer où elle a servi, connaître son grade et l'unité à laquelle elle appartient. On sait instinctivement, en regardant l'uniforme d'une personne, quelle est notre relation avec elle, quelle est sa place au sein de la structure, de la hiérarchie, de la mission globale et du fonctionnement des Forces armées canadiennes. Une fois de retour dans la vie civile, il leur faut essayer de distinguer un complet bleu d'un autre.

Mmes Scharf et Massunken ont parlé de l'idée de passer d'une culture et d'un mode de vie très particuliers à une réalité dépourvue de ces éléments. Du point de vue d'un ancien militaire, cela s'apparente à un chaos et à un désordre absolu, et c'est un processus psychologique et social extrêmement difficile à surmonter. Il faut parfois ajouter à cela un traumatisme ou un préjudice moral, une dépression, de l'anxiété ou un TSPT dus aux actes qu'on leur a demandé d'accomplir ou dont ils ont été témoins à l'étranger pour défendre notre pays et nos libertés.

Intervenir en cas de catastrophe naturelle ici au Canada est un processus extrêmement difficile, et la culture joue un rôle crucial pour établir un lien avec les personnes et les aider à traverser cette épreuve. Si elles ne se sentent pas comprises, elles ne feront pas confiance. Elles ne pourront pas affronter ces expériences, surmonter leur traumatisme et faire le point sur ce qui s'est passé si elles n'ont pas le sentiment de pouvoir faire confiance à la personne qui se trouve en face d'elles. La confiance ne peut s'instaurer que s'il existe un certain lien et une certaine compréhension de leur expérience, c'est pourquoi bien comprendre la culture militaire est si important.

[Français]

**Marie-Hélène Gaudreau:** Merci beaucoup.

J'aimerais connaître votre opinion, madame Massunken.

Nous parlons de confiance et d'une population unique. On nous dit que, parfois, les vétérans doivent changer de professionnel, de prestataire de soins.

Comment peut-on réussir à bien accompagner nos vétérans, si la relation de confiance n'est pas tangible?

Que peut-il se passer, pour ces gens, lorsque les prestataires de soins se renvoient la balle et qu'il y a des délais ou un manque de clarté?

Quelles en sont les conséquences?

[Traduction]

**Michelle Massunken:** Je pense que cela se traduit par une interruption des soins et du soutien. Une fois la relation de confiance établie avec le fournisseur de soins, les chances de voir les symptômes s'améliorer ne cessent d'augmenter. Lorsque ce lien est rompu, on constate une détérioration du bien-être, et c'est là un aspect majeur.

Pour renforcer la confiance, étant donné qu'il s'agit d'une population unique, et pour revenir sur le point soulevé par M. Thorne concernant la compréhension de la culture, il faut veiller à ce qu'il y ait un certain niveau de familiarité avec celle-ci et en comprendre le caractère unique. Il s'agit de comprendre l'importance que revêt cette culture dans la manière dont les vétérans gèrent leurs symptômes, en particulier s'il s'agit de symptômes liés à un traumatisme ou à un préjudice moral.

Comprendre la culture militaire permet une meilleure interaction et un meilleur soutien, et la confiance ne s'instaure que si cette compréhension est présente.

• (1710)

[Français]

**Marie-Hélène Gaudreau:** Merci, madame la présidente.

[Traduction]

**La présidente:** Nous allons maintenant commencer notre deuxième série de questions avec Mme Wagantall, pour cinq minutes.

**Cathay Wagantall (Yorkton—Melville, PCC):** Merci, monsieur le président.

Monsieur Thorne, vous avez comparu ici à maintes reprises, et j'aimerais aller droit au but.

Vous avez formulé trois recommandations qui, selon vous, devaient être mises en œuvre. De nombreux vétérans vivent des difficultés parce qu'ils ont perdu leurs fournisseurs et qu'ils ont dû se soumettre à de nouvelles évaluations, ce qui rend la situation pénible. Dans votre première recommandation, vous avez indiqué qu'il fallait mener une enquête sur la nature et les raisons des relations qui existent actuellement entre les fournisseurs et le PSRVC.

Pouvez-vous le formuler sous la forme d'une recommandation pour le Comité que nous pourrions transmettre au gouvernement?

**Oliver Thorne:** Je pense que la recommandation vise à essayer de mieux comprendre comment les fournisseurs affiliés qui font l'objet d'aiguillage sont sélectionnés. On nous a présenté simplement deux options et l'on ne nous a pas expliqué clairement ce que cela signifiait réellement d'en choisir l'une ou l'autre.

D'après notre expérience, après avoir discuté avec des vétérans de notre réseau et d'autres fournisseurs, nous avons constaté une grande confusion quant à la manière dont le statut d'affilié est attribué et à la façon dont il s'intègre aux services existants qui accompagnent les vétérans depuis des années, voire des décennies. Je crois que nous recommandons de mieux comprendre comment ce processus se déroule et s'il existe une relation quelconque entre PSRVC et certains ou plusieurs fournisseurs affiliés.

J'espère que cela vous donne un...

**Cathay Wagantall:** Bien. Merci.

Vous avez parlé un peu de l'expérience « hors réseau ». J'en déduis que cela signifie que vos services ne sont pas reconnus. C'est bien ça, en gros?

Je dois dire que votre organisation est particulièrement efficace. À l'échelle nationale, vous disposez également d'un avantage: vous avez les moyens de financer des projets et vous ne refusez personne. Alors qu'une organisation comme PSRVC pourrait avoir accès à vos services, cela m'inquiète de voir que vous n'êtes pas traités comme les autres fournisseurs. Est-ce à cela que vous faites référence, à la nécessité d'examiner cette situation? Pourquoi diable cela fonctionne-t-il ainsi?

**Oliver Thorne:** Oui. Ce qui me laisse perplexe, c'est qu'un programme fondé sur des données scientifiques, géré par des professionnels de la santé mentale agréés, qui existe depuis 25 ans et qui a été conçu dès le départ spécifiquement pour soutenir la santé mentale des vétérans souffrant de troubles liés au service et leur transition, ne peut pas recevoir d'aiguillage. Encore une fois, je pense que le modèle est adapté aux cliniques. D'une certaine manière, peut-être parce que nous avons été conçus dès le départ pour être accessibles aux vétérans, pour avoir une portée nationale, pour être bilingues et pour proposer des programmes spécialisés selon le genre, ces caractéristiques font que nous ne correspondons pas vraiment au système de classification ou à la taxonomie de PSRVC. Je pense que c'est un problème. Parce que nous sommes une structure natio-

nale et que nous ne correspondons pas au modèle d'une clinique autonome, nous ne répondons pas aux critères pour être un fournisseur affilié. Or, ce sont justement ces caractéristiques qui font de nous un fournisseur spécialisé dans la prise en charge des vétérans.

**Cathay Wagantall:** Merci.

J'ai une autre question. Vous avez mentionné que le problème est peut-être que vous êtes « axés sur la mission ». Cela signifie-t-il également que vous n'êtes pas axés sur le profit, et c'est peut-être un problème? Pourquoi dites-vous que le fait d'être axé sur la mission semble constituer un obstacle? Ce n'est pas logique.

**Oliver Thorne:** Je pense que c'est un problème parce que nous avons un personnel administratif très réduit et des frais généraux très limités. Cette structure est en partie la raison pour laquelle nous avons estimé que nous ne pouvions pas répondre de façon uniforme aux exigences administratives d'un fournisseur affilié. Nous avons choisi l'option hors réseau, mais encore une fois, on ne nous a pas expliqué clairement ce que ce choix signifiait, qu'aucun client ne serait aiguillé vers nous.

Pour répondre à votre question, nous sommes un organisme sans but lucratif. Nous sommes un organisme de bienfaisance enregistré.

• (1715)

**Cathay Wagantall:** Merci beaucoup.

Dans les 10 secondes qu'il me reste, permettez-moi de dire que j'aimerais certainement que votre organisation joue le rôle qu'elle devrait jouer dans les projets d'avenir d'ACC pour PSRVC.

Je vous remercie d'être venu témoigner à nouveau aujourd'hui.

**La présidente:** Merci, madame Wagantall.

[Français]

Monsieur St-Pierre, vous avez la parole pour cinq minutes.

**Eric St-Pierre (Honoré-Mercier, Lib.):** Merci.

Je vais poser une question aux trois témoins.

J'aimerais bâtir sur la bonne question posée par ma collègue.

Était-il approprié de regrouper les anciens combattants et leurs particularités en un seul groupe?

Je commencerais par vous, madame Massunken.

[Traduction]

**Michelle Massunken:** Est-il approprié de les regrouper en un seul groupe? Je pense qu'il faut toujours tenir compte des préoccupations et des besoins spécifiques de chaque personne et les traiter en conséquence. Même s'il existe certaines ressemblances et certains points communs entre les personnes, il y aura toujours des différences. Il est important d'en tenir compte.

[Français]

**Eric St-Pierre:** Madame Scharf, avez-vous quelque chose à ajouter?

[Traduction]

**Mackenzie Scharf:** Oui, je pense qu'il existe bel et bien de telles différences, même lorsque l'on se concentre sur une population spécifique. Tout comme chaque être humain est unique, les expériences vécues par ces hommes et ces femmes les affectent de différentes manières une fois rentrés chez eux. Il suffit d'observer l'éventail des diagnostics de santé mentale que l'on retrouve chez les vétérans qui viennent à la clinique: comment les troubles se manifestent, comment ils les surmontent et l'incidence sur leur vie. Chaque cas est unique, et cela peut devenir extrêmement complexe quand on examine toutes les facettes qui entrent en jeu. Je pense que c'est vraiment un défi lorsqu'il s'agit d'essayer d'uniformiser les soins de réadaptation.

Je comprends que l'uniformité puisse être utile pour l'équipe soignante et qu'elle permette de donner une structure à la personne prise en charge, mais il faut également qu'il y ait une certaine souplesse qui tienne compte de la complexité et de l'ampleur de ce que vivent ces personnes, ainsi qu'un accompagnement qui les soutienne jusqu'à ce qu'elles retrouvent le sentiment de pouvoir s'intégrer et d'avoir une bonne qualité de vie.

[Français]

**Eric St-Pierre:** Monsieur Thorne, voulez-vous faire un commentaire?

[Traduction]

**Oliver Thorne:** En bref, la réponse est non. Nous ne pouvons pas les considérer comme une seule et même population. Je pense que si les fournisseurs de soins ne comprennent pas la culture militaire et ne reconnaissent les militaires comme une population unique en soi, leurs soins sont voués à l'échec. Dans ce contexte, il y a de nombreux facteurs à prendre en considération pour les différents groupes au sein des Forces armées canadiennes et des vétérans.

Nos programmes destinés aux femmes à travers le Canada sont des programmes adaptés, car 60 % des femmes que nous servons ont subi un traumatisme sexuel en milieu militaire. C'est une réalité de la population que nous servons — c'est une réalité de cette population au sein des Forces armées canadiennes —, alors nous devons nous y adapter, tant sur le plan de la culture que des programmes offerts. Nos programmes en français ne sont pas seulement des traductions; ce sont des adaptations culturelles et structurelles pour répondre précisément aux défis uniques avec lesquels les vétérans du Québec sont aux prises.

[Français]

Je vais dire ça en français, et je suis désolé d'avance pour ça. Nous voulons offrir le même niveau de service à tous les anciens combattants, partout au Canada.

**Eric St-Pierre:** Je vous remercie.

Je vais me tourner vers vous, madame Massunken.

Selon le centre de santé mentale MindSpa, quels sont les facteurs qui influent de façon positive sur les résultats chez les anciens combattants?

[Traduction]

**Michelle Massunken:** Je n'ai pas compris toute la question. Quels types de facteurs influencent...?

**Eric St-Pierre:** Oui, quels types de facteurs influencent positivement les anciens combattants?

**Michelle Massunken:** Je dirais que le fait d'appartenir à une communauté constitue un facteur positif qui influe sur leur bien-être du point de vue de la santé mentale. Qu'il s'agisse d'un réseau social ou communautaire, cela s'apparente à ce à quoi ils étaient habitués pendant leur service, et c'est un élément très important de leur bien-être. Le fait d'avoir ce soutien social et de pouvoir compter sur lui dans différents contextes devient, je dirais, un aspect déterminant de leur bien-être.

[Français]

**Eric St-Pierre:** Existe-t-il des obstacles qui empêchent les anciens combattants d'accéder à des services de santé mentale, comme ceux que vous proposez dans votre clinique?

[Traduction]

**Michelle Massunken:** J'ai l'impression que nous avons fait de notre mieux pour cerner et éliminer certains des obstacles, qu'il s'agisse d'une barrière linguistique, géographique ou régionale. Je pense que l'un des plus grands obstacles qui continuent d'exister pour certains est la stigmatisation entourant la santé mentale et l'accès aux soins — ce que cela voudrait dire à mon sujet, si c'est un signe de faiblesse, ou ce que cela pourrait faire remonter à la surface en moi.

• (1720)

**Eric St-Pierre:** Très rapidement, monsieur Thorne, vous avez parlé d'un examen de la désignation des fournisseurs du réseau. Pouvez-vous nous en dire plus à ce sujet en 10 secondes?

**Oliver Thorne:** Je vais faire de mon mieux. Nous souhaitons qu'on examine si des prestataires de services reconnus et éprouvés ne reçoivent pas d'aiguillages chez les vétérans parce qu'ils ont été désignés comme fournisseurs hors réseau. Voilà ce que nous demandons.

**La présidente:** Merci beaucoup, monsieur Thorne.

Nous passons maintenant à Mme Gaudreau.

[Français]

Vous avez la parole pour deux minutes et demie.

**Marie-Hélène Gaudreau:** Merci beaucoup.

Cette semaine, j'ai posé une question à la ministre pour savoir si, avant de systématiquement reconduire le contrat pour six ans, il était nécessaire de faire une enquête indépendante. L'objectif ultime est de s'assurer que la prestation des services est exactement ce dont les vétérans ont besoin.

Cela dit, le temps file trop vite. Vous avez tous une expertise. Je ne connais pas la charge de votre travail, mais nous vous écoutons. Je vais vous demander de répondre à mes questions à tour de rôle, en commençant par M. Thorne.

Si nous n'avions qu'une seule chose à changer en priorité, quelle serait-elle?

Que devons-nous faire maintenant avant d'avoir les résultats de l'enquête et corriger le tir pour le programme PSRVC?

[Traduction]

**Oliver Thorne:** Je pense que tout changement de politique visant à accroître l'accessibilité et la gamme de choix offerts aux vétérans dans le cadre des programmes auxquels ils peuvent avoir accès serait une bonne chose, et c'est l'avis des vétérans, pas seulement celui de leurs spécialistes en réadaptation.

[Français]

**Marie-Hélène Gaudreau:** Madame Scharf, quelles sont vos observations?

[Traduction]

**Mackenzie Scharf:** Il s'agirait de l'accès aux soins. Nous sommes dans une petite collectivité et nous accueillons un nombre très important de vétérans. En tant que petite équipe, nous faisons de notre mieux pour en aider autant que possible. Nous sommes également dans une collectivité qui compte d'incroyables cliniciens experts. Les vétérans sont déjà suivis par des cliniciens avec lesquels ils ont établi une relation thérapeutique de confiance, et il est essentiel, en matière de soins de santé, de préserver ces relations. En élargissant l'accès au-delà de certaines cliniques et de certains fournisseurs, on éliminera le nombre de vétérans qui ne reçoivent aucun service en attendant que notre charge de travail diminue.

[Français]

**Marie-Hélène Gaudreau:** Je vous remercie.

Madame Massunkem, voulez-vous ajouter des commentaires?

[Traduction]

**Michelle Massunken:** Oui, je suis d'accord avec une grande partie de ce qui vient d'être dit. Je pense qu'en plus de l'accès, il y a la question de la souplesse: en ce qui concerne les évaluations, sont-elles toujours nécessaires, ou y a-t-il une certaine souplesse en fonction de la situation de chacun?

En plus de la souplesse, je dirais l'accessibilité et ce que cela signifie pour les personnes qui entrent dans le programme.

[Français]

**Marie-Hélène Gaudreau:** Merci beaucoup.

Je vous suis reconnaissante pour vos réponses.

[Traduction]

**La présidente:** Merci.

Pour la dernière série de questions, nous allons accorder trois minutes par intervenant, par respect pour l'autre groupe de témoins.

[Français]

Je donne maintenant la parole à Mme DeRidder, pour trois minutes.

[Traduction]

**Kelly DeRidder (Kitchener-Centre, PCC):** Madame Scharf, je vais commencer par vous.

A-t-il été plus facile d'accueillir les vétérans ayant besoin de soutien avant ou après la mise en œuvre de ce programme, et qu'est-ce qui a changé?

**Mackenzie Scharf:** Je travaille à notre clinique depuis deux ans. Je n'étais pas gestionnaire avant l'entrée en vigueur du contrat de PSRVC, alors je ne peux pas m'exprimer à ce sujet.

Je peux affirmer qu'à l'heure actuelle, le processus est long entre le moment où l'aiguillage est fait et celui où les vétérans bénéficient du soutien dont ils ont besoin. Il y a une lourde charge administrative liée aux rapports que les cliniciens doivent établir. Il existe également certains critères à respecter dans le processus de prise de rendez-vous, notamment en ce qui concerne la coordination entre le psychologue, le médecin et le physiothérapeute en fonction des horaires de l'équipe clinique. Le respect de ces critères peut parfois

entraîner des retards dans le processus d'évaluation. C'est en quelque sorte ce que...

**Kelly DeRidder:** Je pense que cela brosse un tableau clair. C'est un processus assez compliqué.

Je vais maintenant donner la parole à M. Thorne.

Rapidement, quel est votre processus de réception des demandes?

**Oliver Thorne:** Excusez-moi, votre question porte-t-elle sur notre processus de réception des demandes pour les clients, ou plus précisément sur le programme de PSRVC et les approbations de financement?

• (1725)

**Kelly DeRidder:** Le processus avec les clients.

**Oliver Thorne:** Notre processus d'évaluation initiale est assez simple. Il est conçu pour être accessible.

Il y a d'abord une conversation avec l'un de nos coordonnateurs de programmes. Il s'agit d'un coordonnateur local dans la région du vétéran pour parler du contenu du programme et savoir s'il lui convient.

Si le vétéran est intéressé et motivé à participer à un programme, il passe alors une évaluation initiale avec le psychologue clinicien qui gèrera le programme. Elle dure généralement de 45 à 60 minutes au téléphone, et c'est tout.

**Kelly DeRidder:** Je vais vous demander une chose, alors, monsieur Thorne, parce que vous avez beaucoup d'expérience de travail avec les vétérans aux prises avec des crises et des blessures.

Pensez-vous que l'ajout de ce processus bureaucratique compliqué a été contre-productif pour aider les vétérans qui souffrent et qu'il vaudrait la peine de le perpétuer dans sa forme actuelle, sans modification?

**Oliver Thorne:** Je ne peux parler que des vétérans que nous servons et avec qui nous interagissons, mais je dirais que cela a été contre-productif jusqu'à présent, en effet. Nous constatons de plus en plus de confusion, un alourdissement du fardeau pour l'évaluation des vétérans, et il en ressort qu'ils ont de moins en moins de choix et d'autonomie dans leur plan de traitement.

**Kelly DeRidder:** J'ai une très brève question complémentaire à vous poser, alors, comme vous pensez que cela a été contre-productif. Pensez-vous que le fait d'obliger des vétérans à changer de fournisseur de services après en avoir trouvé un en qui ils ont confiance peut même causer plus de tort?

**Oliver Thorne:** Tout à fait. Encore une fois, la confiance est l'un des plus grands enjeux, des plus grands défis pour les vétérans qui osent demander de l'aide. D'autres témoins ont parlé de la stigmatisation, de la peur — la peur d'être mal compris, que leurs expériences et leur culture ne soient pas comprises —, alors oui, c'est néfaste pour eux de devoir changer de fournisseur.

**La présidente:** Merci beaucoup, monsieur Thorne.

Nous passons à M. d'Entremont pour trois minutes.

**Chris d'Entremont (Acadie—Annapolis, Lib.):** J'essaie simplement d'obtenir des chiffres pour saisir combien de vétérans nous aidons. L'objectif de cette étude est de comprendre les responsabilités de PSRVC.

Très franchement, combien de vétérans aidons-nous réellement? Combien demandent de l'aide? Combien d'entre eux aidons-nous et combien se heurtent à des problèmes? Pour essayer de comprendre ce défi, je vais interroger un peu nos témoins d'aujourd'hui.

Monsieur Scharf, combien de vétérans aidez-vous? Combien y en a-t-il dans votre groupe, et combien d'entre eux ont des problèmes avec PSRVC?

**Mackenzie Scharf:** De mémoire, je peux vous dire que 23 personnes participent actuellement à notre programme de réadaptation interdisciplinaire. De plus, l'une de nos ergothérapeutes a 20 clients en ergothérapie en suivi individuel. Notre physiothérapeute en a également une vingtaine en physiothérapie. Ce ne sont là que trois exemples.

Je dirais que la majorité de nos clients expriment de la frustration par rapport au manque de clarté quant au plan et aux prochaines étapes, et qu'ils ont de la difficulté à se défendre eux-mêmes sur les aspects administratifs. Nous faisons de notre mieux pour les aider dans tout cela et pour faire le pont entre eux et PSRVC, afin d'alléger leur fardeau autant que possible, pour qu'ils puissent se concentrer sur leurs soins.

**Chris d'Entremont:** Merci.

Monsieur Thorne, je vous pose pas mal la même question, même si je sais que vous travaillez avec un plus grand groupe de vétérans depuis très longtemps.

**Oliver Thorne:** Nous servons environ 220 à 250 vétérans par année, selon le nombre de programmes que nous pouvons offrir. À ce jour, environ 2 500 personnes ont terminé nos programmes.

Les vétérans avec qui nous travaillons nous parlent aussi constamment des difficultés liées aux processus d'approbation, d'évaluation et des options offertes par PSRVC.

**Chris d'Entremont:** Je vous remercie.

Madame Massunken, allez-y également.

**Michelle Massunken:** Environ 100 vétérans participent au programme. Au total, nous accueillons près de 250 vétérans. Certains participent au programme, d'autres non. Parmi ceux qui participent au programme, quelques-uns déplorent un manque de clarté ou affirment mal comprendre le programme et les attentes.

Je rencontre nos cliniciens chaque mois, simplement pour leur transmettre toute l'information que je reçois de PSRVC, afin qu'ils soient bien au courant des changements, ou pour clarifier toute question qu'ils ont pu recevoir des clients.

**Chris d'Entremont:** Quand vous devez communiquer avec PSRVC, est-ce que cela se fait par téléphone? Je ne sais pas grand-chose de ces interactions. Est-ce que cela se fait par courriel? Comment l'interaction se produit-elle réellement?

**Michelle Massunken:** Les communications se font habituellement au moyen d'une réunion sur Teams pour moi. Je ne peux parler que de mon expérience. Je rencontre le gestionnaire toutes les huit semaines pour faire le point ou poser toutes les questions que l'équipe peut avoir sur le programme. Habituellement, nous faisons une réunion sur Teams, mais entre les réunions, je peux envoyer des courriels; ils répondent assez vite.

• (1730)

**La présidente:** Merci beaucoup à nos trois témoins du temps qu'ils nous ont consacré cet après-midi.

Nous allons suspendre la séance pour accueillir le prochain groupe de témoins.

• (1730)

(Pause)

• (1735)

**La présidente:** J'aimerais faire quelques observations à l'intention de nos nouveaux témoins.

[Français]

Bonjour. Nous reprenons la séance.

Avant de prendre la parole, veuillez attendre que je vous nomme.

Si vous participez à la réunion par vidéoconférence, cliquez sur l'icône du microphone pour l'activer. Veuillez le mettre en sourdine lorsque vous ne parlez pas.

En ce qui concerne l'interprétation, les personnes qui participent à la réunion par Zoom peuvent choisir, au bas de leur écran, entre le parquet, l'anglais et le français. Les personnes qui se trouvent dans la salle peuvent utiliser l'écouteur et choisir le canal désiré.

J'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue à notre deuxième groupe de témoins.

À titre personnel, nous accueillons Mme Anne Marie Pinard, qui est médecin. Elle se joint à nous par vidéoconférence.

[Traduction]

En personne, nous accueillons M. David Morrow.

Bon retour parmi nous, monsieur.

Par vidéoconférence, nous accueillons Mme Elizabeth Forbes, psychologue agréée.

Bienvenue.

[Français]

Chaque témoin a cinq minutes pour faire son allocution. Ensuite, nous procéderons à une série de questions avec les membres du Comité.

Docteur Pinard, vous avez la parole pour cinq minutes.

**Anne Marie Pinard (médecin, à titre personnel):** Je vous remercie de m'avoir invitée à participer à cette étude.

Je m'appelle Anne Marie Pinard. Je suis anesthésiologiste spécialisée en douleurs chroniques au CHU de Québec-Université Laval. Depuis 14 ans, je consacre la totalité de mon temps clinique à la prise en charge des personnes qui vivent avec une douleur chronique. Je suis également professeure titulaire à l'Université Laval.

Je me suis très impliquée à l'échelle provinciale et à l'échelle nationale dans plusieurs initiatives en matière de douleurs chroniques, et certaines concernent des vétérans. Chaque année, je rencontre en clinique de 10 à 12 vétérans aux prises avec des problèmes de douleur chronique. Au fil des années, j'ai appris à découvrir et à respecter la culture militaire. Les vétérans des Forces armées canadiennes ont souvent vécu des situations difficiles, et pas seulement lorsqu'ils étaient déployés. Ils sont surreprésentés au sein de la population qui vit avec une douleur chronique. On parle à peu près de 20 % de la population générale qui souffre de douleur chronique, mais, chez les vétérans, cette proportion dépasse 40 %, et probablement 50 % chez les vétérans. Les problèmes de santé mentale sont également très fréquents. Chez les vétérans qui vivent avec une douleur chronique, on estime que 60 % d'entre eux ont aussi des problèmes de santé mentale, alors que, dans la population générale, on parle d'environ 30 %.

Dans mon travail, j'ai l'immense chance de collaborer avec une équipe interprofessionnelle. Dans les cas les plus complexes, nous établissons un plan de traitement individualisé, réaliste, progressif et, surtout, mis au point avec le patient et ses proches.

La douleur chronique n'est pas simplement une douleur qui dure, c'est un phénomène complexe qui implique un système nerveux hyper réactif, une fatigue qui s'accumule, une tolérance à l'effort difficile, des troubles de sommeil et des traumatismes passés qui ont laissé des traces. Dans ce contexte, les meilleures pratiques reposent sur l'ajustement fin, la progression graduelle, le respect des limites et l'intégration réelle de l'aspect de la santé mentale.

J'ai une expérience assez étendue des programmes de réadaptation offerts par des cliniques privées. Il y a une douzaine d'années, les programmes à cadre plutôt fixes étaient très répandus. Les patients qui présentaient des cas complexes ou des problèmes de santé mentale étaient souvent amochés par ce type de programme. Ces programmes ont peu à peu disparu, car leur efficacité était assez limitée dans les cas complexes. L'aspect de la santé mentale était rarement pris en compte. Souvent, il n'y avait ni psychologue, ni ergothérapeute, ni travailleur social au sein de ces équipes. Ce que j'observe depuis quelques années — je le dis avec prudence, mais aussi avec une inquiétude réelle — est une tendance à reproduire cette logique rigide et standardisée dans le parcours de certains vétérans.

Depuis quelques années, probablement depuis la création de Partenaires des services de réadaptation aux vétérans canadiens, je constate une dégradation importante de la possibilité de collaborer, voire une impossibilité de le faire. Je constate de longs délais avant l'évaluation et l'accès au premier service. Grâce à mon expérience relativement à ce programme, je peux dire que l'évaluation est rarement réalisée par une équipe qui comprend, entre autres, un médecin doté à la fois d'une bonne connaissance de la culture militaire et de la douleur chronique. Surtout, une fois que le programme a démarré, c'est vraiment difficile d'influer sur le contenu, l'intensité ou la fréquence du traitement, même lorsque la situation clinique se détériore. Cette logique d'une approche unique est précisément ce qui a été abandonné, par exemple, par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail il y a quelques années.

Il faut revenir à ce qui fonctionne dans les cas de douleur chronique, soit la collaboration et l'adaptation.

Il faut ensuite réellement considérer ce que font peut-être en parallèle les cliniques de deuxième ou de troisième ligne. Si un plan existe déjà, il doit être intégré, pas contourné.

Il faut aussi intégrer la santé mentale de manière structurée. Le succès dépend souvent de l'articulation entre la santé mentale et les interventions physiques.

Enfin, il faut une formation solide, tant sur la gestion de la douleur chronique que sur la culture militaire, des professionnels qui évoluent au sein de ces programmes.

Je crois aussi qu'on doit améliorer la transparence. L'opacité des décisions, l'absence de rétroaction et la multitude de documents nuisent à la confiance et à la qualité des soins.

J'espère que vous aurez aussi l'occasion d'entendre le point de vue des gens qui travaillent auprès des vétérans, notamment dans les cliniques pour traumatismes liés au stress opérationnel, ainsi que des gestionnaires de cas, parce que ce sont eux qui vivent les conséquences concrètes du système tel que je le vois actuellement.

Je vais terminer par une image simple. On ne penserait jamais à offrir la même taille de vêtements à tous les vétérans en disant que c'est standard et qu'ils doivent s'adapter. Pourtant, mon expérience clinique me laisse parfois l'impression que c'est ce qu'on fait quand on impose un modèle unique, fixe et rigide à des humains dont la réalité clinique est profondément différente.

• (1740)

**La présidente:** Merci beaucoup, docteure Pinard.

[Traduction]

Madame Forbes, vous avez cinq minutes.

**Elizabeth Forbes (psychologue agréée, à titre personnel):** Je vous remercie de me donner l'occasion de comparaître aujourd'hui.

Je m'appelle Elizabeth Forbes. Je suis psychologue spécialisée dans le traitement des traumatismes. Je travaille en Alberta et en Colombie-Britannique. J'ai travaillé un certain temps à la clinique de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel ici, à Calgary. J'exerce maintenant en pratique privée, et je me spécialise dans le traitement des vétérans qui souffrent de stress post-traumatique et de problèmes de santé connexes. J'accompagne fréquemment des personnes qui suivent à la fois un traitement psychologique et le programme de réadaptation visé par le contrat avec PSRVC.

Mes observations d'aujourd'hui porteront sur les répercussions cliniques du calendrier de réadaptation, la structure du système et l'harmonisation avec des soins tenant compte des traumatismes.

Le traitement du trouble de stress post-traumatique et des problèmes de santé connexes suit généralement un modèle de soins par étapes: la stabilisation, le traitement actif et le maintien, ce qui permet un retour graduel à un état fonctionnel. La réussite professionnelle peut être envisagée ensuite. D'un point de vue clinique, l'une des principales préoccupations est de savoir quand et comment les services de réadaptation sont introduits et s'ils sont bien adaptés ou non à la phase de traitement du vétéran. Les processus liés à l'emploi, comme l'évaluation initiale et les rencontres connexes, sont souvent qualifiés de neutres par PSRVC. Cependant, d'un point de vue clinique, il s'agit de demandes d'évaluation fondées sur le rendement qui peuvent activer le système nerveux d'une personne souffrant d'un traumatisme.

Dans ma clinique, le programme de PSRVC est souvent introduit pendant la phase de stabilisation, lorsque la relation thérapeutique entre le vétérinaire et moi est déjà bien établie, à un moment où la personne n'est peut-être pas encore en mesure de composer avec ces demandes supplémentaires. Concrètement, cela peut faire en sorte que le traitement et la réadaptation tirent dans deux directions différentes, ce qui peut être très difficile à gérer pour le vétérinaire, parce qu'il doit s'engager dans des démarches déstabilisantes tout en tentant de se stabiliser. Cela aggrave souvent le sentiment de détresse, les tendances suicidaires et divers autres symptômes. Au fil du temps, le processus de réadaptation lui-même peut être associé à la détection de menaces. L'anticipation d'un contact ou de la participation attendue peut déclencher à répétition la réaction de stress de la personne. Le système est alors perçu non seulement comme non-aidant, mais comme une source récurrente de détresse.

La continuité des soins pose problème aussi. Les gens sont souvent encouragés à passer de fournisseurs externes établis comme moi à des fournisseurs faisant partie du réseau de PSRVC. Lorsqu'une alliance thérapeutique est déjà établie, la rupture de la relation peut porter la personne à se désengager et à régresser, surtout dans le traitement de traumatismes. Certaines personnes le vivent comme un abus de confiance, surtout dans un contexte de traumatisme institutionnel ou relationnel.

Il y a aussi la coordination et la reddition de comptes qui me préoccupent dans ce système. D'après mon expérience, il y a une intégration très limitée entre le plan de réadaptation et le plan de traitement psychologique établi, ce qui fait en sorte que deux processus s'enclenchent en parallèle, sans coordination dans le calendrier ou les priorités. Lorsque les recommandations cliniques ne sont pas intégrées au plan global, les soins se fragmentent. Les vétérinaires peuvent recevoir des directives contradictoires, ce qui peut accroître leur détresse, réduire leur engagement et nuire au traitement.

De façon plus générale, il ne semble pas y avoir de mécanisme clair pour que les recommandations cliniques influencent réellement le plan de réadaptation, même lorsque les risques cliniques sont clairement établis. On pousse donc la personne à s'engager malgré les contre-indications cliniques ou ses capacités limitées, et les impératifs financiers l'emportent sur la réceptivité clinique.

Globalement, il y a un décalage dans l'approche. Les cadres de réadaptation misent sur l'activation et la progression, tandis que les soins tenant compte des traumatismes accordent la priorité à la stabilisation et à la réceptivité. Concrètement, cela fait en sorte que les gens se sentent submergés. Leurs symptômes augmentent, ils commencent à reculer, et les progrès réalisés dans le traitement sont compromis.

Si l'on veut offrir des soins tenant compte des traumatismes, c'est le système qui doit s'adapter au vétérinaire, et non le vétérinaire qui doit s'adapter au système.

Merci.

• (1745)

**La présidente:** Merci beaucoup, madame Forbes.

Monsieur Morrow, vous avez maintenant cinq minutes.

**David Morrow (à titre personnel):** Merci, madame la présidente, de m'avoir invité une deuxième fois. De toute évidence, je m'en suis tiré pas si mal la première fois.

J'ai préparé un beau discours dont j'ai envoyé le texte à tout le monde ici, mais je me suis rendu compte, sur la route depuis Montréal, que le ton que j'utilisais n'était pas le bon. Cela ne reflétait pas vraiment ce dont je veux vraiment vous parler. Je pense que nous avons vraiment du mal à communiquer ensemble. Je parle le langage du devoir, de l'honneur, du respect, du service. Le gouvernement parle un langage fondé sur les politiques, la gouvernance et les lois.

Je le mentionne parce que je fais partie d'un club sélect, d'une minorité spéciale, si l'on peut dire, du 0,01 %. J'ai inventé moi-même cette image. Le 0,01 % représente à peu près la proportion de Canadiens qui ont participé activement à des combats, qui ont combattu un ennemi armé. Je fais partie de ces quelques privilégiés, avec mes frères, mes sœurs et bien des Arabes maintenant. Il y en a probablement d'autres, mais suivez-moi.

La raison pour laquelle je le mentionne, c'est que quand je patrouillais en Afghanistan, des enfants m'abordaient. Je faisais partie d'une unité américaine, mais j'étais le seul à porter la feuille d'épave sur mon épaule. Ils disaient: « *Canada good, America bad* ».

Quand un enfant m'abordait ainsi, je répondais: « Oh, wow, petit gars, merci! » Cet enfant n'avait aucun contact avec le monde extérieur, mais il savait intrinsèquement qu'il y avait une valeur ajoutée au fait d'être Canadien, et c'est la fierté que je ressentais lorsque je me suis enrôlé. C'est la fierté que j'ai ressentie à la guerre.

Quand j'ai dû aller faire le sale boulot pour le Canada, le jeune coq de 20 ans que j'étais se disait que quand je rentrerais à la maison, le gouvernement, Anciens Combattants Canada et le pays seraient là pour m'offrir les soins dont j'aurais besoin. Malheureusement, je suppose que j'étais peut-être naïf ou que je n'avais tout simplement pas assez d'expérience de vie, mais cela ne s'est jamais vraiment concrétisé lorsque j'ai posé un genou à terre et que j'ai eu besoin d'aide.

Pour moi, « prendre soin » signifie quelque chose. Je suis père de famille. J'ai deux beaux enfants à la maison. Quand ils se blessent et qu'ils ont besoin d'aide, je leur demande: « Qu'est-ce qu'il se passe? Est-ce que ça va? » Quiconque a des enfants ici connaît la chanson. Je m'attendais à recevoir des soins dignes de ceux d'un père, de l'amour d'un père, de mon pays, mais comme cela ne s'est jamais matérialisé, je crois que la meilleure façon de décrire l'état dans lequel je me suis retrouvé, c'est la peine d'amour.

J'aime mon pays, je l'aimais farouchement, en tout cas. J'étais prêt à mourir pour mon pays. J'ai fait le sale boulot pour mon pays, avec beaucoup de mes frères et de mes sœurs. Mais des contrats comme celui avec PSRVC, le fait que le programme soit géré par une entreprise qui appartient à des intérêts privés américains et à Loblaw's, qui nous vend des pommes et des oranges, tout ce processus a été humiliant et déshumanisant, pour être honnête.

Honnêtement, je ne sais plus trop où nous en sommes en ce moment. Il y a un contrat tacite entre les soldats et notre pays, et ce contrat n'est pas respecté. Je ne m'attends pas à ce que ce contrat soit annulé — je ne m'attends pas à ce que le gouvernement fasse quoi que ce soit de plus, pour être honnête. C'est seulement que je reconnais que ce problème de langage n'est pas réglé. Il n'y a pas assez de Canadiens qui savent qui nous sommes — 0,01 %, c'est à peine si cela compte.

Cela dit, je m'attends à ce que les autres anciens combattants comme moi commencent à parler, à ce qu'ils remettent leurs bottes pour se battre à nouveau, mais pas dans une zone de guerre poussièreuse, ici. Nous devons nous battre pour que le gouvernement adopte des politiques et prenne de bonnes décisions pour nous. La façon la plus facile de le faire est simplement de commencer à en parler avec nos amis, à nous faire entendre. Envoyez-moi un message. Je suis facile à trouver. Commençons à construire cela ensemble. Pour autant que je sache, c'est une responsabilité, et ces soins ne nous sont pas fournis. Le gouvernement est tenu, selon la Charte des anciens combattants, de s'occuper de nous, les anciens combattants, mais il ne le fait pas.

Le problème n'est pas PSRVC, à mon avis. Ce n'est pas Manuvie. C'est Anciens Combattants Canada. Pourquoi ACC ne veut-il pas prendre soin de ses anciens combattants? C'est la seule question que je pose au Comité.

Merci.

• (1750)

**La présidente:** Merci beaucoup, monsieur Morrow.

Nous allons commencer notre série de questions avec M. Richards, pour six minutes.

**Blake Richards:** Merci.

Monsieur Morrow, je vous remercie de votre service. Je sais que ces mots peuvent parfois sembler vides de sens. Compte tenu de ce que nous venons d'entendre de votre part, je tiens également à vous remercier de votre volonté d'être franc et de la bravoure dont vous faites preuve en le faisant. Je sais que pour de nombreux anciens combattants, c'est difficile à faire, parce qu'ils ont peur des conséquences potentielles sur leurs prestations et ce genre de choses. Nous vous sommes très reconnaissants d'accepter d'être aussi franc avec nous.

C'est triste que vous ayez à le faire. Comme vous l'avez dit, quand une personne va servir notre pays, notre travail est censé être de veiller à prendre soin d'elle et à répondre à ses besoins. Comme vous le dites, ce n'est pas ce qui se passe pour vous et pour beaucoup trop d'anciens combattants.

Permettez-moi de commencer par cette question. Selon vous, à quoi ressemblerait le programme de réadaptation idéal pour nos anciens combattants?

**David Morrow:** Je ne sais pas si nous avons assez de temps.

**Blake Richards:** C'est de bonne guerre.

**David Morrow:** Je vais l'expliquer le plus succinctement possible. Je sais ce qu'il faut, parce que j'ai fait moi-même le chemin. Je l'ai fait avant l'existence de PSRVC.

Je ne pense pas que je serais ici sans le Réseau de transition des vétérans, alors je suis heureux que M. Thorne soit ici. Cela faisait partie du casse-tête que j'ai dû assembler seul. Je n'ai reçu aucune aide d'Anciens Combattants Canada, et PSRVC n'existait pas. J'ai donc dû moi-même aller chercher l'aide dont j'avais besoin. Il faut trouver les programmes qui fonctionnent pour soi.

C'est la phase de stabilisation. Le programme du Réseau de transition des vétérans est probablement le meilleur au Canada. J'en parle tout le temps dans mon balado.

Ensuite, je me concentre entièrement sur la forme physique et la santé, parce que malheureusement, le processus de réadaptation

n'intègre pas l'entraînement physique et la santé, ce qui est absurde. On ne porte pas attention aux problèmes cellulaires que nous avons en tant qu'anciens combattants.

Je vais vous donner un exemple. Les anciens combattants de la GWOT, la guerre planétaire contre le terrorisme, comme moi, ont participé à plus de combats que toute autre génération dans l'histoire, simplement parce que nous étions exposés à la guerre chaque jour en théâtre d'opérations. Nous étions sur des bases d'opérations avancées. Nous risquions tous les jours d'être la cible de roquettes, de tirs ou de bombes. Nous étions toujours sur un pied d'alerte, 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

Les anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale étaient sporadiquement renvoyés en France. Ils étaient renvoyés en Angleterre. Ils savaient qu'il y avait des limites à ce qu'on peut endurer. J'ai fait un déploiement. Certains ont participé à trois ou quatre missions. Cette charge de combat est beaucoup trop grande pour le système nerveux central. Le soldat romain moyen ne connaissait que deux ou trois jours de combat par année. C'était les Romains. Dans mon cas, j'ai vécu plus de 260 jours de combat.

Dans un monde de réadaptation vraiment efficace, il faut se pencher sur les problèmes cellulaires. Les anciens combattants ne sont pas brisés; ils ne sont pas suffisamment rétablis. Il faut toute une équipe pour le comprendre et personnaliser les soins. Il faut se concentrer non seulement sur la psychologie des anciens combattants, mais aussi sur leur physiologie. Nous pourrions passer en revue toutes les modalités qui s'offrent aux anciens combattants à ce stade-ci.

**Blake Richards:** Je pense connaître la réponse à cette question, mais croyez-vous que le ministère des Anciens Combattants a veillé à ce qu'il y ait une surveillance suffisante de ce programme des Partenaires des services de réadaptation aux vétérans canadiens, ou PSRVC? En attendant votre réponse, que devrait-il faire pour s'améliorer?

**David Morrow:** Malheureusement, je ne comprends pas pourquoi Anciens Combattants Canada, ou ACC, délègue ses responsabilités à d'autres organisations alors qu'il a pour mission de prendre soin des anciens combattants. C'est une gifle. Je vais être honnête. S'il n'est pas capable de faire le travail, il devrait trouver une solution.

Comme je l'ai dit, prendre soin, c'est demander ce dont on a besoin et la manière d'être soutenu. Nous savons que ce ne sera pas parfait, mais le fait que ce volet soit confié à une société de capital-investissement américaine, et que ses objectifs reposent sur la politique de l'entreprise, et manifestement pas sur la prise en charge des anciens combattants... Nous sommes tout à fait capables de faire une recherche sur Internet. Nous savons que cela existe, de sorte que c'est de la mauvaise foi. Les Partenaires n'essaient pas de nous aider à nous améliorer, mais plutôt d'atteindre leurs objectifs d'entreprise.

La première chose à faire serait de cesser de sous-traiter la prise en charge des anciens combattants à des sociétés de capital-investissement et à des compagnies d'assurance. Cela renforcerait beaucoup plus la confiance au sein de l'institution, à mon avis.

**Blake Richards:** L'autre point sur lequel j'aimerais vous interroger concerne les processus bureaucratiques. Qu'il s'agisse de ceux au sein même d'ACC ou des relations avec les PSRVC, ainsi que de la coordination, ou de l'absence de coordination entre les deux, quel impact le fait de devoir gérer tous ces processus, la paperasserie, la bureaucratie et les chevauchements qui en découlent a-t-il sur un ancien combattant, en particulier s'il est déjà en difficulté?

• (1755)

**David Morrow:** Pour moi, c'était humiliant. On doit constamment parler de ses problèmes à des gens qui ne sont pas vraiment qualifiés pour les écouter. Au début, on pense qu'ils essaient d'aider, puis on se rend compte que c'est juste une étape de plus qu'on n'a pas franchie. On a constamment l'impression d'échouer.

Ce n'est pas de la réadaptation. Ce n'est pas de l'aide. Ce n'est qu'une formalité après l'autre. Une personne vous informe d'une politique, mais ce n'est pas correct, et vous devez sans cesse revenir en arrière et tout refaire. Le niveau d'inefficacité du système est absurde.

En tant qu'anciens combattants, nous prenons l'initiative de commencer à nous débrouiller par nous-mêmes. Nous avons créé nos propres groupes pour y voir plus clair. Le problème, c'est que lorsque nous parlons à ACC, ils ne connaissent même pas leurs propres politiques. Ils ne connaissent pas la loi. Je dirais que la plupart n'ont jamais lu la Nouvelle Charte des anciens combattants. Cela étant dit, que faisons-nous? Pourquoi n'y a-t-il pas plus d'anciens combattants impliqués dans le processus de planification et de supervision? C'est essentiellement pour cela que nous avons tous ces problèmes. C'est parce qu'on nous dit ce dont nous avons besoin, alors qu'en réalité, ce devrait être l'inverse. Cela devrait se faire de bas en haut, et non de haut en bas.

**Blake Richards:** Merci encore de votre service, et merci de vos conseils francs et excellents aujourd'hui.

**David Morrow:** Je vous en prie.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Monsieur Casey, vous avez six minutes.

**Sean Casey (Charlottetown, Lib.):** Merci beaucoup, madame la présidente.

Je remercie nos témoins de leur présence.

Monsieur Morrow, je suis heureux de vous revoir. Au risque de paraître creux, je vous remercie de votre service, monsieur, et de votre témoignage, qui était particulièrement convaincant.

J'aimerais commencer par vous, madame Forbes. Vous avez fait une distinction très claire, je pense, entre les soins tenant compte des traumatismes et un cadre de réadaptation. J'aimerais que vous nous en disiez un peu plus à ce sujet. Je crois comprendre que les PSRVC n'interviennent et ne communiquent avec vous que pour une raison: s'il a été déterminé que le client ou le patient cherche à participer à un programme de réadaptation ou y participe. Je comprends la différence entre essayer d'aider quelqu'un à aller mieux et tenter de le réadapter; le soigner, par opposition au parcours de réadaptation, qui, idéalement, aboutit à un objectif à un moment donné, par opposition à la stabilisation.

J'aimerais en savoir un peu plus sur Anciens Combattants Canada et les PSRVC. Ont-ils réellement un mandat de prodiguer des soins tenant compte des traumatismes en vue de stabiliser l'état, par opposition à assurer la réadaptation d'une personne?

**Elizabeth Forbes:** Je ne suis pas certaine de bien comprendre. Je suis désolée. Parlez-vous de la différence entre une approche axée sur la réadaptation et une approche de soins tenant compte des traumatismes?

**Sean Casey:** Oui.

**Elizabeth Forbes:** Au sein des PSRVC, la réadaptation met souvent l'accent sur l'action: passer à l'action, se lancer, reprendre le travail et ce genre de choses. Il n'y a rien de mal à un programme de réadaptation. Le problème, c'est que ces évaluations, programmes et engagements obligatoires des PSRVC arrivent souvent à des moments où les anciens combattants ne sont pas prêts. Ils ne sont absolument pas prêts pour un autre système.

Dans les soins tenant compte des traumatismes, on parle de ralentir. On parle de ne pas surcharger leur système. Quand nous y exposons les anciens combattants, surtout au début du traitement dans ma clinique, c'est extrêmement déstabilisant. Je dois alors prendre du recul, j'essaie de stabiliser mon client, puis j'interromps le traitement. Ce qui se passe, c'est que les PSRVC mettent les anciens combattants sous pression: « Vous devez faire ceci. Vous devez passer cette évaluation. Nous devons voir où vous allez. Nous devons savoir ce que vous devez faire. »

En fait, ils travaillent les uns contre les autres. Je dois habituellement interrompre mon traitement et composer avec les retombées de ce qui se passe dans ce système. Pour beaucoup de choses que les gens ont mentionnées aujourd'hui, je pourrais simplement acquiescer et dire que oui, c'est vrai.

J'espère que cela répond à votre question. Pour ce qui est de leurs politiques sur les soins tenant compte des traumatismes, je ne peux pas m'exprimer là-dessus. Je sais ce dont je peux parler en ce qui concerne ma formation et mes spécialités dans ce domaine.

• (1800)

**Sean Casey:** Je voudrais reformuler ma question de manière un peu plus concise. Je comprends ce que vous avez dit. Vous répondez là où je veux en venir. Je voulais savoir si le cadre de réadaptation et les soins tenant compte des traumatismes s'excluent mutuellement. Peuvent-ils ou devraient-ils coexister dans votre prise en charge d'un patient?

**Elizabeth Forbes:** Je comprends. Merci. C'est une excellente façon de reformuler la question.

Avant le modèle actuel, les gestionnaires de cas d'ACC agissaient davantage comme des coordinateurs de soins en collaboration directe avec les cliniciens soignants, qu'ils viennent de la clinique pour blessures liées au stress opérationnel, ou BSO, ou soient des psychologues communautaires. Nous déterminions ensemble le moment opportun et l'état de préparation. Les services de réadaptation étaient mis en place de manière plus flexible. Nous nous adaptions généralement à la situation du client. Si je recevais un appel d'un gestionnaire de cas qui me demandait: « Comment va cette personne? Pouvons-nous la faire passer à cette étape? », il y avait un dialogue.

Il n'y a aucune communication avec les PSRVC. Ils ne répondent à aucun de mes courriels, fax ou appels téléphoniques... Ce n'est pas tout à fait vrai; je dirais que cette affirmation s'applique à la « plupart » de mes communications. C'est une question de calendrier, mais aussi, ils ne comprennent pas leur contribution à la détresse du vétérán en question. J'ai essayé d'engager le dialogue et de rencontrer leurs supérieurs. Je suis également prestataire affiliée, ce qui crée un obstacle supplémentaire pour moi, d'autant plus que je suis aussi psychologue communautaire.

[Français]

**Sean Casey:** Docteur Pinard, je répète que je n'ai pas beaucoup de temps pour avoir une conversation avec vous.

Vous êtes une spécialiste médicale, et je suis certain que vous avez une équipe.

Pouvez-vous me dire quel est le degré de communication entre vous et le fournisseur, Partenaires des services de réadaptation aux vétérans canadiens?

**Anne Marie Pinard:** Merci de la question.

La réponse est qu'il n'y en a aucune. J'ai eu exactement la même expérience que Mme Forbes. Quand nous suivons des patients qui font partie du programme, à la clinique de la douleur, je suis incapable d'avoir une discussion avec les professionnels de la santé qui s'occupent d'eux. Pour certains patients, j'ai dû arrêter ce que nous faisons en équipe à la clinique de la douleur, parce qu'ils étaient complètement épuisés. Il y a aussi un problème de...

**La présidente:** Docteur Pinard, je vais devoir vous interrompre. Je suis vraiment désolée.

Madame Gaudreau, vous avez la parole pour six minutes.

**Marie-Hélène Gaudreau:** Merci beaucoup, madame la présidente.

Je vais m'adresser à la Dre Pinard.

Je comprends donc que, non seulement ces gens en situation de vulnérabilité ont besoin de soins spécialisés, parce qu'ils font fait partie d'une population unique, mais ils doivent aussi se battre pour bénéficier d'un continuum de soins. D'un côté, on veut que chaque individu se porte mieux, mais d'un autre côté, quand ils arrivent à l'urgence et qu'ils sont en arrêt cardiorespiratoire, on leur dit qu'il y a d'abord des formulaires à remplir.

Comment cela se passe-t-il, quand vous rencontrez des clients qui peinent à recevoir des services de PSRVC?

**Anne Marie Pinard:** En fait, nos patients sont dirigés vers la clinique de la douleur soit par leur médecin de famille, soit par un médecin spécialiste.

Je ne vous cacherais pas que l'accès aux soins spécialisés en douleur chronique, qu'on soit civil ou vétérán, est extrêmement complexe. Il y a de très longues listes d'attente et, actuellement, au Québec, il n'y a pas vraiment d'organisation qui permet de contourner cette liste d'attente, même pour les vétérans. Je le regrette, mais c'est comme ça.

D'abord, la plupart du temps, quand un vétérán arrive à notre clinique, nous ne savons même pas que c'est un vétérán avant de le rencontrer. Nous l'apprenons à la première rencontre. Il m'arrive de le découvrir six mois après, parce que, si les gens ne me le disent pas, je n'ai aucune façon de le savoir. J'ai appris à les questionner, mais, parfois, nous l'apprenons tardivement.

Ensuite, il arrive que les vétérans que nous prenons en charge suivent déjà un programme de réadaptation ou qu'ils soient pris en charge par une autre équipe de réadaptation, par le PSRVC, alors qu'ils sont déjà pris en charge chez nous. De plus, ce sont des soins en vase clos. C'est fait complètement séparément. On ne tient pas vraiment compte du fait qu'ils sont déjà pris en charge par une équipe dans une clinique de la douleur.

Évidemment, les cliniques de la douleur ne sont pas capables d'offrir des soins à très long terme. Elles ne peuvent pas offrir, par exemple, deux ou trois séances de physiothérapie ou de psychothérapie toutes les semaines. Toutefois, auparavant, on était capable de collaborer, d'établir un plan commun et de respecter les difficultés que les vétérans peuvent parfois vivre. Avec la nouvelle façon de faire, c'est devenu extrêmement rigide. Il y a très peu de communication, comme l'a dit Mme Forbes, et ça nuit parfois à ce que nous sommes en train de faire avec le patient.

Ça m'est déjà arrivé d'être obligée d'arrêter ce que nous étions en train de développer activement en ce qui a trait à la médication ou à des soins de santé mentale, par exemple, parce que mon patient était complètement exténué par le programme qu'il suivait. De plus, on connaît la culture militaire. Quand on se fait dire de faire quelque chose, on le fait. C'est vraiment une particularité. Alors, les gens le font, et ils s'épuisent. J'ai vécu la même expérience que Mme Forbes. Les gens s'épuisent et, ensuite, c'est difficile d'avoir de l'énergie pour appliquer d'autres stratégies qu'on propose. Ça m'est arrivé assez souvent de dire à un patient que nous allions faire une pause de quelques semaines et qu'il allait devoir nous rappeler lorsqu'il aurait terminé son programme pour reprendre là où nous en étions.

D'ailleurs, il y a souvent très peu d'accès aux soins de santé mentale. Des fois, les patients sont suivis par nous, par la Clinique pour traumatismes liés au stress opérationnel, ou TSO, et un troisième programme s'ajoute. Ça devient très lourd.

De plus, comme j'allais le mentionner tantôt, souvent, les vétérans vivent un peu plus loin des grands centres, pour plusieurs raisons. Des fois, ils doivent parcourir 30, 40, 50 ou 75 kilomètres pour suivre leur programme. La conduite automobile représente une charge cognitive importante. Ça s'ajoute à tout ça.

Par ailleurs, même si nous n'avons pas toujours à remplir de la paperasse dans notre contexte, à la clinique de la douleur, c'est extrêmement lourd, ce qu'on nous demande et ce qu'on nous apporte. Ce que je vois représente une toute petite portion de ce qu'il y a à faire et à remplir. Par exemple, on m'a demandé si mon patient souffrait d'incontinence fécale. Je suis spécialiste en douleur chronique. Qu'est-ce que je peux répondre à ça?

C'est aussi difficile d'avoir accès aux antécédents médicaux. Je comprends que c'est de l'information de niveau « Protégé B », mais c'est extrêmement difficile de prendre en charge les gens, parce qu'il y a des démarches sans fin pour obtenir, par exemple, ce qui a été fait précédemment afin d'éviter de répéter quelque chose qui n'a déjà pas fonctionné. Alors, c'est très lourd et, malheureusement, ça vient nuire à la qualité des soins que nous sommes capables d'offrir.

• (1805)

**Marie-Hélène Gaudreau:** Je suis bouche bée, encore une fois. Par contre, ce qui me rassure, bien que nous soyons en politique, qu'il y ait des lois et une joute de pouvoir et tout ça, c'est que tout le monde a envie que ça se passe bien. Sachez-le. Dans ce cas-ci, tout le monde a envie que ça se passe mieux. Maintenant, comment y parviendrons-nous? Il faut de la volonté, et vous êtes là.

J'aimerais que Mme Forbes nous parle en quelques secondes de la notion de « prendre soin », que M. Morrow a mentionnée.

Pensez-vous que le programme prend réellement soin des vétérans, en 30 secondes?

[Traduction]

**Elizabeth Forbes:** C'est une question délicate.

Honnêtement, non. Je considère cela comme un obstacle énorme. J'ai l'impression qu'il y a si peu de personnes qui s'engagent dans des métiers où elles risquent de mourir dans l'exercice de leurs fonctions. Les vétérans le font si volontiers pour notre pays. Un tel niveau de sacrifice mérite vraiment quelque chose de bien mieux, des soins adaptés, des soins réellement à l'écoute des prestataires — que nous soyons dans de grandes cliniques ou en milieu communautaire —, des soins respectueux et qui comprennent vraiment leurs besoins. Je n'ai tout simplement pas eu cette expérience avec les PSRVC.

**La présidente:** Merci beaucoup, madame Forbes.

Nous passons maintenant à M. Tolmie, pour cinq minutes.

**Fraser Tolmie (Moose Jaw—Lake Centre—Lanigan, PCC):** Je remercie les témoins d'être parmi nous aujourd'hui.

Madame Pinard, je vous remercie de votre commentaire selon lequel il n'y a pas de solution universelle. Nous en avons déjà parlé au Comité.

Madame Forbes, je suis très heureux que votre expérience couvre deux provinces, l'Alberta et la Colombie-Britannique.

Monsieur Morrow, vous avez demandé un audit indépendant complet de ce programme. La ministre s'est maintenant engagée à mener un examen indépendant. D'après votre expérience, pensez-vous qu'un examen supervisé par ACC puisse être indépendant? Étant donné qu'ACC a conçu le contrat, a fixé les indicateurs de rendement clé, n'a mené aucun audit et a défendu les chiffres de performance du programme devant ce même comité, qu'est-ce que l'indépendance exigerait réellement, et à quoi devrions-nous prêter attention pour savoir si cet examen est sincère?

• (1810)

**David Morrow:** C'est une bonne question. Merci.

**Fraser Tolmie:** Je pose toujours de bonnes questions.

**Des députés:** Ha, ha!

**David Morrow:** Je pense que vous connaissez déjà la réponse, mais la réalité est la suivante: combien d'anciens combattants sont des vérificateurs judiciaires? Je pose la question parce que ce serait la meilleure façon de procéder. Il faudrait une équipe d'anciens combattants indépendants et extérieurs à l'organisation. Si le ministère des Anciens Combattants tient absolument à mener des enquêtes internes, pourquoi ne pas confier cette enquête à un groupe d'anciens combattants?

Par ailleurs, non, je ne fais pas confiance à ACC. L'enquête ne sera en aucun cas objective. On voit bien ce que c'est. La communauté des anciens combattants y verra encore une fois un cirque, comme on dit. On se contentera de secouer la tête et de laisser les politiciens faire leur travail, mais on n'aura toujours pas les soins qu'on attend vraiment.

Je n'y croirai pas si ce n'est pas indépendant, c'est-à-dire si nous n'avons pas un organisme indépendant, extérieur et sans lien avec le gouvernement.

**Fraser Tolmie:** D'accord.

Vous avez commencé votre témoignage en évoquant la différence entre le langage de la culture militaire et celui de la politique, c'est-à-dire entre les principes de devoir, d'honneur, de service et de respect dans le milieu militaire, et ceux de gouvernance, de lois et de politiques dans la sphère politique. De plus, à ACC, il y a aussi la valeur d'administration, et l'exigence que celle-ci corresponde à la gouvernance et à la vision.

J'aimerais connaître votre avis à ce sujet. Qu'en pensez-vous? Avez-vous l'impression que c'est la queue qui remue le chien ou le chien qui remue la queue?

**David Morrow:** Je ne sais pas. Encore une fois, c'est une bonne question.

Si je pouvais y jeter un œil et voir ce qui se passe chez ACC en coulisses... Tout ce que je sais en tant qu'utilisateur final, c'est que tout semble très chaotique. La réalité, c'est que les choses se sont uniquement dégradées lorsque la gestion est passée aux PSRVC.

ACC a perdu ma confiance à un moment donné en raison d'un incident. Comme je l'ai mentionné dans mon dernier témoignage, la confiance est très importante pour notre communauté. Je reviens à mon analogie du 0,01 % et du fait que notre travail consistait à nous méfier littéralement de toutes les personnes que nous rencontrons, des petits enfants aux hommes. Qu'ils aient une arme ou non, ils pouvaient nous tuer. Par conséquent, nous nous méfions de tout le monde, y compris du gouvernement. Briser cette confiance cause beaucoup de tort.

Pour répondre à votre question, je ne sais pas. Est-ce la queue qui remue le chien? C'est peut-être le cas, mais pour être honnête, je n'ai pas de réponse suffisamment satisfaisante pour vous orienter dans la bonne direction.

**Fraser Tolmie:** Nous n'avons aucune confiance dans cet examen. Nous ne sommes pas sûrs du fonctionnement de cette organisation. Pensez-vous que la situation va s'améliorer après l'audit, après cet examen indépendant?

**David Morrow:** Non. Comme je l'ai mentionné au cours de mes cinq premières minutes, je pense que la seule façon de régler le problème est la suivante: nous — je veux dire les anciens combattants — devons prendre les choses en main et nous organiser, afin de pouvoir réellement faire entendre notre voix de manière raisonnable auprès du gouvernement. On dirait que vous travaillez dans l'obscurité. Vous ne savez pas ce que vous ignorez, car vous ne nous consultez pas. Il n'y a personne à qui s'adresser, à part moi. Nous n'avons pas une salle remplie d'une centaine d'anciens combattants qui, par l'intermédiaire de leurs porte-parole, déclarent: « Voici les problèmes qu'il faut régler immédiatement », comme c'est le cas aux États-Unis. Si nous pouvons commencer à créer une telle chose... Je sais que rien ne sera réglé pour notre génération d'anciens combattants, mais ce serait fait pour la suivante, des militaires qui ne sont probablement même pas encore nés. Ils pourraient bénéficier d'un organisme qui défend les intérêts des anciens combattants.

**Fraser Tolmie:** Merci, monsieur Morrow. Je vous remercie de votre temps.

**La présidente:** Merci beaucoup.

C'est maintenant au tour de Mme Hirtle, pour cinq minutes.

**Alana Hirtle:** Merci, madame la présidente.

[Français]

Docteur Pinard, je vais poser mes questions en anglais. J'en suis désolée.

[Traduction]

Je me demande si vous avez eu l'occasion de terminer votre réponse à la question précédente de mon collègue, M. Casey.

• (1815)

**Anne Marie Pinard:** Je vais répondre en français, parce que c'est plus facile pour moi.

[Français]

En effet, j'ai pu ajouter ces éléments dans ma réponse précédente, qui portaient principalement sur la fatigue induite par le programme et par la distance. C'est ce que j'allais mentionner dans ma réponse à la question de M. Casey.

**Alana Hirtle:** Merci.

[Traduction]

Pourriez-vous me parler un peu de votre expérience lorsque d'anciens combattants cherchaient à obtenir des soins ou des évaluations, s'il vous plaît?

[Français]

**Anne Marie Pinard:** À la clinique de la douleur, comme je le mentionnais, les gens nous sont en général adressés par leur médecin de famille ou par un médecin spécialiste. Il y a énormément de vétérans qui n'ont pas accès à un médecin de famille, du moins dans la province de Québec. Alors, voici le premier problème. C'est vrai aussi chez les civils, mais c'est particulièrement criant chez les vétérans. Donc, c'est très difficile d'avoir un accès aux soins de première ligne. Si on n'y accède pas, c'est très difficile d'avoir des soins de deuxième et de troisième ligne.

Ensuite, il y a les listes d'attente malheureusement très longues, comme je l'ai aussi mentionné. Comme nous sommes une clinique axée davantage sur la société civile, lorsque les vétérans arrivent chez nous, très souvent, ils se retrouvent dans des lieux pas très res-

pectueux de la réalité des vétérans qui vivent avec un stress opérationnel. Nous sommes en ville, dans des endroits avec beaucoup de gens, avec des salles d'attente mal adaptées, parfois avec des membres du personnel pas du tout formés à la culture militaire. Donc, c'est déjà un obstacle.

Viennent ensuite l'évaluation, les délais et, parfois, la difficulté d'avoir accès à des soins de réadaptation et des soins intégrés en santé mentale. Actuellement, l'intégration de nos services avec les soins de la Clinique pour traumatismes liés au stress opérationnel, par exemple, dépend de la connaissance que nous avons entre nous, bien plus que d'un lien réellement établi. Nous comptons sur des contacts humains, des courriels ou des textos pour être capables de nous parler, plutôt que sur quelque chose de réellement intégré. C'est la même réalité en ce qui concerne le programme PSRVC, malheureusement.

[Traduction]

**Alana Hirtle:** C'est merveilleux. Merci.

Y a-t-il des besoins communs parmi les vétérans avec lesquels vous avez travaillé?

[Français]

**Anne Marie Pinard:** Je pense que, le premier besoin commun, c'est la reconnaissance de cette culture différente, de cette réalité. Je dis toujours à mes patients vétérans que je ne suis qu'une civile. Je peux essayer de comprendre leur réalité, mais je ne l'ai pas vécue. Alors, je pense qu'il faut aborder cela avec énormément d'humilité. Il faudrait être mieux formés sur la culture militaire. Ça fait 23 ans que je travaille, donc j'ai rencontré beaucoup de vétérans et je pense que je suis plus en mesure de répondre à leurs besoins. Ça, c'est un besoin commun.

L'autre besoin commun, c'est, pour les patients, de se faire dire que l'on se soucie d'eux ou que nous sommes là. On a mentionné cela plus tôt. C'est extrêmement important.

C'est aussi important d'avoir moins de barrières administratives, de papiers et de crayons, et plus de contacts humains.

[Traduction]

**Alana Hirtle:** Merci.

Diriez-vous qu'il y a encore des idées fausses sur ce qu'est la douleur chronique?

[Français]

**Anne Marie Pinard:** Qu'on soit militaire ou civil, c'est très difficile de comprendre ce qu'est la douleur chronique. Elle est encore perçue comme une faiblesse. Je dis souvent que la douleur chronique est là où en était la santé mentale il y a vingt ans, au moment où c'était honteux de faire une dépression, de souffrir d'un trouble bipolaire. Maintenant, c'est mieux accepté. La douleur chronique est encore perçue, parmi les civils, mais encore plus parmi les vétérans, comme une faiblesse, un manque de volonté. C'est tellement faux. Il y a encore énormément de sensibilisation à faire à cet égard chez tout le monde, y compris les professionnels de la santé.

[Traduction]

**Alana Hirtle:** Merci.

Il me reste 30 secondes.

Comment les difficultés attribuables à la douleur chronique nuisent-elles à d'autres aspects de la vie d'un ancien combattant?

[Français]

**Anne Marie Pinard:** La douleur chronique affecte la vie personnelle, la vie familiale et la vie sexuelle, de même que l'image de soi. Elle touche l'ensemble de la vie d'une personne, qu'elle soit une civile ou une vétérane. Chez les vétérans, il s'ajoute souvent les notions de stress opérationnel, de santé mentale, de mauvaise compréhension tant de la culture militaire que de l'importance de l'unité familiale et de celle du groupe.

**La présidente:** Docteure Pinard, merci beaucoup.

Madame Gaudreau, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

**Marie-Hélène Gaudreau:** Merci beaucoup.

J'aimerais faire un parallèle. Nous sommes des parlementaires, nous sommes élus démocratiquement par le peuple. Nous bénéficions de privilèges, et nous avons potentiellement droit à une pension. Un jour, nous cesserons d'être députés ou nous ne serons pas réélus. Finalement, nous nous dirons: « Ce que tu as fait, on l'a oublié. Oublie donc ta pension. Retourne chez toi. » Nous deviendrons alors des personnes anonymes. Je peux comprendre que, le jour où je ne serai plus députée, on me demandera finalement qui je suis.

Est-ce que c'est ça que les vétérans vivent? Moi, j'ai voulu aider mon prochain, mais eux, ils ont essayé de sauver des vies. On appelle ça de la compassion. Je la cherche. Je veux être très positive, malgré tout. Selon moi, il faut penser aux générations futures. En politique, si on se tourne vers l'avenir et si on fait une corrélation entre les besoins criants en matière de défense et le fait que la communauté de vétérans et de vétéranes actuelles dit à ses enfants de ne pas s'engager, même si c'est une expérience extraordinaire dans la vie d'une personne, et si on se rend compte qu'on aura des soucis concernant la relève, c'est là qu'on va se réveiller. J'espère que, d'ici ce temps-là, on vous aura consulté et que le tir sera corrigé. Je le souhaite, et j'ai bon espoir que ce sera fait.

J'aimerais poser une dernière question à la Dre Pinard.

Ai-je bien compris qu'au Québec, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, ou CNESST, a apporté des changements au système au début pour s'adapter?

Sur le plan de la culture, comment cela a-t-il contribué à mieux comprendre et à faire le travail?

• (1820)

**Anne Marie Pinard:** Il y a plusieurs années, la CNESST avait des programmes qui étaient assez rigides et qui ressemblaient un peu à ce que l'on voit actuellement, notamment pour ce qui est des lombalgies. On présentait aux patients souffrant d'une lombalgie un programme qui dictait la marche à suivre. La CNESST s'est rapidement rendu compte que la santé des patients se détériorait. Il n'y avait aucune considération pour la santé mentale. Il s'agissait d'un programme qui fonctionnait suivant une approche unique. Les gens ayant des problèmes plus complexes...

**La présidente:** Je suis vraiment désolée, Dre Pinard, je dois vous interrompre.

[Traduction]

Madame DeRidder, vous avez cinq minutes.

**Kelly DeRidder:** Je dois dire qu'aujourd'hui, j'ai personnellement constaté une certaine frustration dans cette salle: aucun député

du gouvernement n'a demandé aux anciens combattants ici présents ce qui pourrait être amélioré pour mieux servir ceux qui se sont battus pour le pays. Je vais le faire.

Avant de poursuivre, je tiens à vous remercier de votre service.

Vous avez dit dans votre déclaration liminaire que vous n'attendez pas d'ACC qu'il en fasse plus, mais je pense que nous pouvons espérer qu'il s'améliore. Nous pouvons convenir qu'il y a une attente en ce sens. Concernant les PSRVC, pensez-vous qu'ils sont conçus pour aider les anciens combattants ou simplement pour cocher une case et les faire passer par un programme, peu importe si celui-ci leur convient?

**David Morrow:** Oui, tout à fait.

**Kelly DeRidder:** Croyez-vous qu'il serait préférable d'écouter les anciens combattants comme vous, qui ont une expérience vécue et qui savent de quelle aide ils ont besoin, à suivre ces conseils et à en faire des systèmes qui vous conviennent grâce à une meilleure gestion d'ACC, afin que nous puissions mieux vous servir?

**David Morrow:** Oui, tout à fait. Je peux faire mieux que cela. Je travaille sans relâche depuis six ans avec d'anciens combattants du monde entier pour mettre en place des programmes, qui visent le rétablissement. J'ai plus ou moins réussi à soulager mes douleurs chroniques par moi-même. Je suis allé au Mexique; je suis allé aux États-Unis. Ils ont une longueur d'avance considérable sur nous, et c'est parce qu'ils écoutent réellement leurs anciens combattants. C'est assurément la voie à suivre. Je ne comprends pas comment ACC se coupe de la population qu'il est censé servir. Tant que nous ne le ferons pas, nous n'obtiendrons pas les soins auxquels nous nous attendons. Comment y parvenir sans l'avis des utilisateurs finaux? Oui, je suis tout à fait d'accord avec vous sur ce point.

**Kelly DeRidder:** Vous avez également déclaré dans votre allocution d'ouverture que vous appelez les anciens combattants à remettre leurs bottes et à se battre pour eux-mêmes face au gouvernement pour lequel vous avez justement combattu. Je trouve que c'est extrêmement décourageant. À l'avenir, nous avons besoin que le gouvernement se mette au travail, écoute nos anciens combattants et instaure des changements qui répondent mieux aux besoins et aux services dont vous avez besoin lorsque vous réintégrez la communauté. Pouvez-vous me donner vos deux principales pistes pour y parvenir dans l'intérêt des anciens combattants?

• (1825)

**David Morrow:** Voulez-vous parler du point de vue d'ACC? Je dirais qu'il faut commencer par aller à la rencontre de la communauté. Il faut se présenter aux événements. Nous organisons des événements, auxquels ACC n'assiste pas. C'est comme si les responsables avaient peur de nous. J'ai assisté à de nombreux événements d'ACC, et je ne vois pas de gens comme moi, c'est-à-dire que je me considère comme faisant partie du 0,01 %. Des tatouages dans le cou... comme si nous étions des combattants. Nous n'étions pas là pour protéger les gens, mais pour faire la guerre, de sorte que nous sommes agressifs. Nous avons l'air effrayants. Ce n'est pas grave. C'est ce que nous sommes. Mais venez là où nous sommes. Ce serait la première étape.

La deuxième chose, c'est que le modèle de prise en charge ne convient pas. Nous essayons de résoudre le mauvais problème. Nous regardons le vétéran comme s'il s'agissait d'une précieuse poupée en porcelaine. Comme je l'ai dit, c'est émasculant. C'est ainsi parce que je suis un combattant, ce que je ne cesserai jamais d'être. J'ai fait ce que j'ai fait. Je veux aller de l'avant. Je veux me reconstruire. Je veux être plus fort. Je ne veux pas être enfermé dans cette boîte de thérapies et de médicaments pour parler de mes problèmes. Comment puis-je mieux me reconstruire? ACC doit revoir le modèle lui-même, et il suffit de sortir des sentiers battus pour trouver la solution. Encore une fois, il faut discuter avec la communauté et parler à des gens comme moi, qui font cela depuis des années. Je serais ravi de partager ce que je sais avec ACC, n'importe quand, n'importe où.

**Kelly DeRidder:** Merci beaucoup. Je vais prendre le temps qu'il me reste pour vous remercier de votre service. Il en va de même pour les messieurs qui sont dans la salle.

Je pense qu'il y a une meilleure façon de procéder. J'espère vraiment que le gouvernement tiendra compte de ce que vous avez à dire aujourd'hui — nous rédigerons un rapport là-dessus au Comité —, et qu'il décidera d'apporter de meilleurs changements pour les anciens combattants de notre collectivité. Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé.

**David Morrow:** Merci.

**La présidente:** Merci beaucoup.

[Français]

Pour les dernières minutes de ce tour de parole, je cède la parole à M. St-Pierre.

**Eric St-Pierre:** Je vais prendre trois ou quatre minutes, si c'est possible.

Monsieur Morrow, je vais poser mes questions en français, parce que vous êtes de Montréal. J'imagine que vous êtes un grand admirateur des Canadiens. Il faut bien dire cela, parce que nous sommes en séries éliminatoires. D'ailleurs, j'ai mon épinglette.

[Traduction]

**La présidente:** Cela ne va pas bien commencer.

[Français]

**Eric St-Pierre:** Je vous remercie du service que vous avez rendu au Canada. Je vous remercie de votre balado. Je pense que c'est vraiment important de faire le lien entre la santé physique et la santé mentale. C'est quelque chose qui m'interpelle personnellement. Je sais que mes collègues me taquinaient quand je faisais des pompes à la Chambre, mais je fais cela parce que je trouve important de faire de l'exercice. C'est une bonne façon de gérer le stress. On devient de meilleurs députés.

Comme mes collègues le savent, je suis un coureur d'ultramarathons. C'est une bonne façon de me garder en forme. J'espère que M. Richards et M. Tolmie vont se joindre à moi la prochaine fois que je vais courir. Certains coureurs m'inspirent énormément. M. David Goggins était un ultramarathonien. Il a couru le Moab Trail Marathon. Il a fait des courses incroyables. Il était dans l'armée américaine, et il donne un bon exemple de la façon de gérer le stress après le combat.

Je voulais donc vous féliciter du travail que vous faites. Du côté personnel, cela me touche un peu. Je suis curieux de savoir si vous pouvez parler de façon générale au bénéfice des Canadiens.

Pourquoi est-ce important de maintenir une santé physique après le combat? Pourquoi est-ce important de maintenir une santé physique pour garder une bonne santé mentale?

**David Morrow:** Merci de la question.

Très honnêtement, c'est une meilleure façon de guérir. Au lieu de prendre soin de leur santé mentale, les Grecs et les Romains évoquaient la maxime *anima sana in corpore sano*, soit un esprit sain dans un corps sain. Il y a 2000 ou 3000 ans, ils savaient que, si on n'est pas en forme, la santé mentale va en souffrir. Alors, pour les vétérans qui ne sont pas nécessairement en bonne santé physique à cause de la douleur chronique, c'est ce qui arrive.

De mon côté, je peux dire que les vétérans sont uniquement dans cette position parce qu'ils étaient tous en forme. Maintenant, parce qu'ils sont des vétérans, il est fort probable qu'ils ont pris 30, 50, 60 livres. De plus, ils ont des douleurs et subissent les répercussions de la vie dans les Forces. Alors, il s'agirait d'abord de promouvoir la santé physique chez les vétérans, ce qui serait une excellente démarche pour améliorer la santé mentale. Pour moi, c'est clair. Toutefois, pour le gouvernement, il faudra le guider un peu. La recherche est claire. Cela réduira le nombre de suicides si nous nous concentrons sur la santé physique plutôt que seulement sur la santé mentale.

• (1830)

**Eric St-Pierre:** Merci.

Est-ce qu'il me reste du temps, madame la présidente?

J'aimerais poser une dernière question à la Dre Pinard.

**La présidente:** Oui.

**Eric St-Pierre:** À quoi ressemble un résultat positif pour un ancien combattant qui sollicite un traitement contre la douleur chronique?

**Anne Marie Pinard:** En ce qui concerne la douleur chronique, qu'on soit un civil ou un vétéran, la victoire contre la douleur ne se mesure pas nécessairement en fonction de l'absence de douleur. En général, on va plutôt mesurer l'amélioration de la qualité de vie, l'amélioration des capacités fonctionnelles parce que, malheureusement, la douleur chronique va souvent persister dans le temps. On essaie de la diminuer, de la réduire, et pas juste avec des médicaments ou des infiltrations. Je seconde la pratique de l'activité physique. La bonne forme physique, c'est quelque chose d'extrêmement important.

En général, on va surtout regarder l'amélioration des capacités fonctionnelles, la reprise d'une activité significative qui peut être parfois aussi banale que d'aller assister au match de hockey de son enfant ou à un concert de musique. Parfois, c'est ça, la victoire. Ensuite, graduellement, on est capable de reprendre des activités. Par contre, je fais souvent le parallèle avec la prise de poids si la douleur persiste depuis 20 ans. On ne peut pas prendre du poids sur 20 ans et essayer de le perdre en deux semaines. Cela ne fonctionne pas. C'est un très long processus, et ce n'est pas en épuisant les gens qu'on va réussir à améliorer leur santé. C'est en les écoutant et en faisant un plan conjointement avec eux sur ce qui est le plus important à leurs yeux.

**Eric St-Pierre:** Merci, madame Pinard.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Cela conclut le temps alloué aux témoins.

J'aimerais mentionner à M. Morrow que j'étais présente au lancement du Plan d'action national pour le bénévolat des anciens combattants avec certains de mes collègues, dont M. Casey.

[Traduction]

Un de nos anciens combattants qui était sur scène nous a dit à tous: « Nous vous remercions de votre service. » Il nous a également dit que le service se poursuivait.

Je vous remercie pour votre service, mais aussi pour tout ce que vous continuez à accomplir, monsieur.

Merci beaucoup.

[Français]

Je remercie nos autres témoins.

[Traduction]

J'ai une chose à dire avant de conclure.

[Français]

Notre prochaine réunion aura lieu le lundi 27 avril 2026. Nous allons accueillir la ministre des Anciens Combattants et les représentants d'Anciens Combattants Canada pour une étude sur le Budget principal des dépenses 2026-2027 et sur l'objet du Budget supplémentaire des dépenses (C) 2025-2026.

Le Comité souhaite-t-il lever la séance?

La séance est levée.

---





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

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la Loi sur le droit d'auteur. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre des communes.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la Loi sur le droit d'auteur.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

---

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante :  
<https://www.noscommunes.ca>

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

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

The proceedings of the House of Commons and its committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the Copyright Act. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the Copyright Act.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

---

Also available on the House of Commons website at the following address: <https://www.ourcommons.ca>